

## LA ANGUSTIA DEL ANALISTA EN LA CLÍNICA

B. Miguel Leivi (APdeBA)<sup>1</sup>

La angustia, el afecto psicoanalítico por antonomasia, sólo a partir del cual, según Lacan (1962, 23), es posible articular algún discurso sobre una teoría psicoanalítica de los afectos que sea *“no general sino universal”*, es omnipresente en la clínica analítica. No hay análisis que transcurra sin angustia, en una amplísima gama de matices y de intensidades que pueden ir desde un leve e indefinido malestar hasta el terror descontrolado y la crisis de pánico, pasando por la inquietante *Unheimlichkeit*. Para el analista se trata ante todo, en todos los casos, de *“sentir la angustia que el sujeto puede soportar”* (Id., 13); vale decir, que él no debe atizarla, evitarla ni suprimirla – para esto último no es necesario un analista, esa función la cumple mucho mejor un ansiolítico –, sino recuperarla en su valor de señal, que es esencial para la función que ella cumple en la clínica analítica, en la dirección de la cura: es señal de peligro para el yo en primer lugar, de algún riesgo que amenaza su integridad imaginaria, y esto ya lo señalaba Freud; es también señal de pérdida de las referencias simbólicas del sujeto: *“la angustia, en esa relación tan extraordinariamente evanescente en la que se nos manifiesta, surge en cada ocasión cuando el sujeto se encuentra, aunque sea de forma insensible, despegado de su existencia [...] es correlativa del momento de suspensión del sujeto, en un tiempo en el que ya no sabe dónde está, hacia un tiempo en el que va a ser algo en lo que ya nunca podrá reconocerse. Es esto, la angustia”* (Lacan, 1956, 228); es signo del deseo, por su relación esencial con el deseo en tanto deseo del Otro, abierto a los interrogantes que despliegan la relación angustiosa con ese deseo: *“¿che vuoi?”, “¿qué quiere de mí?”, “¿cómo me quiere?”, “¿qué quiere en lo concerniente a este lugar del yo?”* (Lacan, 1962, 13-14); y es también señal de lo real, *“del modo irreductible bajo el cual lo real se presenta en la experiencia”* (Id., 174), de la inminente presentificación del objeto *a* que amenaza reaparecer en lo real ocluyendo *“el lugar de la ausencia en que nos encontramos”* (Id., 58), haciendo que falte la falta en la que el sujeto se aloja en el deseo del Otro.

Por eso, frente a todas las coartadas neuróticas puestas en juego para combatirla – donde se incluye toda la gama de afectos que, a diferencia de la angustia, engañan –, para evitar lo que en ella es *“certeza horrible”* (Id., 88), la angustia es el único afecto que no engaña, que está *“fuera de duda”* (Id., 87). Esta condición es lo que le otorga su valor de emergente clínico fundamental, de guía que permite dirigir la cura en una práctica que, como el psicoanálisis, está orientada a la verdad, a una verdad cuya única traducción subjetiva es la angustia (Id., 113). *“Es lo que nos permite orientarnos en función de los momentos de su aparición”* (Id., 15). Para ello, de lo que se trata es de modularla en su intensidad, si resulta intolerable; de enmarcarla, si amenaza desbordar bajo la forma del pánico o del terror paralizante; de servirse de ella como motor del trabajo analítico, motivo por el cual no debería desaparecer demasiado rápido; para atravesarla, en una labor que justamente apunta a lo real del deseo y del goce.

---

<sup>1</sup> uqbar@apdeba.org / miguel\_leivi@hotmail.com

Valga este rápido y esquemático resumen para tratar de esbozar el lugar crucial que la angustia ocupa en la clínica analítica. Pero no es mi propósito extenderme sobre estas cuestiones, sino abordar un aspecto más específico pero no menos central de la problemática de la angustia: me refiero a la angustia del analista en su trabajo clínico, algo de lo cual no está exento en absoluto.

