

Encuentro en Montevideo con David Tuckett¹



LUIS VILLALBA² Y PEDRO MORENO³

Presentamos una entrevista con el Dr. David Tuckett, eminente psicoanalista y exeditor del *International Journal of Psychoanalysis*, realizada durante su visita a la Asociación Psicoanalítica del Uruguay (APU) para presentar su último libro, el cual condensa los hallazgos y resultados de más de trescientos talleres de discusión en el marco del proyecto CCM (*Comparative Clinical Methods*; Métodos Clínicos Comparativos).

Esta obra representa un esfuerzo por comprender cómo operan realmente los analistas, más allá de lo que creen o pretenden hacer. El núcleo de la conversación y del libro es el desarrollo de un marco conceptual para diferenciar las formas en que los analistas conciben el modo en el que la transferencia se revela en la sesión. Tuckett detalla los cuatro modelos, o metáforas, centrales que desarrollaron: el cine, el teatro, el teatro inmersivo y el monólogo dramático.

En la entrevista pudimos extendernos sobre temas cruciales para el psicoanálisis contemporáneo, como:

1 Traducción de Pedro Moreno.

2 Miembro asociado de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Montevideo, Uruguay.
luisvillalba@gmail.com

3 Analista en formación en el Instituto Universitario de Postgrado en Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay, Montevideo, Uruguay. epmoreno@adinet.com.uy

- El pluralismo disciplinado: La necesidad de establecer un mecanismo de evaluación o «disciplina» en la práctica analítica para evitar que el pluralismo se convierta en un «todo vale», utilizando una analogía con la economía de mercado.
- Diferencias conceptuales: La dificultad de la comunicación internacional, donde los analistas pueden usar los mismos términos, como *enactment* (actuación, puesta en acto) o transferencia para referirse a ideas o datos clínicos completamente diferentes.
- Diagnóstico y técnica: El debate sobre las patologías de conflicto versus las patologías de déficit, y la postura de Tuckett sobre cómo el encuadre analítico puede influir en el diagnóstico y la importancia de no diluir la técnica psicoanalítica.

La discusión nos permitió una mirada profunda y crítica sobre la práctica clínica, la metapsicología y la formación analítica.

LUIS VILLALBA: Quizás puede empezar comentándonos sobre su libro.

DAVID TUCKETT: Habíamos publicado un libro sobre el método de discusión que usamos en talleres en 2008, y en ese momento prometimos publicar un libro sobre los resultados obtenidos. Pero durante un largo tiempo, continuamos realizando los talleres, pero siempre seguidos de reuniones, habitualmente en París, dos o tres veces por año. En estas reuniones el grupo de moderadores discutía cada taller. Entonces, tal vez tres años antes de que el libro se publicara, cuando ya habíamos llevado adelante más de trescientos talleres, decidimos que teníamos que tratar de decidir efectivamente qué íbamos a decir. Entonces nos dividimos el tipo de temas que podíamos discutir, y cada uno escribió una contribución, más en la forma de un memorándum que de un capítulo, pero pensado como un capítulo. El grupo lo conformamos tres analistas alemanes, un austríaco, un italiano, un griego, un checo y dos ingleses, Liz [Elizabeth Allison] y yo. Había también dos colegas franceses que participaban de alguna manera, pero tenían bastante dificultad con el idioma. Uno de ellos mandó un borrador teórico interesante.

Todos estos borradores expresaban algo interesante, pero no parecían poder unirse como para escribir un libro. También habíamos

cursado una invitación a los grupos latinoamericano y norteamericano de CCM para que hicieran una contribución. Ninguno de los dos llegó a funcionar bien, no porque no fueran buenos, sino porque no nos reuníamos con ellos en persona frecuentemente. Como resultado, los dos grupos habían seguido caminos distintos. Gradualmente nos encontramos reconsiderando cinco dimensiones de la práctica analítica que habíamos estado usando en el Paso 2 de los talleres. ¿Qué piensa el analista que está mal en el paciente? ¿Qué piensa el analista que está escuchando, inconscientemente? ¿Cuál es su perspectiva sobre la situación analítica, la transferencia? ¿De qué manera piensa el analista que se produce el cambio en el paciente y qué hace el analista para que el cambio se produzca?

Gradualmente, se fue volviendo claro que separar la forma en la que se produce el cambio y qué es lo que el analista efectivamente hace para que suceda era muy complejo. En los talleres, los grupos podían tomar caminos muy diferentes. Tratando de darle sentido a todo eso, podíamos encontrar mil y una ideas en todo tipo de niveles diferentes, que iban desde la actitud que un analista debería tener hasta cómo debería comportarse o hasta diferentes tipos de interpretaciones. Decidimos simplificar drásticamente.

Eventualmente, designé a dos personas para cada una de las que ahora eran cuatro categorías. Michael Diercks y Eike Hinze se dedicaron a lo que ahora llamamos «cómo inferimos lo inconsciente». Elizabeth Allison y Anna Christopoulos, la colega griega, trabajaron sobre la situación analítica. Michael Sebek, el colega checo, y Georg J. Bruns, alemán, analizaron la forma en la que los analistas parecían pensar que habían logrado generar un cambio; por un lado, comenzando con la literatura sobre el cambio terapéutico, y por el otro, comenzando con un pequeño proyecto de investigación sobre lo que se había dicho en los talleres. Además, le preguntamos a Marinella Linardos, colega italiana interesada en grupos, sobre el método del trabajo en grupo. Y yo escribí una especie de introducción, que era a grandes rasgos parecida a la introducción actual del libro.

Cada uno escribió dos borradores, y luego los discutimos y amplifícamos. Pero persistía un problema: ellos no escribían en su lengua

materna, lo que es muy difícil, y además los capítulos no llegaban a funcionar bien en forma conjunta. A medida que nos reuníamos y discutíamos estos capítulos, nos resultaba claro que teníamos ideas realmente buenas en lo que todos habíamos escrito. Por ejemplo, Michael Diercks hizo todo el trabajo sobre los textos freudianos. Como el caso del «Hombre de las Ratas» y su perspectiva sobre puntos sutiles de la traducción del alemán. Eike Hinze desarrolló una muy buena discusión sobre distintos puntos de vista relativos a la inferencia de lo inconsciente. Michael Sebek llevó adelante, esencialmente, una muy cuidadosa revisión sobre la muy compleja literatura norteamericana en relación con la forma en la que el análisis promueve cambios. Georg [J. Bruns], que es sociólogo también, hizo uso de una técnica sociológica de «teoría fundamentada» para capturar lo que se decía en los talleres y relacionarlo con la literatura alemana. Había muchas ideas muy buenas y muy buenos datos, pero teníamos que elevarlas a un nivel superior usando el inglés como primera lengua.

