

Dificultades técnicas en la psicoterapia de pacientes paranoides*

DR. JOSÉ REMUS ARAICO**

Es DE TODOS SABIDO el pronóstico variable, nunca muy bueno, y el tratamiento siempre difícil de los pacientes paranoides mediante alguna forma de psicoterapia, especialmente en lo que se refiere a modificar su carácter básico: la tendencia a interpretar erróneamente la realidad exterior. Es por esto mi interés en estudiar las fuentes de algunas dificultades técnicas que se presentan en este tipo de pacientes.

Ya S. Freud en 1905, en el historial conocido como "El caso Schreber"⁵ y después en 1922. en el artículo titulado "Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la homosexualidad y la paranoia",⁶ se refirió a la imposibilidad de tratar psicoanalíticamente estos casos, tal como entonces se pensaba. Glover⁸ y Fenichel,⁴ entre otros autores, concuerdan en el mismo pronóstico. El primero de éstos, en su libro "The Technique of Psychoanalysis", coloca a la paranoia y otros estados paranoides entre los casos intratables por el psicoanálisis. En este estado de cosas, parecía que sólo quedaba al psiquiatra el recurso de tratar en estos pacientes las reacciones agudas esquizo-paranoides, ya sea mediante el shock, insulínico o eléctrico, o en la actualidad también mediante ciertas drogas, métodos que considero actúan principalmente reprimiendo el conflicto subyacente que se ha hecho manifiesto en el acceso. En el mejor de los casos, cuando estos tratamientos eran bien llevados y el ambiente favorecía una readaptación casi perfecta, permanecían los pacientes sin reacciones agudas durante largo tiempo, pero siempre quedaba la posibilidad de que emergiera el conflicto en nuevos brotes.

Sin embargo, las cosas han cambiado, y dentro del terreno psicológico se puede intentar con mejores recursos técnicos el análisis o la psicoterapia analítica de estos pacientes. Esta mejoría en la técnica ha sido obtenida por dos corrientes de investigación dentro del psicoanálisis, que cada vez van encontrando más puntos de contacto y comprobación entre ambas. Con estos adelantos ahora podemos intentar mutar la base paranoide que antes se consideraba casi inabordable, mejorando también algo del pronóstico general de estos pacientes.

Una de estas corrientes está representada por los trabajos sobre la estructura del Yo, encabezados sobre todo por Hartmann⁹ y Lowenstein¹³ entre otros. Estos autores nos describen al Yo del paranoide como un Yo aparentemente fuerte debido a una superestructura obsesiva, que oculta las grietas de una temprana fragmentación. Este Yo disociado, no tolera la agresión propia inconsciente, y es también muy susceptible frente a la agresión exterior. Utiliza la proyección de la agresión como principal mecanismo de defensa, o sea, la coloca en personas del mundo en que convive, atribuyéndoles intencionalidades agresivas, que estructuradas y simbolizadas, dan la sintomatología clínica de sentimientos o delirios de persecución. La agresividad manifiesta aparece justificada "sin culpa y con razón", porque la proyección es inconsciente y es ayudada por la superestructura generalmente obsesiva. Al estar dañado el Yo, la función discriminativa no puede hacer un sano juicio cíe la realidad,

* Trabajo leído en la Soc. Mex. de Neur. y Psiq. el 20 de abril de 1959—.

** Fundador, Vitalicio y Psicoanalista Didáctico de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Profesor Titular de las Facultades de Psicología y de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

pero tiene zonas o áreas indemnes que le permiten cierta, fachada de salud.

Permítaseme un símil para aclarar más el complejo mecanismo de la proyección en general, que podemos ver más claramente en el paciente paranoide. El paciente lleva reprimido un grave conflicto de privación infantil que al generar resentimiento y hostilidad, ha fragmentado su Yo. Debido a esta fragmentación, tiene importantes fallas de la función discriminativa de la realidad, tanto interna como externa, busca entonces y utiliza, a las personas de su ambiente como verdaderas pantallas, útiles por su calidad reflectora, para proyectar la agresividad que lleva reprimida dentro de sí. En esas pantallas ve con gran realismo figuras amenazantes, a las que puede atacar por el peligro que potencialmente les atribuye su distorsión de juicio.

Justifica su acción agresiva sin responsabilizarse de ella, precisamente porque la proyección es inconsciente. Se adelanta atacando, siendo victimario en lugar de víctima; es el conocido mecanismo de defensa llamado "identificación con el agresor". Una consecuencia importante para su Yo, en caso de "triunfar sobre el agresor", es la sensación de poderío que en los casos extremos toma la forma de megalomanía paranoica.