Por más que el dispositivo analítico prescriba al analista una especie de *“vía de apatía estoica”* (Lacan, 1960, 213), por más que *“la ataraxia, el silencio, han pasado por ser, durante mucho tiempo, las virtudes cardinales del psicoanalista: no querer nada, no hacer nada, no desear nada”* (Cottet, 1984, 17), no le faltan al analista operando en su lugar motivos para angustiarse, incluso más allá de la angustia vinculada con aquellos conflictos neuróticos suyos que ni siquiera un análisis llevado hasta su finalización habrá eliminado; es de esperar, sin embargo, que ese análisis le haya permitido por lo menos acceder a algún saber hacer con ellos, de modo de evitar que interfieran en su labor. Pero, además de estas fuentes personales de angustia, están aquéllas derivadas de las exigencias propias del lugar que debe ocupar y sostener, como analista, en el dispositivo analítico, de los imperativos que contribuyen en gran medida a otorgarle el carácter de *“profesión imposible”* que Freud le asignaba. Éstos aportan sus propios condicionantes, que hacen que la angustia esté siempre al acecho: el analista debe destituirse en su subjetividad y sólo operar con los significantes del discurso de su paciente; debe ofrecerse en la transferencia como puro objeto, que habrá de caer al final como desecho, como resto de la operación; debe renunciar, en la relación con su analizante, a todo deseo y a toda pasión propia, presentando en cambio un semblante neutral, la frialdad de un cirujano, la superficie lisa, indiferente y sin accidentes de un espejo; debe deponer su saber y sostener en cambio un saber que le es supuesto, el que muchas veces puede incluso resultarle revulsivo; debe ante todo escuchar, para lo cual, según Lacan, debe evitar comprender, ya que la comprensión obstaculiza la escucha; en síntesis: debe operar, al decir de Bion, *“sin memoria, sin deseo y sin comprensión”*. ¿Con qué, entonces? ¿Puede un sujeto – porque, al fin y al cabo, un analista también lo es – soportar todas estas condiciones necesarias sin angustiarse? Indudablemente no: *“el principio según el cual el analista no debe desear nada para su paciente no es admisible [...] no es posible no desear nada”* (Cottet, 1981, 164). Si no puede no desear, no puede no angustiarse. ¿Qué debe entonces hacer el analista con su inevitable angustia?

Dejando de lado las posiciones que, como la de Ferenczi, recomiendan la comunicación directa y abierta por parte del analista de su registro afectivo, incluyendo su propia angustia, propuesta que no sé si alguien sostiene hoy en día, las respuestas a este interrogante se bifurcan.

La teoría de la *contratransferencia* es una de ellas. Por más que, por ejemplo, Paula Heimann (1950), una de sus principales teorizadoras, afirme que *“el término ‘contratransferencia’ cubre todos los sentimientos que el analista experimenta hacia su paciente”* (p. 81), lo que verdaderamente hace necesario recurrir a la contratransferencia son los afectos angustiosos que el analista puede experimentar en su labor cuando no comprende a su paciente, afectos que pueden llegar hasta el pánico, como señala Lacan (1959, 347) y retoma Cabral (p. 64), un pánico que, justamente, es *“inducido en el analista por esa desposesión de la propia persona que es constitutiva de su función”*. Mientras el analista comprende a su paciente su con-

tránsferencia es *normal*, según Money-Kyrle (p. 361), y no necesita recurrir a ella, justamente porque comprende; no hay angustia, hay empatía. Cuando deja en cambio de comprender surge la angustia, que es considerada como una manifestación de lo que su inconsciente sí comprendió, anticipándose a su comprensión consciente. La propia Paula Heimann lo ejemplifica en su artículo inaugural, al relatar el caso de un paciente con el cual ella se percibió a sí misma en una sesión *“intrigada al encontrar que yo reaccionaba con un sentimiento de aprensión y preocupación ante la observación del paciente. Yo sentía que algo más estaba involucrado en su situación [...] algo que sin embargo se me escapaba”* (p. 82). Aprensión, preocupación, no comprensión: la teoría de la tránsferencia brinda al analista, en una situación como ésta, una respuesta y un recurso técnico tranquilizador, que lo rescata del inquietante sentimiento de no comprender, de no saber dónde está parado: como, desde esta perspectiva, *“el inconsciente del analista comprende al de su paciente [...] en la forma de sentimientos que el analista registra como respuesta a su paciente en su ‘tránsferencia’”*, el analista puede asignarle al paciente la angustia registrada en él mismo: *“la tránsferencia del analista es no sólo parte componente de la relación analítica, sino es una creación<sup>2</sup> del paciente, una parte de la personalidad del paciente”* (p. 83). El analista queda así a salvo del angustioso no comprender: aunque él no comprenda, su inconsciente sí lo hace. Complejo juego de proyecciones e identificaciones<sup>3</sup> en el cual el registro afectivo del analista, su angustia, ya no es una perturbación sino que, al contrario, pasa a jugar un papel técnico muy destacado: se torna *“una de sus más importantes herramientas de trabajo”* (p. 81). Es un eficaz remedio contra la angustia del analista, sólo que deja planteada la cuestión de cómo se sale del juego recíproco de proyecciones y de identificaciones que el mismo supone.

