

Perversión de transferencia y *enactment*. Un caso clínico¹

Raquel Tawil Klein²

Introducción

Derivado de nuevos enfoques psicoanalíticos que cuestionan la postura clásica freudiana del analista como pantalla en blanco, cada vez más, se considera la interacción paciente-analista como un fenómeno dinámico en que ambos participantes de la díada se involucran y se influyen mutuamente. Hay momentos particulares dentro del proceso analítico en el marco de la relación transferencia-contratransferencia, que esta dinámica resulta más evidente. En este trabajo presentaré algunas vicisitudes en el tratamiento de un paciente homosexual con estructura perversa, haciendo referencia particular a los *enactments* transference-contratransferenciales que se suscitaron en el marco de una perversión de transferencia. Como dijera Freud en su artículo *Recordar, repetir, reelaborar* (1914) al respecto de que en el proceso analítico el paciente reproduce su patología original, el paciente que presento recreó su perversión tanto en el *setting* como en la relación transferencia contratransferencia.

Consideraciones teóricas sobre la perversión y la perversión de transferencia

En su escrito sobre el *Fetichismo* (1927) Freud habla de la escisión del yo del perverso, producto de la denegación. Señala que es tal el horror que siente el niño ante la visión de la castración materna, que reprime el afecto

1 Trabajo presentado en el 47º Congreso de la International Psychoanalytic Association, Ciudad de México, Agosto de 2011.

2 Miembro Titular con funciones didácticas de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Doctorado en Psicoterapia Psicoanalítica; rtaw@yahoo.com

y deniega la representación. Esta denegación implica una escisión del yo, que lo llevará percibir la realidad de una manera dual, de un lado afirma la castración y del otro, deniega lo que percibe. Esto llevó a Glover (1933) a afirmar que la perversión es el negativo de la psicosis, siendo el acto perverso un intento de subsanar los huecos resultantes de un desarrollo deficiente en el logro del sentido de realidad. Es decir, la perversión como una defensa para escapar a la locura (Etchegoyen, 1978).

Posterior a esto se han planteado diversas teorizaciones post-freudianas acerca de la etiología de las perversiones. Stoller (1975) y McDougall (1972) entre otros han señalado la importancia de la estimulación del ambiente temprano en la generación de la perversión. Se señalan disturbios continuos en la relación temprana madre hijo como importantes factores etiológicos (Kahn, 2007; Kernberg, 2007) y las teorizaciones sobre la incapacidad de la madre simbiótica de transmitir a su hijo la imagen de un tercero rescatador de la díada han sido relevantes (Mancia, 1993).

Hay autores que consideran la perversión como una forma de crear un sentido de sí mismo. Así Kahn (1979) se refiere a madres que tratan a su hijo como cosa, de tal forma que produce en el hijo un sentimiento de no estar vivo como ser humano. El acto perverso sería un intento compulsivo de crear experiencia y evitar los sentimientos de vacío ontológico. Kohut por su parte señala que el acto perverso es un intento desesperado de restablecer la integridad del *self*, posición compartida por Socárides (1994) y McDougall (1994) en la misma línea, considera que el paciente perverso tiene una necesidad de generar neosexualidades en un intento por construir un sentido de sí mismo. Otros autores consideran la perversión como una forma de defensa; contra la psicosis y contra la ansiedad de separación (Mancia, 1993) y, al través de la denegación, contra la conciencia de dar cuenta de las diferencias de género y generaciones (Chasseguet Smirgel).

Yo comparto las teorizaciones de Stoller (1975) y Kernberg (2007) que se adecúan al caso que presento; ambos consideran la humillación, y el maltrato en la infancia como un factor etiológico significativo. Stoller (1975) considera que la perversión es una forma de lucha contra experiencias traumáticas infantiles y contra amenazas a la identidad yoica y de género. El acto perverso se da con el fin de vengar y triunfar sobre los traumas y el objeto traumatizante. Así, para Stoller la esencia de la perversión es la conversión de un trauma infantil en un triunfo adulto. Por su parte Kernberg (2007) sugiere que la perversión surge del odio producto de la relación con una madre frustradora, relación derivada de la fijación al trauma.