Como en realidad todo esto es un enmascaramiento del antiguo conflicto intrapsíquico, que sigue generando resentimiento y agresividad por estar inconsciente, aislado y "divido" de la personalidad total, a lo que se agrega el miedo a la venganza si dañó a la persona pantalla, necesitará de un nuevo estallido proyectivo con una nueva pantalla. Así sucesivamente, irá contaminando el medio ambiente una y otra vez. En los intervalos entre las crisis, una calma inestable de tipo obsesivo impedirá la proyección inconsciente; siguiendo el símil, no se le hará patente su agresión reprimida porque las "pantallas" no proyectan nada de su interior.

Cuando una situación exterior hace tambalear la superestructura generalmente obsesiva, como ocurrió en el tercer ejemplo que describiré después, surge nuevamente el conflicto que en lugar de tomar las vías de la conciencia, toma las de la proyección. Todo esto es mucho más complejo, pero para los fines de este trabajo, simplifico la psicodinamia, haciendo sólo especial mención del mecanismo de la proyección y de la existencia de una superestructura más evolucionada como es la obsesiva.

La segunda corriente de investigaciones del psicoanálisis que mencionamos anteriormente, nos permitió aclarar importantísimos aspectos de la peculiar relación médico-paciente, que es cualquier forma de psicoterapia, sobre todo lo que se refiere al psiquismo y la personalidad del terapeuta. Me refiero a la línea de trabajos que se inicia con Abraham,^{1, 2} se continúa con Klein,^{13, 14} Riviere,¹⁸ Heimann,^{10, 12} Racker^{16, 17} y Rosenfeld,¹⁹ entre otros.

Al estudiar y tratar pacientes psicóticos y con la llamada "reacción terapéutica negativa", describieron etapas muy tempranas del desarrollo del niño. Nos mostraron, sobre todo, la dinámica y fuente de las reacciones contratransferenciales en los propios núcleos paranoides del terapeuta, la posibilidad de evitarlas como reacciones indeseables, y parásitas, en el curso de las terapias, y especialmente, que al reconocerlas pueda ser posible utilizarlas para un mejor enfoque técnico.

Al sintetizar el pensamiento de los autores arriba mencionados, encontramos ventajas en llevar a estos pacientes gradualmente a la depresión, después de la cual el Yo está más liberado de su necesidad de proyectar, y por lo tanto, será más capaz de reconocer la realidad exterior y hacer mejores decisiones propias. Tolerará entonces mejor las inevitables "realidades malas" que antes percibía agigantadas por la

proyección. Estos autores nos mostraron también la ventaja de llevar a los pacientes a concienciar y revivir, para rectificarlo, el sentimiento inconsciente de culpabilidad ligado a la agresividad y al resentimiento. Sólo por el pasaje obligado de la depresión, al descubrir el sentimiento inconsciente de culpabilidad, el paciente intentará desechar su recelo, pudiendo utilizar su amor y gratitud para reparar y adaptarse más realísticamente a la vida. En otras palabras, y siguiendo el símil planteado anteriormente, se dará cuenta del conflicto intrapsíquico, de su tendencia a proyectar, y de que busca pantallas que le permitan, sin responsabilidad, echar fuera los "monstruos amenazantes" fantaseados que surgieron de viejas frustraciones.

Gracias a los conceptos mencionados rápidamente, hemos mejorado el diagnóstico y la técnica, y por lo tanto el pronóstico de los cuadros paranoides. Pasaré a enumerar éstos con conceptos: la debilidad de un Yo fragmentado por la negación de frustraciones, para tolerar la agresión: la estructura obsesiva o somática que enmascara esta debilidad; el sentimiento de culpa inconsciente que conduce a actitudes masoquistas de auto-castigo; la continua proyección de la agresividad y el resentimiento inconscientes sobre la realidad, con frecuencia poco hostil; la incapacidad de amar genuinamente por temor a nuevas frustraciones; y por último, y lo más importante para nuestro trabajo, la facilidad que tienen estos pacientes por su propia estructura y patología de reactivar en el terapeuta núcleos paranoides que aparecen como reacciones contratransferenciales.