Durante la pandemia, nos reuníamos por Zoom y comencé a transformar las propuestas que teníamos en los diferentes borradores en capítulos a ser discutidos. La otra decisión central que tomamos fue que trescientos casos eran demasiados. Habíamos efectivamente analizado cerca de cien de los casos y habíamos creado resúmenes de caso con las categorías de nuestro Paso 2 (algunos habían sido publicados en el *Psychoanalytic Enquiry*), pero no funcionaba, parecían faltos de vida y generaban tantas preguntas como las que clarificaban. Mucho más trabajo hubiera sido necesario para resumir los trescientos casos. Por ello, abandonamos este enfoque y tomamos dos decisiones. La primera fue usar el material en los casos para ilustrar las diferentes formas en que los analistas trabajaban cada punto en discusión. La segunda fue limitarnos a los dieciséis casos que todos recordábamos. De hecho, ocho de ellos habían sido elegidos por Georg para su análisis de teoría fundamentada y fueron talleres en los que él mismo participó, y los restantes ocho eran casos que nos habían parecido interesantes y sobre los que habíamos pasado bastante tiempo discutiendo en el curso de varios años. Recuerdo el malestar que nos causó el número de casos que habíamos tenido que dejar afuera.

El primer capítulo realmente importante que logramos discutir y redactar fue el relativo a la situación analítica, o transferencia, y fue el resultado de una confrontación de ideas. Una discusión comenzó luego de que Anna Christopoulos había comenzado a escribir sobre las diferencias que habíamos identificado durante un tiempo, pero que estaban lejos de quedar claras. Los conceptos no eran los mismos que manejamos ahora, pero el punto básico en desacuerdo era si una sesión en la que había claramente una cantidad significativa de tensión emocional era necesariamente lo que ahora llamamos teatro o teatro inmersivo, o era cine. Las metáforas emergieron a medida que Liz discutía con Anna y luego conmigo. Yo no creía que estuviera enteramente bien considerar que si había una tensión emocional (reconocida), el analista estuviera suponiendo teatro. Entonces, lo discutimos, revisamos los casos y pensamos.

Eventualmente se nos volvió aparente que no había contradicción entre la suposición de cine de la situación analítica y el nivel de involucramiento emocional. Dos críticos de cine pueden expresar una intensa emoción sobre una película. El tema no era la emoción, sino dónde se desarrollaba la acción. Puesto crudamente, era una disputa (como la que Freud tuvo con Ernst) sobre cuán cruel había sido su padre en el pasado del paciente o era una disputa sobre cuán (inconscientemente) cruel era vivido el analista en ese preciso momento.

De forma similar discutimos sobre la participación; lo importante no era si el analista de alguna forma podía ser un participante, porque en ambos surgían emociones, sino si el analista consideraba que su forma de vivenciar y estar con el paciente, y cómo lo que ambos pensaban sobre él era el producto de que el analista estaba siendo influido inconscientemente por su paciente para actuar [*enact*]. La discusión hizo que nos diéramos cuenta de que los temas centrales eran si las imágenes inconscientes del analista sobre su paciente y las imágenes inconscientes del paciente sobre su analista mientras estaban en el consultorio juntos estaban en la mente del analista o se encontraban fuera, en una película que se introducía.

Gradualmente fuimos clarificando más los temas al analizar los dieciséis casos y los casos publicados que habíamos elegido para dis-

cutir junto con los de Freud. Cómo un analista suponía la presencia de la transferencia resultaba depender de dos variables (cuándo: ahora-indefinido; participación: simétrica-asimétrica). A medida que todos discutimos los criterios expresando nuestros propios juicios, las distinciones parecieron tener más sentido y se fue volviendo gradualmente más sencillo explicarlas y reconocerlas. Por supuesto que no necesariamente tenían sentido para los analistas que presentaban su trabajo. Parece ser bastante común que creamos que estamos haciendo una cosa mientras que en realidad estamos haciendo algo diferente.

Fundamentalmente, a medida que las distinciones comenzaron a ganar sentido en nosotros y procedimos de forma similar de ahí en adelante, su utilidad aumentó –por lo menos para mí–. Yo siempre pensé que el cine y el teatro eran los dos tipos más comunes, pero la discusión nos ayudó a alcanzar un consenso preliminar de que había cuatro tipos, para lo cual el debate entre Anna y Liz había creado metáforas. La cuarta metáfora, el monólogo dramático, es la menos elaborada. Surgió de pensar sobre el trabajo clásico de los colegas franceses, en tanto conciben la transferencia como revelada a través de la elección de palabras y afectos en la cognición de inconsciente a inconsciente entre analista y paciente. Necesita de más trabajo.

De todas formas, yo ahora tenía la idea de modificar el primer capítulo, que siempre había incluido el caso de Eisler, para incluir otros casos. No fueron elegidos de forma sistemática y tienen fallas en tanto no incluyen mujeres analistas, etcétera, etcétera. Las elecciones estuvieron regidas por el tiempo y la oportunidad. No es fácil hallar ejemplos clínicos que provean de un conjunto de intercambios entre analista y paciente que puedan ser resumidos de forma económica y significativa. Podíamos agregar otros casos para enriquecer el debate sobre las «metáforas», y entonces Michael Diercks también contribuyó con un extenso conjunto de ideas basadas en su trabajo sobre los historiales de Freud.