En cuanto al proceso analítico, se ha observado (Etchegoyen, 1978; Ogden, 1996; Jacobs, 1986; Frayn, 1993; Bush, 2006) que los pacientes perversos despliegan durante el tratamiento una modalidad transferencial distinta a la Neurosis o Psicosis de Transferencia, desarrollan una Perversión de Transferencia, término acuñado por Etchegoyen (1978) basado en el estudio de Betty Joseph quien reportó la tendencia del paciente perverso a erotizar la transferencia y a utilizar las palabras y los silencios para excitar al analista, así como su pasividad para provocar su impaciencia y llevarlo al *acting out* (Purcell, 2006).

Etchegoyen (1978) se refiere a la perversión de transferencia como

“La erotización de la transferencia, un tipo especial de relación de objeto narcisística que continuamente trata de construir una unidad ilusoria entre sujeto y objeto y la utilización tanto de palabras y el silencio para provocar excitación e impaciencia en el analista, aparece con regularidad. Uno también puede encontrar un actitud polémica desafiante, latente la mayor parte del tiempo, que debe ser detectada y seguida hacia atrás a la escisión del yo, la confusión entre sujeto y objeto, y la transformación de impulso en ideología” (p.51).

Por lo general, este tipo de pacientes ejercen presión sobre el analista para descolocarlo de su lugar y comprometerlo en *enactments* contratransferenciales perversos. Esto se hace evidente por ejemplo en lo que refiere McDougall (1982) sobre los pacientes que intentan convertir al analista en un socio perverso o en un cómplice. Como señala Ogden (1996) la modalidad transferencia contratransferencia, está determinada por la estructura perversa del mundo objetal interno inconsciente del paciente, pero el analista, de manera inconsciente, también se compromete.

Consideraciones teóricas sobre el *enactment*

El término *enactment* es un fenómeno clínico que conlleva esfuerzos inconscientes del paciente para forzar al analista a sentir y actuar las configuraciones internalizadas del paciente. Es decir, se produce cuando el paciente intenta llevar al analista a comportarse de tal forma que su acto confirme una fantasía transferencial (Ivey, 2009). Puede decirse que es como la unión del inconsciente del paciente con aquel del analista que tiene lugar durante el análisis de situaciones clínicas regresivas (Frayn, 1993). Es una manifestación conductual del retorno de lo reprimido, de repetir

y actuar los conflictos, más que recordarlos o verbalizarlos, pero también puede considerarse una forma de comunicación (Rangell, 1997).

Supone un componente diádico, tanto paciente como analista participan y cualquiera de los dos participantes pueden iniciar estas situaciones. McLaughlin (1991 citado por Frayn, 1993) emplea el término “*enactment* analítico” para incluir todos los eventos que ocurren en la diada, en que ambas partes sienten que su conducta, es consecuencia de la conducta del otro. Ya Sandler, en 1976 había hablado que el paciente, en un intento inconsciente de gratificar una relación infantil intenta imponer a su analista un determinado rol. El analista responde con un rol responsivo contratransferencial correspondiente (Jacobs, 1986).

En este sentido, Bush (2006) refiere un tipo de estrategia defensiva, el *enactment de defensa*, que describe la defensa que desarrolla el paciente cuando tiene conciencia de sentimientos transferenciales dolorosos, y esto es capturado por el analista a través de su contratransferencia y actuado en forma compensatoria, dándole forma al *enactment* de acuerdo con sus propios conflictos y fantasías inconscientes. El análisis de la contratransferencia es un aspecto medular del tratamiento, y para algunos autores (Frayn, 1993) la confesión contratransferencial del analista en la forma de una revelación de algunos pensamientos y sentimientos acerca de la situación provocativa, puede ser benéfico para el tratamiento.