La otra respuesta culmina en la formulación del *deseo de analista*, pivote de la tránsferencia, producto de *“una mutación en la economía de su deseo”* que permite al analista sostener el lugar que le corresponde en el dispositivo, *“deseo más fuerte”* que los deseos que la persona del analista pueda abrigar (Lacan, 1960, 214-215), más fuerte que los afectos que pueda experimentar; más fuerte también que su angustia, a la que permite mantener fuera del campo analítico para que el analista pueda preservar su lugar y su función. Su angustia no tiene, desde esta perspectiva, el valor de una comprensión inconsciente, cualquiera fuera, sino el de una comunicación identificatoria que, simetrizando el campo, amenaza sacar al analista de su lugar: la comunicación de la angustia no se produce entre un inconsciente y el otro, sino entre un yo – verdadera sede de la angustia (Freud, 1926, 93) – y el otro yo. Por ese motivo, la angustia del analista no debe intervenir en el análisis, y a eso apunta fundamentalmente el ideal de la apatía analítica, que impone al analista el deber de soportar su lugar en la tránsferencia, lo que también significa soportar su angustia, que es, como ya fuera señalado, un efecto inevitable de sostener, como analista, el lugar transferencial; con ella que hará lo que pueda, siempre que la mantenga fuera del campo analítico. El recurso con el que cuenta para ello es su deseo de analista, producto de su propio análisis, a raíz del cual devino analista, de-

---

<sup>2</sup> Destacado por la autora.

<sup>3</sup> *“Cuando el paciente habla el analista se identificará introyectivamente con él de alguna manera, y habiéndolo comprendido en su interior, re proyectará sobre él al interpretar”* (Money-Kyrle, 361).

seo más fuerte, por el cual quizá podría plantearse el interrogante de si, a su vez, en tanto de-  
seo, está libre de angustia.

Relataré un par de episodios extremos que provienen de mi propia experiencia clínica y que fueron, sin dudas, las situaciones en que la angustia, en alguno de sus registros más marcados, irrumpió en mí de manera más intensa, imperiosa y demandante. Hasta cierto punto, ambos pueden ilustrar esas posiciones divergentes en el manejo de la angustia del analista recién descriptas. Tienen algunas cosas en común: son muy lejanos, de los comienzos de mi práctica profesional; incluyen diferentes formas y grados de torpeza inexperta de mi parte, que gracias a su lejanía puedo reconocer sin problemas pero que sin dudas limitan en gran medida el valor demostrativo que pudieran tener; y ambos presentifican el enfrentamiento con la locura desatada, con la psicosis violentamente desencadenada. Los dos, especialmente el segundo, me dejaron intrigado hasta el día de hoy; los he relatado muchas veces, y me siguen despertando interrogantes a los que ninguna respuesta termina de satisfacer completamente: ¿qué fue lo que pasó, y por qué pasó de esa manera? ¿Qué fue lo que fracasó en un caso, y qué fue lo que resultó eficaz en el otro, y por qué? Los propongo para pensar sobre ellos.