Aplicar los conceptos que habíamos desarrollado a estos nuevos casos implicaba ciertos riesgos. No teníamos presentes a los analistas para que nos pudieran explicar cosas. Sin embargo, el resultado parece ser lo suficientemente bueno como para dar una discusión. Me sentí

particularmente complacido cuando le mandé a Fred Busch el primer capítulo y el capítulo sobre la situación analítica. Busch es un psicólogo del yo en Norteamérica, y publicamos uno de sus casos. Fue muy gratificante que encontrara que nuestra descripción de su material fuera precisa porque, como ustedes saben, en Norteamérica tienen ideas bastante diferentes sobre la transferencia –típicamente la reconocen solamente cuando el paciente está efectivamente hablando sobre su analista–. El caso de Busch mostraba el modelo cine funcionando efectivamente. Después pude ver las diferencias entre Eisler y Otto Kernberg –encontré un trabajo muy claro de Otto–. Después estaban Green y Bion, y también encontramos dos relatos relacionales. Estos últimos resultaron sorprendentes porque en principio uno esperaría que los analistas relacionales tuvieran una concepción de teatro inmersivo. En realidad, llegamos a la conclusión de que, a pesar de toda la interacción que describen entre analista y paciente, suponen el modelo cine, fundamentalmente porque en los ejemplos que analizamos no encontramos preocupación por la imagen inconsciente del paciente sobre su analista y sus motivaciones. Puede ser que, en el gran esfuerzo que realizan los analistas relacionales para diferenciarse de las figuras traumáticas que sus pacientes describen en sus vidas, omitan signos de que, cualquiera sea la relación consciente de los pacientes con ellos, los aspectos inconscientes pueden ser muy diferentes. Les llevó algo de tiempo a Freud y a Ernst pasar de hablar sobre su relación consciente de confianza y respeto a la comprensión de que Ernst estaba (inconscientemente) aterrorizado de que Freud fuera cruel y quisiera castigarlo. En relación con la posibilidad del teatro inmersivo, los analistas relacionales no informan sobre la idea de verse influidos por su propio inconsciente, quizás porque hacer que su paciente se sienta comprendido es un hecho descontado.

En otro capítulo, Liz Allison hizo un trabajo muy competente resumiendo las teorías de los analistas sobre lo que está funcionando mal en sus pacientes, en el marco del debate posterior a los años setenta sobre la ampliación del espectro de pacientes tomados en tratamiento. En 1975, en Londres, le pidieron a André Green que preparara un trabajo para ser publicado con anterioridad a un encuentro. Era un

trabajo típico de Green, una brillante revisión de toda una situación que en esos momentos era llamada «la ampliación del espectro». Es una idea totalmente obsoleta porque hoy en día muy pocos psicoanalistas restringen sus pacientes a los «neuróticos», pero en ese momento era nuevo para los analistas tratar casos más complejos, y Green era un ejemplo. Anna Freud era una de las principales discutidoras del trabajo y fue bastante despectiva –agradable, pero despectiva–.

Pero fue importante porque Anna Freud básicamente rechazaba lo que ahora son ideas bastante dominantes en el psicoanálisis norteamericano. Rechazaba que el paciente tuviera un trauma real y que el analista pudiera proveer al paciente de aquello de lo que no había sido provisto, todo este tipo de ideas. Pero lo que encontramos, y Liz logró hacer emerger muy claramente de la literatura y de nuestros propios hallazgos, es que había una gran diferencia entre los analistas que aún piensan fundamental y básicamente en términos de ambivalencia y conflicto, como Freud y Anna Freud (o incluso Klein o Bion), y los analistas que piensan mucho más centralmente que los pacientes se han visto privados de maternaje, simbolismo u otra cosa, muy tempranamente. Liz hace una interesante revisión de ese aspecto.

En el siguiente capítulo, Sebek hizo una revisión similar sobre cómo habían evolucionado las teorías sobre el cambio, y Bruns, que también había hecho un análisis sociológico de nuestros informes sobre los talleres, presenta evidencia de lo que los analistas estaban haciendo. La revisión de Sebek se basa en una anterior, de Gabbard y Weston, sobre todas las teorías acerca de cómo los analistas crean un cambio. Al leerlas, uno se da cuenta de por qué los psiquiatras pueden enfrentar un problema; cada cosa imaginable puede ser un factor que genere efectos. La revisión de Michael muestra que la teoría de lo que hace el analista está tan llena de matices que casi se puede hacer cualquier cosa. Esto lo podemos remontar, de cierta forma, a Lowell, en mi opinión. Los primeros analistas en Francia, en Viena y en los Estados Unidos se apegaban al método freudiano. Parecía funcionar (especialmente en los Estados Unidos) en tanto los pacientes que eran seleccionados –neuróticos, quizás– podían jugar el juego. Quiero decir que podían asociar, tolerar el silencio y esperar al analista. Y lo más

importante de todo, eran pacientes que básicamente pensaban que el analista se encontraba de su lado, podían establecer una alianza terapéutica. Tales pacientes pueden funcionar bien con el enfoque de cine.

Pero lo que creo que pasó, especialmente en los Estados Unidos, es que los analistas de mayor experiencia empezaron a tener muchos candidatos en análisis. Y los candidatos, sorprendentemente, no son sencillos. Conscientemente quieren ser analistas, pero inconscientemente tienen todo tipo de dudas. El modo cine puede ser un problema en tales casos. Seguramente, en la medida en que la población de pacientes cambió, los trabajos empezaron a mostrar que había pacientes que no podían establecer una transferencia o necesitaban ayuda para establecer una alianza terapéutica antes de poder comenzar un análisis. Surge entonces la idea de mezclar «el método» con comentarios que estarían por fuera del método. Volviendo a Lowell, escribió que había un método (el de Freud), pero otras cosas eran necesarias para ayudar, como cosas que logran establecer una alianza terapéutica. Y pronto aparecieron las ideas de Kohut.

En algunos aspectos, nuestro capítulo sobre «seguimiento del proceso» [*furthering the process*] (es decir, cómo logramos una diferencia) es el menos satisfactorio porque muestra cuán caótica se ha vuelto la práctica psicoanalítica –cualquier cosa vale–. Un gran número de analistas claramente no están haciendo uso del procedimiento freudiano, por lo que no están llevando adelante lo que Freud hubiera considerado un análisis. El objetivo de nuestro libro es ir más allá de la discusión sobre si un proceso es un análisis o no. Eso nos ha llevado a trabajar muy muy duro para tratar de ver lo que los analistas piensan que están haciendo. De todas formas, ahora lo hemos logrado, y hay entonces espacio para la reflexión. Por ejemplo, ¿puede el analista proveer al paciente de lo que no recibió en su temprana infancia, de lo que carece? ¿Cómo se relaciona esto con la perspectiva de Freud y de Klein sobre la necesidad de diversos tipos de renuncia relacionados con el complejo de Edipo?