Material clínico

Presento el caso de un paciente cuyas modalidades perversas, en la relación transferencial, a mi parecer corroboran las teorías expuestas aquí. El siguiente material clínico tiene un espectro amplio de análisis, algunas vertientes fueron ya señaladas en un trabajo previo (Tawil, 2008) pero ahora en esta comunicación deseo mostrar dos momentos importantes en el tratamiento de este paciente, que se vieron caracterizados por *enactments* transferenciales y contratransferenciales en el marco de una perversión de transferencia.

Jorge es un paciente en edad adulta joven. Durante su desarrollo, la madre promovió una identificación narcisista de tipo simbiótico, lo que lo hizo dependiente e intolerante a las separaciones no pudiendo lograr una identidad diferenciada. El padre nunca irrumpió como un tercero rescatador de la diada simbiótica, siempre devaluado por la madre, no le proporcionó al paciente un narcisismo de género, que lo llevara a desear

una identificación masculina. Fue un niño lastimado y humillado, la madre era muy despreciativa hacia él, criticaba su olor y su cuerpo, por lo que tenía una representación corporal de sí mismo, como siendo feo y defectuoso. Durante la primaria y la secundaria presentó encopresis, ensuciaba los pantalones y despedía un desagradable hedor, motivo por el cual era rechazado socialmente. Este rechazo se vio favorecido ya que en la adolescencia aumentó considerablemente de peso llegando a presentar 30 kilogramos de sobrepeso, lo que acrecentó todavía más sus heridas narcisistas.

La madre, de manera sádica y persecutoria lo amenazaba constantemente con abandonarlo o retirarle su amor por no ser un “buen niño” abandono, que se acrecentaba cuando ésta en ocasiones prefería al padre que a él. Tenía una representación psíquica de la madre como objeto terrorífico pero necesario para continuar existiendo. Para evitar el abandono el paciente se sometía a sus deseos, convirtiéndose en el objeto fetiche de la madre. Ante esto se protegía generando fantasías grandiosas de omnipotencia y poder, y de rescate de su narcisismo herido. Desde niño la madre lo mostraba como una posesión narcisista, y cuando había visitas en casa le pedía que hiciera “monerías” ante ellos, como cantar, bailar o relatar algo. Tenía una veta exhibicionista que se manifestaba en la adolescencia en actuaciones en reuniones cuando interpretaba el *show* de alguna cantante femenina, o en el terreno de la sexualidad, donde gustaba tanto exhibirse, como ser *voyeur* en sus prácticas homosexuales. Desde la temprana adolescencia ejerció su homosexualidad, acompañada de prácticas de tipo perverso: relaciones homosexuales caóticas y promiscuas con personas desconocidas, actuaciones sadomasoquistas y urofilicas, asistencia a grupos *swingers* donde inflingía gran dolor con penetraciones agresivas. Se relacionaba sexualmente de manera indiscriminada y sin protección, poniendo en riesgo su vida.

Ingresó a tratamiento con una frecuencia de tres veces por semana. Su discurso en la primera fase giraba alrededor de la problemática con su madre y la reconstrucción de un pasado que le parecía sumamente doloroso. Inicialmente desarrolló una transferencia de tipo sociopático, intentaba robarme dinero de las consultas, y manipulaba el material de las sesiones. Su análisis era tedioso, intelectualizaba mucho, y sentía que me ponía trampas, echaba un anzuelo con cierta información y después, me frustraba. Mi contratransferencia era de aburrimiento, cansancio y desesperación, porque sentía que el tratamiento no avanzaba, y en momentos me veía obligada a

tener actitudes directivas. Si bien esta transferencia continuó, se empezó a vislumbrar un tipo de transferencia persecutoria. Me vivía como la madre crítica que podía dejarlo de lado, retirándole el tratamiento, porque sentía que me decepcionaba, o porque no pagaba mis honorarios completos, ya que hice concesiones a su tratamiento con el fin de que pudiera asistir tres veces por semana.

En una etapa del análisis en que estábamos trabajando momentos traumáticos de abandono en la infancia y seguido de una cancelación mía a último momento, su actividad sexual perversa en los cuartos oscuros se incrementó compulsivamente. Se relacionaba con varias parejas en un mismo encuentro sin ninguna protección. Entraba a la *Web* y contactaba gente desconocida. Llegó a entrevistarse con hombres enfermos, aparentemente de SIDA. Mi principal reacción emocional al escuchar acerca de estos encuentros, era una especie de enojo, repulsión cuando relataba algunos detalles, y una cierta preocupación por su seguridad.