El primero es del comienzo mismo de mi trabajo profesional, apenas unas pocas semanas después de haber comenzado la residencia en un servicio de psiquiatría de un hospital general. Estaba uno de esos días de guardia, junto con un compañero con un poco más de experiencia que yo, a cargo de algo más de 30 pacientes internados, que estaban inmersos en un estado de cierta tensión general porque uno de ellos, Ángel, internado desde hacía un tiempo con un cuadro esquizofrénico tranquilo y controlado, estaba ese día muy excitado, evidentemente delirando, y manifestaba una actitud de enojo y una expresión agresiva que resultaban inquietantes. Ese estado fue en aumento a medida que avanzaba la noche hasta que, en un momento dado, Ángel fue al baño y se encerró en uno de los reservados durante un rato largo, mientras profería en voz alta insultos contra el mundo entero y más allá; cuando salió llevaba en su mano una botella a la que había roto el pico y, blandiendo las puntas filosas de vidrio como si fuera un arma, se fue a sentar en su cama, donde siguió con sus manifestaciones de ira cada vez más intensas. El resto de los pacientes estaba en un estado de tensión extrema. Nosotros también. Sobreponiéndonos a nuestros temores y a nuestras ganas de irnos, tratamos de asumir la responsabilidad que nos tocaba y nos acercamos a su cama, a prudente distancia, para tratar de controlar la situación, sin mucho éxito. En un momento dado alguno de nosotros le dijo algo que sin duda habíamos aprendido que había que decir en una situación así: *“Ángel, estás muy asustado”*. Probablemente lo estuviera, pero el susto en cuestión era evidentemente nuestro, sólo que alguna utilización, seguramente bastante torpe, de la teoría de la contratransferencia nos autorizaba, creíamos, a atribuírselo a él. El recurso no produjo el resultado buscado: a nuestra proyección sobre él de nuestro propio pánico – porque de eso se trataba, al fin y al cabo –, Ángel nos respondió a su vez con otra proyección, de carácter muy concreto y material: nos proyectó, furioso, la botella, que pudimos esquivar gracias a que todavía éramos jóvenes y teníamos buenos reflejos; la botella pasó veloz entre nuestras cabezas y se fue a estrellar violentamente contra la pared del otro lado, sin que afortunadamente hubiera que lamentar víctimas. Con Ángel desarmado, nos arrojamos sobre él, secundados por el resto de los pacientes, que habían salido instantáneamente de su parálisis, lo inmovilizamos entre

todos y así pudimos aplicarle una fuerte dosis de neurolépticos y barbitúricos, para tranquilizarlo. Al día siguiente, profundamente sedado, fue derivado a otro servicio donde el cuadro pudiera ser contenido de manera más segura.

El segundo episodio es de algunos años después, no muchos, trabajando ya como psicoanalista. Tenía un paciente, Fernando, algo mayor que yo, que me había sido derivado por un colega, conocido suyo, con el diagnóstico informal de “es un muchacho bastante obsesivo”, diagnóstico que yo compartí tras entrevistarlo. Trabajé con él durante un tiempo, los martes y jueves, frente a frente, desarrollando lo que yo creía entonces que era un trabajo analítico: largas y complejas interpretaciones, que explicaban lo que él asociaba, a lo que él respondía con más asociaciones, e incluso con lecturas que emprendía entre una sesión y otra. Nada cambiaba demasiado, pero el tratamiento se desarrollaba aparentemente sin mayores contratiempos. Pero en una sesión de un jueves lo noté bastante extraño: estaba tenso e inquieto, me costaba seguir y entender su discurso, su expresión y su mirada no eran las habituales. Terminó la sesión y se fue, y yo me quedé, un poco como Paula Heimann y como Money-Kyrle, intrigado y preocupado – angustiado, en síntesis –, aunque no podía precisar qué era lo que me preocupaba.

Al día siguiente, viernes, yo estaba esperando a un paciente. Sonó el timbre y, al abrir la puerta, en lugar del paciente esperado estaba Fernando, totalmente desencajado y furioso. Acercándose un poco me dijo: “vine para decirle que usted – o sea, yo –, *Goldenberg* – el jefe del servicio hospitalario al que él sabía que yo concurría – *Pichon Rivière* –, un prócer de la psiquiatría y el psicoanálisis argentino – y *Roberto M.* – el conocido común que me lo había derivado – *son unos mentirosos. ¿Por qué no me dijo que soy un homosexual?*”. Y acto seguido se me vino encima, me agarró de la camisa con una mano y alzó el otro puño para pegarme. ¿Qué hace un analista en una situación así? No lo sé; sólo puedo relatar qué es lo que hice yo, o, mejor dicho, qué es lo que me salió hacer. Porque, sin la menor posibilidad de pensar lo que fuese en esas circunstancias, de repente me escuché diciéndole, con una asombrosa tranquilidad que yo no sentía en absoluto, “*ésta no es su hora, y yo estoy esperando a otro paciente. Por favor, retírese y vuelva en su horario de sesión*”. Lo pensé después, muchas veces, lo pienso ahora, y mi reacción me sigue pareciendo una locura aún mayor que la de Fernando. ¿Qué era lo que le estaba diciendo: “*si quiere golpearme, por favor hágalo en su sesión y no fuera del encuadre*”? Me sentí como el Lógico de *Rinoceronte*, de Ionesco, que cuando todo el mundo se está transformando en rinoceronte sigue haciendo lo único que sabe hacer, construir silogismos insensatos sobre si los rinocerontes serán unicornes o bicornes, africanos o asiáticos.