Hago énfasis en esto último, en la facilidad de caer en verdaderas neurosis o psicosis de contratransferencia, porque es el camino mediante el cual, al ser reconocidas por el terapeuta in status nascendi, impedimos en lo posible agravar estos cuadros paranoides. También a veces podemos impedir la huida de estos pacientes a una aparente salud con una superestructura más, formada por la terapia que no haya tocado suficientemente la agresividad y el sentimiento inconsciente de culpa. Estos pacientes sufren ulteriormente una nueva persecución bajo la forma de una "indoctrinación pseudo-terapéutica". ya como ferviente admirador del "método", o acérrimo detractor del mismo.

Si el destino de esta "indoctrinación pseudo-terapéutica" es el agigantado fervor casi místico por el "método", lleva al paciente a una desilusión cuando no sepa qué hacer su Yo débil frente a su agresión y culpa inconscientes que no han sido rectificadas. Pero en cambio en el terapeuta puede suceder un reforzamiento de una actitud narcisista, que impida la objetividad científica indispensable para seguir investigando en su propio psiquismo, la necesidad inconsciente de "indoctrinar" en lugar de "curar", cosas totalmente distintas, salvo que desee hacer consciente y prepositivamente una indoctrinación o sugestión, como es lo único que a veces tenemos a mano en nuestro arsenal de métodos psicoterápicos para casos muy desgraciados.

Si el destino es la agresión al terapeuta y la suspensión del tratamiento, puede esta agresión generalizarse y volverse equivocadamente contra el método. Únicamente si es posible observar sin apasionamiento paranoide los fracasos, podemos dilucidar cuánto es debido a la patología misma del paciente, cuánto a fallas técnicas inconscientes y ocasionales del terapeuta y cuánto es debido a una seria patología existente aún en el terapeuta que le lleva a caer en graves y frecuentes reacciones contratransferenciales. En cuanto a lo primero, los casos graves, sólo nos resta seguir buscando nuevos enfoques y afinar los ya existentes. Respecto a lo segundo, las fallas técnicas ocasionales, observarlas nos permitirá rectificarlas, de ser posible, en el curso mismo de la terapia. En cuanto a lo último, las frecuentes y severas reacciones contratransferenciales. caen bajo la ética médica y bajo la responsabilidad del terapeuta y de la institución que lo formó. En tratándose de

psicoanalistas, la responsabilidad es del analista didáctico y del Instituto Psicoanalítico que soslayaron esa patología, verdadera fuente de reacciones iatrogénicas en los pacientes.

Como ustedes verán en los ejemplos clínicos, no todos los casos fueron a consulta por reacciones paranoides manifiestas. Durante el curso de una terapia muchas veces es inevitable que se presenten graves reacciones paranoides o momentos paranoides que hay que enfrentar. Es entonces cuando se requiere una mayor pericia del terapeuta para no caer en reacciones contratransferenciales que lleven al paciente a un acting-out agresivo de tipo persecutorio. Si en ese momento se suspende la terapia por motivos diversos, pero enraizados siempre en el conflicto paranoide, no es raro que después nos topemos con una transformación psicopática de tipo paranoide en el lugar de la sintomatología anterior. Esto se presenta con cierta frecuencia en terapias mal llevadas de pacientes con alteraciones de las llamadas psicósomáticas. En estos casos, como veremos en un ejemplo, emergen núcleos paranoides que estaban ocultos por los síntomas físicos. Es de la mayor importancia poder prever diagnósticamente estos núcleos para su mejor manejo. Sólo cuando se ventilan en el clima transferencial, o sea, de la relación médico-paciente, se evitan la innecesaria hostilidad fuera de la terapia o la transformación psicopática de la conducta.