Hay también un capítulo muy interesante de Olivier Bonard, un muy creativo analista suizo francés, que no parecía al principio adecuado por ser demasiado original. Escribe algo sobre lo que llamamos

en nuestros talleres una intervención de Tipo 6. Cuando estábamos haciendo los primeros talleres, tres analistas suecos que eran parte del equipo y lo habían sido por años –uno de ellos desafortunadamente falleció, Thomas Bohm– se me acercaron en uno de los talleres en París. No les parecía que el Paso 1, donde se asignaban las categorías, fuera preciso e importante porque seguramente algunas veces los psicoanalistas hacemos cosas que pensamos que son un error, etcétera, pero no teníamos una categoría. Para mí se buscaba que la gente debatiera qué estaban tratando de hacer los analistas, y seguramente no estaban tratando de cometer un error. Pero continuábamos conversando sobre la idea de que parecía que se nos estaba escapando algo. Entonces introducimos este Tipo 6, con el que el grupo podía discutir sobre la situación en la que el analista realizaba una intervención que, en esencia, luego podía reconocer como un error. Porque yo no quería que nuestros talleres recayeran en la postura de sostener que el analista hacía algo que estaba mal (en lugar de tratar de entender qué estaba haciendo). Yo insistí en que el Tipo 6 podía entonces considerarse para una intervención si le parecía plausible al analista que lo que había puesto en palabras era algo que quizás no lograba comprender o querido realmente decir.

De todas formas, en este capítulo Olivier tuvo esta idea muy original de que el Tipo 6 a veces sucede en la forma de una erupción desde el inconsciente del analista (un acto fallido, si se quiere), que produce una innovación y un avance potenciales si los analistas podían trabajar sobre lo que había sucedido. En otras palabras, no se trataba de un error, sino de una señal.

Me parece que este es un capítulo importante porque, a pesar de que el nuevo lenguaje teórico que estamos introduciendo está concebido para clarificar, ningún nivel de claridad puede realizar el trabajo analítico. El trabajo se apoya en ideas creativas, y el capítulo de Olivier sobre cuáles podrían ser momentos de cambio es una contribución significativa.

- L. v.: ¿Le parece que el pluralismo es un problema porque tenemos muchas teorías y esto puede llevar a escuchar un material tomando la teoría como punto de partida?

D. T.: Sí, el comienzo del proyecto fue mi comprensión, como editor del *International Journal of Psychoanalysis*, de que los analistas pensábamos que hablábamos el mismo idioma y usábamos los mismos términos, pero de hecho describíamos situaciones muy diferentes. Esto a menudo generaba cierto caos. Cuando fui electo presidente de la EPF [European Psychoanalytic Federation] pensé que esta era una situación que teníamos que abordar para que se volviera potencialmente creativa. Creamos los equipos de trabajo [*working parties*] para reunir a la gente y trabajar juntos entre nuestras conferencias anuales para tratar de comprender nuestras diferencias, en lugar de usarlas para competir. El de los Métodos Clínicos Comparativos [*Comparative Clinical Methods*, CCM] fue uno de esos grupos.

Volviendo al pluralismo, este se desarrolló de formas diferentes en diferentes partes del mundo. En los tiempos de Freud, todas las disputas eran resueltas por Freud, no necesariamente de la mejor forma. Echó a Adler, por ejemplo; lo excomulgó como lo hubiera hecho un Papa. Podía haber explicado cuál era el problema, pero no lo hizo. Solamente hizo uso del poder. Entonces, cuando murió Freud, surgió ansiedad sobre qué iba a pasar. Se dieron diversas luchas por el poder, en distintos lugares del mundo. En Estados Unidos, se formó un grupo, que era una compleja mezcla de gente que se vio forzada a emigrar, a escapar de Europa, de los nazis, que creían que tenían la verdad y que también habían sufrido el trauma de la guerra y de tener que abandonar sus hogares. Se unieron con profesionales que tenían formación médica y habían estado en Viena, aprendiendo con Freud y otros analistas. Era un momento en que los profesionales de la medicina estaban razonablemente preocupados por poder diferenciarse de los charlatanes, curanderos y médicos brujos. Creo que por esta razón elaboraron lo que pensaban que era una forma «científica» de psicoanálisis. Parecen haber establecido un sistema social que ha sido descrito como dictatorial. Parecían poder seleccionar a quién querían formar y tratar, y poder cobrar lo que querían. Tenían literalmente colas de personas esperando ser atendidas. Impusieron la ortodoxia. Aún en la década del setenta, en Los Ángeles, echaron a Bion y no les permitían leer a Kohut, y mucho menos a Racker o a Klein. Creo que

el sistema debe haber funcionado hasta cierto punto y ayudado a cierto tipo de pacientes, pero al mismo tiempo hay informes que sugieren que muchos de los candidatos del momento lo experimentaban como tiránico. Eventualmente, Kohut, elegido presidente, promovió ideas diferentes, y el pluralismo emergió como una perspectiva desde la cual todas las ideas eran respetadas.

- L. V.: ¿Le parece que las diferentes teorías se basan en este tipo de problemas o en problemas clínicos?
- D. T.: El problema básico que yo veo en Estados Unidos es que nunca compartían el material clínico detallado, por lo menos en sus publicaciones. No había realmente datos. Los ejemplos clínicos que brindaban eran más bien una historia sobre el paciente, y no había nada del tipo «Él dijo esto; yo dije esto». Quizás el hecho de que no trabajaran con pacientes más narcisistas iba de la mano de hacer el análisis más científico. Por ejemplo, si en el análisis el material del paciente es tratado como un texto, entonces uno analiza ese texto, es solamente un ejercicio de traducción, y se lo puede pensar como más o menos científico y se lo puede pensar en los términos de las reglas y leyes de la traducción. Se pueden tener también diferentes interpretaciones. Pero esto no se puede hacer tan sencillamente si se trata de una experiencia subjetiva de inconsciente a inconsciente. En ese caso, el material clínico se encuentra efectivamente en la mente del analista, no en el papel ni aun menos en una grabación. El analista tiene que explicitar su impresión y de dónde la obtiene.

Lo que llamamos el modo cine para pensar cómo se revela la transferencia es similar. Consiste en establecer paralelismos entre las historias del paciente (los textos) y se puede poner en marcha con facilidad. No es necesaria una subjetividad real.