Sin embargo, más sorprendente aun que mi exabrupto fue el efecto que produjo: me soltó, retrocedió de un salto con un gesto de espanto – como si le hubiera aplicado un electroshock, pensé – y me dijo: “*no vuelvo más*”. Era lo mejor que yo podía escuchar en ese momento, música para mis oídos. Tomó el ascensor y se fue.

A los dos días me llamó su madre, a la que había hecho venir de urgencia de su ciudad de origen, para decirme que Fernando le había contado lo que había sucedido y que se sentía muy mal por eso; estaba arrepentido y le había solicitado que me llamara para pedirme que lo volviera a atender. Sin el menor deseo de hacerlo, lo recibí otra vez; cambié rápidamente,

como se comprenderá, mi diagnóstico, lo mediqué, y nos vimos unas cuantas veces, hasta que regresó con su madre a su ciudad. Siguió en ese período con su delirio agresivo, aunque ya no dirigido contra mí. No volvió a residir en Buenos Aires, y por eso nunca más volví a tratarlo, a pesar de que tuvo otras irrupciones psicóticas cuya eclosión él podía en cierto modo anticipar.

Sin embargo, no perdió el contacto conmigo, y a lo largo de muchos años me siguió llamando por distintos motivos, para participarme de acontecimientos de su vida, como que había estudiado y terminado una carrera universitaria, o porque estaba sintiendo los pródromos de una nueva eclosión psicótica, y también venía a Buenos Aires para que yo supervisara y aprobara los distintos tratamientos que fue sucesivamente encarando; en una ocasión incluso vino para pedirme con urgencia que lo internara porque lo buscaba la policía de su provincia, según me dijo; se había encontrado por la calle con un hombre que supuestamente lo había violado cuando era pequeño y le había dado “*unas cuchilladitas*”. La internación no fue necesaria, como si el simple hecho de volver a vernos lo hubiera protegido de sus perseguidores.

Y en distintas ocasiones, en nuestros encuentros, me dijo varias veces que tenía muy presente, que siempre recordaba, aquella vez en la que él se propasó conmigo y en la que yo lo puse muy adecuadamente en su lugar. Hace varios años que no tengo noticias de él, así que ignoro qué ha sido de su vida en estos últimos tiempos; pero nuestra relación se mantuvo, con esas características, a lo largo de unos veinte o treinta años. Siempre tuve la convicción, y la sigo teniendo, de que el episodio relatado fue, en ese sentido, determinante, aunque no tengo ninguna explicación completamente satisfactoria acerca del por qué.

¿Qué pasó, tanto en un caso como en el otro, cuáles son las similitudes y las diferencias? Algunas ya las he señalado: un desencadenamiento más o menos repentino y violento de un cuadro psicótico que exige, ante una situación de peligro real y concreto, una intervención inmediata que contenga el desborde; en ambos casos entra en juego también – y ése es el motivo principal por el cual los presento hoy – la angustia de quien está en la posición de tener que brindar, con recursos analíticos, alguna respuesta que también pueda ser leída analíticamente. Y en ambos casos hubo torpezas indudables: nuestra utilización del recurso contratransferencial con Ángel fue seguramente inadecuado, así como lo fue el diagnóstico de Fernando y mi línea de trabajo con él, que posiblemente haya tenido algo que ver con el desencadenamiento psicótico.

En cambio, los desenlaces son totalmente distintos. Desde una perspectiva analítica, la primera fue sin dudas una intervención completamente fallida, aunque no puedo asegurar qué fue lo que falló, si el recurso mismo o la forma en que lo utilizamos. En cualquier caso, habiendo entrado con Ángel en el juego recíproco de proyecciones e introyecciones, y procurando operar analíticamente en ese plano, lo que nuestra “interpretación” hizo fue precipitar el colapso de la escena que precariamente tratábamos de sostener; lejos de contener el desborde de angustia de Ángel, del conjunto de los pacientes de la sala y también nuestro, terminó desencadenando el pasaje al acto de Ángel, que nos obligó también a todos nosotros a pasar al acto. La palabra en tanto recurso analítico resultó no sólo inoperante, sino contraproducente; sin contar ya con ella, no nos quedó más alternativa que recurrir a la *ultima ratio* de

la fuerza física para contenerlo y los psicofármacos para sedarlo. Para eso tampoco es necesario un psicoanalista.