El primer ejemplo, que es desde el principio de mal pronóstico, lo expongo aquí precisamente porque la meta de una terapia de corte psicoanalítico era disminuir al máximo posible el componente persecutorio de la personalidad altamente agresiva, que llevaba al paciente a una pobre adaptación a la vida. Se trataba de un joven epiléptico con crisis de varios tipos que estaban bajo control de un neurólogo. En realidad la psicoterapia fue planeada para ayudar la terapia principal anticonvulsivante. El paciente llegaba a sus sesiones, que eran tres veces a la semana, prácticamente disociado y agresivo hacia algún miembro de la familia, generalmente la madre o un tío con el que dizque trabajaba. Protestaba de todo y amenazaba con represalias que a veces tomaban el carácter de una confabulación paranoica. Poco a poco, conforme pasaba la sesión, cambiaba el personaje de su persecución. Era entonces el portero del edificio o alguna persona en el ascensor o el chofer del último taxi que había tomado. Al aumentar su hostilidad, sus racionalizaciones eran más intrincadas y de una argumentación interminable. Entonces, casi en el paroxismo de este chorro de palabras, empezaba a tomar detalles insignificantes en relación conmigo, dirigiéndome su agresividad bajo la forma de una ironía y mordacidad increíbles. A veces se presentaba en esos momentos una ligera pérdida de conciencia con descargas clónicas en cara y cuello. Volvía de esta crisis casi sin confusión, pero abatida su agresividad. Aprovechando este momento post-crítico, o cuando su ironía llegaba al máximo de seguridad tolerable para mí, lo interrumpía invitándole en tono amable, pero firme, a que viéramos y tratáramos de entender lo que le estaba pasando. Entonces podía mostrarle entre otras cosas, lo más importante de todo, la imposibilidad de controlar su agresión, la que muchas veces le había causado ya serios problemas y reales daños recibidos por terceros.

Quiero enfatizar algunos aspectos técnicos de este manejo. Siempre tuvimos que caminar en un estrecho pasillo, en ocasiones verdadera cuerda floja entre varios peligros. Cualquier terapeuta podía caer en ellos, como a mí me sucedió con este paciente, y tuve que rectificar mi enfoque sobre la terapia misma. Cuando reprimimos autoritariamente y con amenazas la agresividad, salvo que llegue a poner en peligro nuestra seguridad, sólo logramos que el paciente la descargue fuera de la terapia y nos mienta sobre su conducta. Si por otro lado equivocados,

jugamos el papel de un Yo que trata de convencerlo de lo injusto de sus amenazas, nos envolverá el paciente en su confabulación. El juicio de realidad está dañado por la agresión misma que inunda al Yo, y antes de que se haga consciente esta agresividad, sólo lograremos que nos incluya en la confabulación. El autocontrol interior y crítico sólo puede venir después de que se reconozca lo que hay que controlar. Como el paranoide ve su agresión proyectada inconscientemente, no la reconoce como propia, por lo tanto tratará de controlarla afuera en los demás. *El tercer peligro es el más importante, el de caer en la tentación errónea de aliarnos con su recriminación, por lo que ésta tenga de, real, pues entonces propiciamos una conducta aún más hostil, que hace que reaccionen los familiares contra la terapia, y expone al paciente a nuevas frustraciones.* En este paciente yo tenía siempre que tener en cuenta la ansiedad que me provocaba, bajo la forma de fastidio, enojo, temor, para no caer en reacciones contratransferenciales.

El segundo ejemplo. Se trataba de una mujer con varias reacciones somáticas tales como jaquecas, colitis ulcerosa crónica y anorexia. Había estado poco antes en una terapia calificada de psicoanálisis, cosa que distaba mucho de haber sido como veremos más adelante. Huyó materialmente de ese tratamiento pretextando una mejoría de su colitis y considerando sus intensas jaquecas severas como incurables. Vino en pleno conflicto conyugal paranoide y con un divorcio en puerta. Era transparente que venía a preservar aún su matrimonio. Se le recomendó un análisis con cinco sesiones por semana, sin prometerle nada más que el intento de aclarar lo que le pasaba. Se le sugirió la conveniencia de posponer su divorcio, hasta poder hacer por sí misma una decisión al respecto.

Al avanzar en su tratamiento, se hacían cada vez más patentes los errores cometidos por su terapeuta anterior. No manejó en transferencia, ni tocó, las demandas neuróticas que siempre aparecen en los primeros planos de este tipo de paciente anoréxicos y colíticos ulcerosos. En lugar de este manejo indispensable, se alió con la paciente en contra del marido, tan sólo apoyándola en sus demandas por las frustraciones reales que le provocaba aquél a la paciente. Ella misma podría haber enfrentado después esas frustraciones, o bien el terapeuta podía haber recomendado una terapia del esposo a tiempo, antes del estallido paranoide conyugal.