Como una digresión, empiezo a pensar que hay una relación entre la preocupación actual en el psicoanálisis norteamericano con los temas del racismo, la homosexualidad, la transexualidad y las minorías en el psicoanálisis, y el hecho de que el modelo dominante sobre cómo se revela la transferencia sea el cine. Elaborar la transferencia a través de una crítica cinematográfica crea un riesgo –¿cómo hace un analista que está fuera de ese, digamos, grupo «minoritario» para realizar una crítica cinematográfica sobre la vida en ese grupo? La mirada sesgada siempre

será posible. Si el modelo es el teatro, las cosas cambian un poco, y lo hacen aun más si se trata del teatro inmersivo. En el teatro lo que sucede se desarrolla en el consultorio, y las incomodidades entre los dos pueden ser vivenciadas, pero quizás no si el psicoanálisis es a distancia.

Pero, volviendo al pluralismo, creo que la forma en la que entienden el pluralismo en Estados Unidos es en términos de respetar diversas teorías, en lugar de aceptar una teoría única y discutir sus diferentes interpretaciones con datos, que tiene que ver con la forma en la que una teoría impuesta (de hecho, una interpretación de Freud impuesta) está en el comienzo de su historia. Mi impresión es que discuten distintas lecturas de un material de acuerdo con diferentes teorías. A menudo empiezan por uno de sus propios teóricos, en vez de empezar por Freud. Habitualmente no empiezan desde el consultorio.

Todos entendemos que los datos no están libres de una teoría. Pero ¿argumentar eso seguramente no es argumentar que no hay datos? Roy Schaefer y Bob Wallerstein comenzaron una discusión sobre este tema hace algunos años, y la cuestión crucial era si obteníamos los datos clínicos en condiciones suficientemente comparables como para hacer posible su discusión. Los conceptos teóricos que desarrollamos en el libro buscan ayudar en esto, y produjimos once preguntas que creo que, con un poco de trabajo, pueden llevar a discutir las diferencias reales, superando el problema de todos los diferentes lenguajes que hemos tenido, que ha hecho que incluso un concepto básico como el de la transferencia se vuelva casi imposible de discutir.

En 2003, en una presentación en la EPF, yo promovía lo que llamé pluralismo disciplinado, que es un concepto de la economía y la política. La idea es contrastar, «vale todo», donde todos respetamos las ideas de cada uno y no hacemos ningún esfuerzo por resolver cuál funciona mejor que otra, con una alternativa disciplinada en la que queremos descubrir qué ideas funcionan y cuáles no. La analogía económica está en que cuando la economía de mercado funciona bien, los negocios deben enfrentar la disciplina de verse obligados a vender cosas que los consumidores quieren. En Londres hace cincuenta años los restaurantes eran terribles. Cuando se tiene libertad para poner un restaurante y se logra algo innovador, la gente vendrá y le gustará, y el negocia marchará

bien. Esto es lo que ha pasado –en contraste con lugares donde, por ejemplo, el Estado gestionaba los restaurantes, como en Alemania del Este–. Lo que el mercado provee (si es adecuadamente manejado y no hay monopolios ni otras influencias de ese tipo) es disciplina; solamente sobreviven los restaurantes que la gente quiere.

Si el mercado no está controlado, gradualmente habrá innovación y mejora, que no se dan si alguien te dice cómo poner un restaurante. Entonces, lo que brinda el mercado es disciplina, solamente sobreviven los restaurantes en los que la gente paga para que sobrevivan.

La disciplina en el pluralismo significa que debe haber una manera de decir «no». No quiero ir a ese restaurante. Esta forma de hacer psicoanálisis no está bien, o este candidato no ha logrado aprender bien o esta persona no puede ser un analista supervisor.

L. v.: ¿Es el mercado el que tiene que decidirlo?

D. T.: No, lo que estoy sugiriendo no es que haya un mercado que decida. Estoy hablando de disciplina, no de «mercados». La disciplina de los mercados es que la gente dice que no a las cosas que no quiere comprar. Esto es mejor que la situación en la que una persona decide, incluso Freud. Entonces, tenemos que encontrar la manera de decir «no» a prácticas que no son el psicoanálisis, a las personas que aún no han aprendido a practicar el psicoanálisis, a las ideas que consideradas adecuadamente no funcionan, etcétera, y para eso necesitamos criterios. No podemos seguir evitando tomar decisiones.

L. v.: Debe haber algún tipo de evaluación.

D. T.: Exactamente. Pero tiene que ser transparente y consensuada, no impuesta por la autoridad de una persona. Es un tema complicado. Lacan peleaba contra la institución del psicoanálisis porque la consideraba corrupta, pero la reemplazó por su propia omnipotencia. De todas formas, es claro que alguien no se convierte en un analista porque la asociación uruguaya lo diga o porque él mismo se considere un analista. Esto quiere decir que alguien está dispuesto a presentarse, y otros son capaces de juzgar si puede serlo o no. Es un desafío tanto emocional como conceptual.

L. v.: Como con los restaurantes, hay analistas a los que consultan muchas personas y otros a los que pocos consultan.

- D. T.: Bueno, no creo que funcione. Aunque si pudiera funcionar, sería bueno. El problema es que es muy difícil para el paciente formarse una idea realista de su psicoanalista. Sabemos que algunas de las peores situaciones de abuso surgen cuando el paciente está completamente enamorado de su analista, y aun cuando no tienen relaciones sexuales, los pacientes continúan en análisis durante veinte o veinticinco años porque no pueden dejar de venir. Probablemente necesitemos revisión de pares, y la revisión de pares necesita de criterios.
- L. V.: Pero pensando en la disciplina, en la disciplina económica, de qué manera...
- D. T.: Es que no se trata de economía, es disciplina en el sentido de tener una manera de decir «no». Esta teoría no es lo mismo que aquella, por ejemplo. Las once preguntas que formulamos a partir de nuestro trabajo tienen el potencial de convertirse en criterios de consenso; por ejemplo, si usted quiere llamarse un analista freudiano, debe usar algo equivalente a su procedimiento.

Los conceptos nos generan problemas constantemente. En los Estados Unidos hablan de actuación [*enactment*], y quieren decir interacción social. La palabra de Freud en alemán es *agieren*, y el significado de *agieren* no es igual a interacción. La persona que entendió esto muy bien fue Echegoyen. Recuerdo que tuvimos una larga discusión con él cuando estuve en Buenos Aires. Echegoyen sabía de filosofía, y los filósofos Austin y Searle decían que las palabras no solamente tienen un significado, sino que hacen cosas. Desde mi punto de vista, la noción freudiana de actuación o *acting out* requiere de la idea de una fantasía o creencia inconsciente que es actuada o realizada, como lo describió Sandler. No se trata solamente de interacción entre personas. Y hay muchas diferencias de este tipo.