En el segundo caso, la intervención, por absurda e insensata que pueda resultar para el sentido común, fue eficaz, y consiguió evitar *in extremis* un pasaje al acto cuyos efectos seguramente yo hubiera tenido que lamentar bastante. Sin operar en el plano de un supuesto intercambio de identificaciones o de un interjuego de proyecciones e introyecciones sino, al contrario, preservando hasta sus últimas consecuencias la asimetría del dispositivo y el lugar del analista, que no es el del semejante, consiguió resguardar y restablecer una escena analítica que estaba al borde del derrumbe, preservando al mismo tiempo el valor de la palabra como recurso eficaz, verdadera "*palabra que hace acto*" (Lacan, 1953, 168). Y pudo también restaurar el lugar de una legalidad que estaba desfalleciendo, de un Otro a punto de desaparecer, según lo muestra el propio testimonio posterior de Fernando al agradecerme que yo lo hubiera puesto "*en su lugar*", o sea, que haya preservado el diferente lugar de cada uno, el suyo y el mío, reafirmando así la vigencia de una ley del Otro que, entre muchas otras cosas, es la que fija esos lugares, estableciendo que no es posible hacer cualquier cosa de cualquier manera, aun los actos más absurdos y transgresivos. Quizá no sea casual que yo haya quedado después de esto, durante muchos años, ubicado en el lugar de un Otro garante último de la ley, a salvo de la sospecha de engañar, de mentir, de corromper. Seguramente colaboró bastante en ello el hecho de que yo no haya participado en los distintos tratamientos que él siguió a lo largo de ese tiempo.

No deja de causarme cierto asombro que incluso una intervención manifiestamente absurda pueda haber tenido este efecto; o quizá haya que pensar que el absurdo colaboró en su producción, por lo desconcertante que debe haber sido mi exabrupto para Fernando, tanto como lo fue para mí; debe haber pensado que me volví loco. ¿De dónde salió lo que le dije, de dónde salió la insólita tranquilidad con que se lo dije, que yo, como ya señalé, no sentía en absoluto? ¿Qué es lo que hizo que dijera eso en lugar de salir corriendo, de pelearme con él a las trompadas o de llamar a mi mamá para que me proteja? No lo sé, pero en este momento me gustaría pensar que lo que quizá me sostuvo y me permitió contener mi angustia y entonces enmarcar la suya (Lacan, 1962, 85), que amenazaba desbordar descontroladamente, haya sido mi deseo de analista, operante sin que yo lo supiera, sin que tuviera conciencia de él ni de su existencia, o siquiera de que pudiera nombrárselo así. Tal vez haya sido ésa la fuente de su eficacia, y no el contenido formal de la intervención.

Agradezco desde ya la atención recibida, tanto como las propuestas, las respuestas y las nuevas preguntas que puedan surgir ante estos interrogantes.

## BIBLIOGRAFÍA

- Bion, W.R. - *Notas sobre la memoria y el deseo*. En: *Revista de Psicoanálisis*, Buenos Aires, 1974.
- Cabral, A.C. - *Lacan y el debate sobre la contratransferencia*. Letra Viva, Buenos Aires, 2009.
- Cottet, S. - *Freud y el deseo del psicoanalista*. Manantial, Buenos Aires, 1984.  
-----  
- *Sobre el deseo del analista en Freud*. En: *Ornicar?* N° 1. Petrel, Barcelona, 1981.
- Freud, S. (1926) - *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*. En: *Standard Edition* vol. XX, Hogarth Press, London, 1975.
- Heimann, P. - *On Counter-transference*. En: I.J.P.A. XXXI, London, 1950.
- Lacan, J. (1953-54) - *El Seminario, libro 1: Los escritos técnicos de Freud*. Paidós, Barcelona, 1984.  
----- (1956-57) - *El Seminario, libro 4: La relación de objeto*. Paidós, Barcelona, 1994.  
----- (1959-60) - *El Seminario, libro 7: La ética del psicoanálisis*. Paidós, Buenos Aires, 1988.  
----- (1960-61) - *El Seminario, libro 8: La transferencia*. Paidós, Buenos Aires, 2003.  
----- (1962-63) - *El Seminario, libro 10: La angustia*. Paidós, Buenos Aires, 2006.
- Money-Kyrle, R. - *Normal Counter-Transference and some of its Deviations*. En: I.J.P.A. XXXVII, London, 1956.