Todo esto se pudo comprobar porque la paciente repitió la misma relación transferencial que había tenido con el terapeuta anterior. Me cuidé en derivar la agresión por el marido hacia mí prefiriendo tolerarla, hasta que después de este cuadro persecutorio en el que yo aparecía como malo e inhumano, etc. emergió la depresión básica que había originado la dependencia patológica y la enorme susceptibilidad a la frustración. Al superar la transformación paranoide de su conducta a la que la llevó la terapia anterior, se pudo entonces trabajar en una adaptación que ella misma decidió sin ninguna sugestión. Se dedicó a la enseñanza y a una expresión artística que en la terapia anterior fue sólo interpretada como huida para no ver los malos tratos de su esposo. Sus síntomas físicos mejoraron notablemente, según comprobó el internista que la trataba. Persistieron las jaquecas, aunque muy mejoradas y espaciadas. Un año después me trajo a su hija adolescente con un pequeño problema de adaptación, que fue indicado derivar y tratar en psicoterapia de grupo. El esposo jamás rectificó totalmente su mala impresión del psicoanálisis, aunque había permitido y propiciado la consulta de su hija.

El tercero y último ejemplo. Se trata de un hombre joven que intentaba que se le aconsejara en un juicio de divorcio. Ya se habían entablado las demandas

pertinentes y estructurado los típicos bandos en estos casos, capitaneados por los cónyuges con toda su corte de abogados, parientes y amigos de cada lado. El legajo del juicio era voluminoso, pues además estaban en juego cuantiosos bienes. Los pequeños hijos del matrimonio formaban parte del botín y eran utilizados muy neuróticamente por ambos lados. La mujer había estado en psicoterapia unos años antes, por frigidez de tipo histérico. El joven marido tenía ya desde antes del noviazgo y matrimonio, y aún tiene, importantes componentes paranoides en su personalidad. En el tratamiento de la mujer, por no haberse manejado en la transferencia e interpretativamente los dos tipos de impulsos, amor y odio, que se despiertan al levantar defensas contra la ambivalencia en un tipo de frigidez como la que padecía, le llevó a la paciente a derivar su temor a las relaciones sexuales bajo la forma de agresividad al marido; mientras que los impulsos sexuales estructuraron en ella una erotomanía transferencial dirigida al terapeuta idealizado, que no me atrevo a juzgar cómo terminó. El marido reactivó y acentuó sus rasgos paranoides estructurándolos bajo forma de celos dirigidos al terapeuta de su esposa que condujeron a la demanda y agigantamiento del juicio de divorcio.

Cuando entendí la gravedad del conflicto y el gran número de personas involucradas, le propuse una psicoterapia analítica dos veces por semana. Se trató con mucha similitud, en cuanto a la estrategia clínica, como el primer ejemplo. Sólo que los únicos consejos estaban dirigidos a proteger y aislar a los niños de esta verdadera paranoia colectiva. Se logró abatir en buen grado la venganza paranoide del marido hacia el terapeuta anterior y al bando de la esposa. El divorcio se llevó a cabo menos destructivamente. El esposo entró a un análisis como segunda fase de su tratamiento para intentar rectificar los núcleos paranoides de su personalidad.

He mostrado con tres ejemplos que me parecen típicos, el origen a mi juicio más importante, de dificultades técnicas en la psicoterapia analítica o en análisis de pacientes con importantes núcleos paranoides manifiestos y latentes. En primer lugar, errores diagnósticos e insuficientes conocimientos de lo que es la dinámica y estructura del paranoide. En segundo lugar, la tendencia a aliarse con las defensas proyectivas del paciente por ansiedades contratransferenciales. Siempre es menos angustiante para el terapeuta nula o insuficientemente entrenado en este tipo de terapia o para el que tiene patología importante no solucionada, jugar el papel de "bueno" y aliarse con la patología del paciente, precisamente porque éste nos lo ofrece en bandeja, que soportar y aclarar la agresividad en el clima de la relación con el paciente. Esto es lo único que puede impedir, en lo posible, que se derive afuera de la terapia esta agresividad que provocará reacciones innecesarias en el medio ambiente.

Con Fairbairn.³ en su artículo "El retorno de los objetos malos" y a manera de metáfora, diríamos: que el terapeuta que "destapa y conjura los demonios del inconsciente", al asustarse de su poderío, y no pudiendo exorcizarlos en el clima de la transferencia, se comportaría como el aprendiz de hechicero que tiene que llamar en su auxilio a la realidad o a la patología del ambiente. Lo más peligroso es cuando no se reconoce lo que de aprendiz siempre se tendrá, para seguir haciendo ciencia e incorporarla a una determinada técnica.