Para volver al libro, creo que este marco teórico que desarrollamos para comprender cómo se revela la transferencia en las sesiones –porque importa hacer notar que no tratamos de discutir todos los aspectos de la transferencia– nos permite discutir de mejor forma cuándo y por qué la interpretamos.

Esencialmente, la transferencia modelo de creencia –o quizás una predicción a través de la cual vemos y experimentamos el mundo–

puede revelarse por la vía de lo que llamamos cine, teatro, teatro inmersivo y monólogo dramático.

Una vez que decidimos qué abordaje adopta el analista, la discusión puede orientarse hacia su efectividad en ese caso. Freud no fue efectivo con Dora o con Ernst usando el modo cine, en el sentido de que sus construcciones sobre la transferencia, basadas en la crítica cinematográfica, no le permitió «captarla». Sin embargo, cuando usó el modo teatro con Ernst, parece que las cosas marcharon. Fue posible (1) nombrar cómo Ernst se sentía atemorizado por Freud ahí, y en ese momento, (2) elaborar la evidencia de que esto se debía a que él pensaba que Freud era un Capitán que quería golpearlo, y (3) construir la forma en la que este modelo interno había surgido de su relación con su padre y parecía activarse frente a diversos hombres.

Las once preguntas que proponemos en el libro se basan en nuestro esquema teórico. Están libres de las teorías existentes. Cualquier analista puede revisar sus sesiones y evaluar cómo está trabajando de acuerdo con el esquema. Se puede hacer un trabajo perfectamente bueno con el cine, el teatro, etcétera, o solo usando el nivel 1 de los datos. Pero si se usa el cine o el nivel 1, hay potenciales problemas si el paciente está inconscientemente en teatro o si los sentimientos del analista (como, por ejemplo, algunos de los discutidos en el libro) son la mejor pista sobre lo que está pasando. Hay que buscar los desencuentros. Hubo un desencuentro entre la forma en la que Freud quería trabajar con Dora, y luego con Ernst. Pero con Ernst, al menos por un tiempo, las cosas cambiaron.

El pluralismo del vale todo es completamente disruptivo. El pluralismo disciplinado permite retroalimentación y aprendizaje. La versión vale todo del pluralismo genera el riesgo de que alguien puede recibir una formación psicoanalítica (cara y de larga duración), y no se diferenciaría de alguien que decidió llamarse a sí mismo psicoanalista. Creo que esta versión del pluralismo genera una ansiedad capaz de destruir la IPA [International Psychoanalytical Association]. De ahí la necesidad de establecer estándares comunes. Pero entonces a menudo nos hemos encontrado con dictaduras y revoluciones en su contra. La IPA ha optado por abstenerse de establecer estándares y deja eso en

gran medida en manos de cada instituto; el ejemplo más reciente es la habilitación para cursar una parte significativa de la formación solamente *online*. Consideraciones prácticas van creando mucha presión sobre temas como ese. Pero el problema es que en la medida en que no hemos acordado criterios de resultado esperable –en otras palabras, no tenemos un sistema disciplinado que nos permita confiar en que diferentes institutos habilitan a candidatos a ejercer como psicoanalistas de una manera transparente–, ponemos nuestra profesión en riesgo.

PEDRO MORENO: Cuando usted presenta los cuatro modelos, los presenta como diferentes formas posibles de ver el trabajo, sin una jerarquización, pero parece surgir su opinión más claramente cuando discute los modelos del teatro y el teatro inmersivo.

D. T.: Creo que sí cuando he estado hablando sobre mi práctica personal, pero también sostengo con convicción que todos los modos pueden funcionar. Creo que Fred Busch, que claramente trabaja en el modo cine, básicamente con el Nivel 1 de los datos, claramente hace un buen trabajo psicoanalítico, como en el caso que incluimos en el libro. Al mismo tiempo, pienso que los métodos del cine y el Nivel 1 pueden enfrentar grandes problemas si se tiene que trabajar con un paciente narcisísticamente fronterizo. Volviendo a la formación, diría que todos necesitamos una buena comprensión de los cuatro modelos y los otros conceptos expresados a través de las once preguntas. Una vez comprendidos los cuatro modelos, se puede argumentar a favor de cuán adecuados son para nuestro trabajo. El teatro inmersivo contiene el teatro, pero también puede contener el cine. Una vez que se encuentra su lógica, se puede pensar en cualquier sesión en particular. Cuando le mandé estas ideas a Patrick Miller, me contestó diciendo que le resultaban brillantes, e inmediatamente me dijo que se pensaba a sí mismo como trabajando en el teatro inmersivo, pero que temía que en ocasiones se había pasado el día en el modo cine.

En este punto es importante aclarar que lo que observamos en los datos que hemos obtenido es que la gente habitualmente usa el cine y a veces el teatro, pero raramente tienen conciencia de las alternativas. Hacen lo que hacen, en lugar de elegir lo que hacen. Si tuviera que planificar un programa de formación, buscaría organizarlo de forma

tal que todos pudieran comprender y dar ejemplos en los seminarios clínicos, y aprendieran a reconocer los cuatro modelos. Cada uno tendría que poder decidir qué modelo le funciona mejor, con qué modelo se siente más cómodo. Se puede trabajar con el modo cine con bastante éxito si se tiene en cuenta que, en cualquier momento, uno se puede encontrar en el teatro o en el teatro inmersivo. En este punto, el elemento relativamente ausente es el monólogo dramático, que necesita de más trabajo.

- P. M.: En ese modelo lo que realmente importa es el uso del lenguaje, el impacto del lenguaje del analizando y la disponibilidad del analista.
- D. T.: La disponibilidad inconsciente. Pero en esa teoría no hay una relación personal, por eso se llama monólogo dramático. El paciente es casi el único que habla. El analista recibe y, ocasionalmente, transformativamente comenta. Estoy seguro de que el estudio de la disponibilidad del analista sería muy interesante.
- P. M.: ¿No deberíamos asumir que el inconsciente del analista está casi siempre disponible, pero quizás la diferencia sería que en el monólogo dramático es lo que más claramente orienta la intervención del analista?
- D. T.: En teoría, sí. Pero cuando nos movemos de la teoría a la práctica, encontramos un desafío. La mayoría de los analistas han leído una cantidad de libros suficiente como para decir que lo que usted acaba de decir sobre lo inconsciente es lo deseable. Al mismo tiempo, hemos encontrado muchos ejemplos en los que el método parece entrar en claro conflicto con ese objetivo. Recuerdo que una vez éramos moderadores en México junto con Paul Denis. El presentador era un analista mexicano, e hizo 56 interpretaciones. Recuerden que no estamos tratando de juzgar, pero no parece posible hacer una interpretación cada uno o dos minutos, y a la vez estar disponible para las señales del inconsciente.

No lo sabemos realmente. Personalmente, pienso que el modelo cine es lo que, hasta cierto punto, todos los analistas hacemos. Y dependiendo de cómo hemos sido formados y de nuestra experiencia, de vez en cuando o más o menos frecuentemente nos detenemos a hacernos preguntas del tipo teatro o teatro inmersivo. ¿Cómo me ve mi paciente inconscientemente? ¿Cómo veo yo a mi paciente? Aun

amigos kleinianos atentos al aquí y ahora de la *transferencia* pueden estar en el modo cine porque se encuentran muy atrapados en lo que sienten que el paciente está «haciendo» aquí y ahora. Se puede estar tan ocupado interpretando el aquí y el ahora que uno puede no detenerse a pensar la transferencia a la teatro. Solo porque alguien está haciendo un análisis del aquí y ahora no significa que esté haciendo teatro; mucha conversación sobre lo que está pasando entre el analista y su paciente puede ser como la crítica cinematográfica si la imagen inconsciente potencial que el paciente tiene del analista interpretando no se establece firmemente en su mente.

La idea en el libro es que estos conceptos son conceptos vivos que todos podemos usar. Lo que espero es que los conceptos no sean cambiados, que se usen de la manera que proponemos. Si son cambiados demasiado, dejan de ser útiles, porque su valor es que establecen distinciones.

- P. M.: En la distinción entre teatro y teatro inmersivo usted parece crítico de algunos usos del modelo teatro. Parece criticar a ciertos analistas que darían la impresión de pensar que conocen su inconsciente. Al describir el teatro inmersivo, usted habla de trabajos del siglo XXI, que es cuando se dan a conocer en inglés en el *International Journal* los trabajos de Bleger y los Baranger. ¿Le parece que esa distinción se puede referir a distintos grupos de analistas?
- D. T.: Bueno, el libro de Racker ya se había publicado en Inglaterra, y yo publiqué a Álvarez de Toledo. Paula Heimann fue mi supervisora, y entonces yo siempre he conocido estas ideas. Pero aun conociendo las ideas, una cosa diferente es cómo se reflejan en nuestra práctica. La teoría debe tener el potencial de permitirnos pensar, pero puede no llegar a hacerlo. Ha habido discusiones que tenían más de ideológico que de teórico; la disputa ideológica de si interpretábamos o no la transferencia, que a menudo se ha dado sin la discusión previa de qué entendemos por transferencia. Recuerdo que, durante los diez primeros años de mi carrera analítica, trataba de ayudar a entender que primero hay una teoría sobre la transferencia y después hay una teoría sobre cuándo interpretarla. Son dos cosas distintas. Ahora podemos ser más sofisticados porque tenemos la distinción entre designación y construcción.

- P. M.: ¿Le parece que muchos desarrollos de la teoría psicoanalítica posteriores a Freud han ido complejizando y mejorando la teoría, pero no son de aceptación unánime, como puede ser el impacto y la importancia clínica de la contratransferencia?
- D. T.: En general creo que la teoría sobre la situación clínica es confusa. Es la razón por la que comenzamos nuestro estudio. La contratransferencia es un buen ejemplo. En primer lugar, es entendida de diferentes formas y, en segundo lugar, su uso potencial es comprendido de diferentes formas. Después está el tema de qué es consciente (las respuestas subjetivas del analista) y su significado inconsciente (contratransferencia). Después está la cuestión de cómo usar las respuestas subjetivas del analista. En nuestro libro hay algunos buenos ejemplos. En la Conferencia de IPA en Amsterdam en 1993, el psicoanalista norteamericano Ted Jacobs presentó un trabajo que fue revolucionario en Norteamérica porque hablaba de sus sentimientos y pensamientos, sus respuestas subjetivas, viniendo de una posición en la que eso no se reconocía en forma abierta y era considerado peligroso o incluso reñido con la ética. En su trabajo describe cómo escucha a su paciente, y se encuentra con que se le ocurre pensar en su propia infancia en una situación de esa época; Green, que venía de una tradición muy diferente, lo criticó muy duramente, y en nuestro primer libro Paul Denis criticó a Green muy duramente.
- L. V.: Conocimos personalmente a Denis porque participó como invitado en un congreso de APU.
- D. T.: Paul formó parte de los CCM muy desde el comienzo, muy movido por su propio interés. Pero mi punto era que en el contexto norteamericano Jacobs fue revolucionario. Hizo posible que se hablara de la respuesta subjetiva del analista, algo que no estaba permitido anteriormente porque debía ser todo científico. Sin embargo, desde el punto de vista de Green y desde el mío propio también, Jacobs daba un ejemplo de confusión en cuanto al procedimiento y –de la forma en la que lo diría hoy– al nivel de datos. Jacobs no tenía una idea muy sofisticada sobre la forma en la que sus pensamientos inconscientes eran estimulados por los del paciente. En otras palabras, no contaba con un modelo teatro. En realidad, está operando dentro del modo

cine. Es como si notara que su crítica de la película se veía influida por su respuesta subjetiva a la película. Es diferente del teatro inmersivo, que Green o yo habríamos considerado, porque en la crítica de la película, su respuesta subjetiva es la que puede pensarse que le da una comprensión, un *insight*, de la película, que era la nueva idea que él estaba presentando.

Es muy importante no perder de vista los diferentes conceptos. Por un lado, estoy hablando del impacto de la suposición que tiene el analista sobre cómo se revela la transferencia. Por otro lado, me refiero a las suposiciones sobre el procedimiento y el uso de diferentes niveles de datos. Si, como Jacobs, usted usa el Nivel 2, entonces, ¿para qué? ¿Qué sentido tiene que esté pensando, por ejemplo, «Quizás mi paciente me está haciendo sentir asustado y prefiero pensar en mi padre»?

L. v.: Aquí nosotros tuvimos a Luisa de Urtubey.

D. T.: Sí, ella presentó material dos veces en los CCM. Era parte del CCM, no como moderadora, pero tenía una actitud de mucho apoyo a los talleres. Esta cosa que nació en Uruguay, que podríamos llamar la influencia de los Baranger, era también clara en otra analista con la que trabajamos, Myrta Casas, una muy buena experiencia, un muy buen trabajo de análisis con el que trabajamos en un taller.