Esta actitud de comprensión de los propios errores diagnósticos o por contratransferencia, permite precisamente no actuar como mago y estudiar los fracasos ajenos y propios con objetividad útil. La mejor señal de la existencia de remanentes patológicos importantes en el terapeuta, es el caer en *frecuentes reacciones contratransferenciales inconscientes* que *racionaliza* en la gravedad del caso o en la patología del ambiente. La teoría psicoanalítica no tiene por qué constituir por sí misma una

Concepción del Universo, sino modesta y realísticamente forma parte de la concepción científica del mismo. Por lo tanto al aceptar su posibilidad de error, rectifica sus hipótesis y métodos para ensayar siempre nuevas técnicas que lleven a nuevos aciertos, formando parte de esa concepción evolutiva que es la Ciencia. La actitud paranoide del terapeuta, consciente o inconsciente, le hará caer en un estancamiento de su capacidad de curar, mutar o rectificar, lo que lo llevará a desear, *indoctrinar* o *sugerir*, que en el caso especial de los enfermos paranoides dará lugar a las consecuentes reacciones contratransferenciales y los peligros que hemos intentado aclarar y ejemplificar.

BIBLIOGRAFÍA

1. ABRAHAM, KARL. Investigaciones sobre la primera fase pregenital del desarrollo de la libido. Rev. de Psicoanálisis. Año III. 1945, p. 587.
2. ABRAHAM, KARL. Breve estudio del desarrollo de la libido a la luz de los trastornos mentales. Rev. de Psicoanálisis. Año II, 1944, p. 274.
3. FAIRBAIRN, W. R. D. La represión y el retorno de los objetos malos. Rev. de Psicoanálisis. Año V. 1947, p. 202.
4. FEXICHEL, OTTO. Teoría Psicoanalítica de las Neurosis. Ed. Nova. Buenos Aires, 1957.
5. FREUD, SIGMUND. Observaciones Psicoanalíticas sobre un caso de Paranoia (Demencia Paranoide) autobiográficamente descrito. Obras Completas. T. XVI, Ed. Santiago Rueda. Buenos Aires. 1953.
6. FREUD, SIGMUND. Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoia y la homosexualidad. Obras Completas. T. XIII. Ed. Santiago Rueda. Buenos Aires. 1953.
7. FREUD, SIGMUND. El Porvenir de una Ilusión. Obras Completas. T. XIV. Ed. Santiago Rueda, Buenos Aires. 1953.
8. GLOVER, EDWARD. The Technique of Psycho-Analysis. Int. Univ. Press. N. York. 1958.
9. HARTMANN, HEINZ. Ego Psychology and the Problem of Adaptation. Int. Univ. Press. N. York, 1958.
10. HEIMANN, PAUL. A Contribution to the revaluation of the Oedipus Complex. The Early Stages. Int. J. Psycho-Anal. Vol. XXXIII. 1952, p. 84.
11. HEIMANN, PAUL. Preliminary notes on some defense mechanisms in paranoia states. Int. J. Psycho-Anal. Vol. XXXIII, 1952, p. 208.
12. HEIMANN, PAUL. Dynamics of transference interpretation. Int. J. Psycho-Anal. Vol. XXXVII, 1956, p. 303.
13. KLEIN, M. y RIVIERE, J. Love, Hate and Reparation. The Hogarth Press. Londres, 1953.
14. KLEIN, MELBA. Envy and Gratitude. Tavistock Publ. Londres, 1957.
15. LOEWENSTEIN, M. Some remarks on defenses, autonomous ego and Psychoanalytic Technique. Int. J. Psycho-Anal. Vol. XXXV, 1954, p. 188.
16. RACKER, HEINRICH. A Contribution to the problem of Countertransference. Int. J. Psycho-Anal. Vol. XXXIV, 1953. p. 313.
17. RACKER, HEINRICH. Sobre técnica "clásica" y técnicas "nuevas" en Psicoanálisis.

Ponencia

oficial de la Asociación Psicoanalítica Argentina al II Congreso Psicoanalítico Latinoamericano. Sao Paulo, Brasil. 1958.

18. RIVIERE, JOAN. Contribución al análisis de la reacción terapéutica negativa. Rev. de Psicoanálisis. T. VII, 1949, p. 121.

19. ROSEXFELD, HERBERT. Remarks on the relation to Paranoia, Paranoid States and Narcissism. Int. J. Psycho-Anal. Vol. XXX. 1949. p. 36.

Dr. José Remus Araico

Paseo del Río # 111, Casa 20

Fortín Chimalistac

Coyoacán 04319

México, D. F.

Tels. y Fax 56-61-07-67 y 56-61-36-50