L.v.: Luisa de Urtubey, que trabajó en París, decía que había que analizar otros conceptos, no solo el campo.

D. T.: Exactamente. Mi primer analista fue Pearl King, y ella distinguía lo que llamaba la respuesta del analista (que son todas las ideas, pensamientos que le surgen al analista) de la contratransferencia, que es lo que estas respuestas inconscientemente significan. Ir desde la respuesta del analista a su significado inconsciente es lo mismo que ir desde las asociaciones del paciente a su sentido latente. Volviendo al pluralismo, el problema básico es la falta de profundidad. Un tema muy importante es la falta de profundidad de algunas teorías, como las que sostienen que el analista puede proveer al paciente de una nueva experiencia que el paciente nunca había experimentado hasta entonces. En una situación así, qué pasó con los moldes [*clisés*] de la transferencia.

L. v.: Esto me parece muy importante. Yo estudio el OPD [*Operationalized Psychodynamic Diagnosis*; Diagnóstico Psicodinámico Operacionali-

zado], y hacen una distinción diagnóstica importante entre pacientes con problemas de conflicto, neuróticos, y pacientes con problemas de estructura, con capacidades comprometidas. Con un paciente con un problema estructural, debemos poner el foco en eso primero porque no pueden comprender y avanzar con sus conflictos. El psicoanalista noruego Björn Killingmo habló de patologías del conflicto y patologías del déficit.

- D. T.: Desde una perspectiva psicoanalítica, encuentro confusas este tipo de ideas. Pueden tener sentido a nivel psiquiátrico. La forma en la que yo lo pienso es que el paciente que tengo delante habitualmente en el diván tiene típicamente treinta, cuarenta, cincuenta años, y es típicamente muy competente en diversas áreas. Me peleo con las ideas de que no es capaz de simbolización, representación, conflicto, etcétera. Y creo que lo que nos describen es un artefacto del método.

Por un lado, en mi consultorio, tengo un paciente al que le he descrito la regla fundamental y a quien estoy tratando de escuchar con mi atención parejamente flotante. Si el paciente habla, habitualmente demuestra su capacidad para producir pensamientos, imágenes, sueños, sentimientos, etcétera. Y también, de cuando en cuando, generar incomodidad, actos fallidos, etcétera. Prestaré atención a estos. Pero desde mi punto de vista, el análisis está funcionando. Por otro lado, el paciente no habla o muestra otras señales de resistencia a la asociación libre. Tendré que intervenir y señalarlo –tratando de aclararle al paciente que parece haber un problema con lo que le estoy ofreciendo, lo que en cierto nivel debe querer decir que hay un problema conmigo–; aunque puedo haberle dicho, por ejemplo, que debería decir lo que le venga a la mente, parece por su respuesta que seguramente no encuentra que este sea un curso de acción acertado. Esto quizás entra de alguna forma en conflicto con su decisión de estar aquí o conmigo; aunque haya venido hoy y se haya acostado en el diván, algo dentro suyo tiene grandes dudas. Tratar de exponer el conflicto en el nivel en el que parece encontrarse, eventualmente, puede que nos permita generar un progreso o no. Si no lo logramos, puede que el paciente necesite un analista o un tratamiento diferentes, pero habremos hecho lo posible por probar el procedimiento del psicoanálisis. Cualquier

paciente que ha llegado hasta aquí, ha venido y está dispuesto a pagar, y tiene alrededor de cuarenta años es capaz de sostener un intercambio en el que puede demostrar sus problemas. Creo que el analista debería hacer lo que tiene que hacer para que el paciente también lo pueda hacer.

- L. v.: Pero hay situaciones en las que es la familia la que puede pagar el tratamiento porque el paciente no tiene trabajo, o no saben qué hacer o tienen problemas.
- D. T.: Este es un punto muy importante, el encuadre en el que usted toma una decisión. Lo que he dicho anteriormente se aplica a lo que yo he encontrado como la situación más frecuente en la práctica privada. Pero en algunos países, como Alemania, es diferente. El Estado puede pagar por tratamiento durante un número de años, y el paciente encontrarse desempleado y tener enormes dificultades. Desde mi punto de vista, esto no debería hacer ninguna diferencia. El psicoanalista trata de hacer psicoanálisis, y el paciente tiene la posibilidad de unirse al proceso. Pero podemos decir que es cierto, a partir de nuestro trabajo con los CCM, que a menudo los analistas tratan de ofrecer alguna variante. Supongo que con un paciente que es traído y cuyo tratamiento paga alguien más, puede ser más complicado. De todas formas, yo haría la misma cosa; a fin de cuentas, el paciente vino.
- L. v.: creo que hay un problema de diagnóstico. Pacientes que pueden decir que son neuróticos, pero se sienten fronterizos.
- D. T.: En principio, estoy de acuerdo. Pero en la práctica, mi respuesta es la misma –el mejor diagnóstico se logra cuando uno hace el intento y tiene éxito o fracasa–, siempre y cuando uno no continúe haciendo lo mismo demasiado tiempo. Me parece que las habilidades que tiene para brindar el psicoanálisis son bastante poco frecuentes. Cuando uno está haciendo psicoanálisis, debe hacer psicoanálisis. Si el paciente no puede hacerlo, quizás alguien más debe tratar de ayudar al paciente. No se debería adaptar alejándose del psicoanálisis porque se desperdicia la habilidad del analista. En mi experiencia, si uno trata de hacer psicoanálisis, uno efectivamente encuentra que el paciente tiene muchos conflictos y demás. El riesgo de hacer psicoanálisis a medias es que uno simplemente mantiene al paciente ocupado sin dejarlo

encontrar otro abordaje. Muchas fantasías contratransferenciales de ser el salvador son en este sentido posibles.

- L. v.: Mi primer paciente era un paciente fronterizo y, sin embargo, pudimos realizar un análisis con el que tuvo una buena evolución
- D. T.: Mi primer paciente se negó a acostarse en el diván durante dos años. Era una paciente histérica del espectro fronterizo. De hecho, le fue bien después de un largo tiempo. Uno solo puede hacer lo que puede hacer. Por supuesto que, si el paciente empieza a cortarse o a tener conductas de ese tipo, puede haber un límite. ♦