Después de una sesión en que estuvimos trabajando sobre un siguiente encuentro con un individuo de *Internet*, y que a pesar de mis señalamientos e interpretaciones decidió aceptar el encuentro, empecé a sentirme muy preocupada. Durante día y noche continuaron mis sentimientos de aflicción, de una manera mucho más intensa de lo normal. Por lo general, estas actuaciones del paciente no provocaban en mí reacciones tan excesivas, me sentía realmente temerosa de su seguridad. A la sesión siguiente le llevé un periódico donde se hablaba de tres asesinatos de homosexuales en la colonia cercana a la suya. Más adelante en el tratamiento en vísperas del nuevo año en que ajusto mis honorarios, y en el clima de aburrimiento e intelectualización con que se sucedían las sesiones, la calidad y contenido de su discurso dio un giro importante, empezó abrir su vida sexual perversa con todo detalle, lo que antes tenía oculto. Yo de inicio sentía rechazo ante su discurso, pero después -y de esto me di cuenta más tarde- empecé a sentirme curiosa e interesada, lo que me relataba era algo nuevo para mí. Las sesiones siguientes, más que aletargada como era lo común, estaba en una actitud receptiva y expectante, casi podría decir que a diferencia de antes, esperaba la llegada del paciente. En un momento de auto observación di cuenta de mi contratransferencia, de mi acusado y excepcional interés. Traté de analizar lo que estaba sucediendo. Durante la semana llegó a mí un recuerdo difuso de la infancia: estaba con mis hermanos y la nana una tarde en casa, la nana le decía a mi hermano que era hora del baño y nos decía a mis hermanas y a mí que fuéramos a jugar, yo deseaba permanecer,

tenía curiosidad de ver el genital de mi hermano. Quedé frustrada tejiendo una fantasía de algún día esconderme en el closet y espiarlo al través de una rendija.

Al trabajar esto con el paciente, le interpreté su necesidad de colocarme en un papel pasivo así como el había estado en las situaciones traumáticas de abandono durante su infancia y de cómo el estaba tratando de comunicarme, por un lado su necesidad de sentirse independiente de mi y por el otro el de estar tan unido a mi, evitando a toda costa mi abandono, que tenía que mantenerme interesada. Abrí mis pensamientos y sentimientos en forma de confesión contratransferencial alrededor de la dinámica que estábamos viviendo, señalándole abiertamente que él de alguna manera inconsciente había captado una tendencia en mí curiosa y deseosa de saber, que estaba enraizada en algunos aspectos de mi historia en la infancia, y que de esta manera me había enganchado en esto que él había puesto en el escenario.

En sus asociaciones trajo a colación nuevamente un sueño recurrente de cuando era niño, que había traído muy al inicio del tratamiento, el sueño de la cueva oscura. “Llego a mi casa y pregunto que donde está mi mamá, me dicen que ya no está porque se metió a la cueva oscura y yo empiezo a ver ríos de sangre salir de la entrada de la cueva, yo quiero subir a ver que pasa, para mí, el que mi madre se haya ido significaba que mi papá se la llevó”

Discusión

Durante su desarrollo, Jorge se vio sujeto a una madre que obstaculizó el acceso al padre devaluado, y quien, en su indiferenciación narcisista impidió su separación por lo que el paciente como forma de huida a la situación incestuosa y a la castración, se protegió en la homosexualidad. Era el objeto cosa de la madre, tenía que someterse a sus deseos para evitar el abandono. Para defenderse del dolor se dejaba llevar en sus fantasías por el deseo de vengar los traumas infantiles de sometimiento y humillación, y empleaba la revancha como método perverso para desobjetualizar (Green, 1990) y humillar. Su perversión servía como una maniobra vengativa, para denegar las amenazas de la madre contra su identidad yoica y de género.

En sus prácticas sexuales se sentía poderoso, al través de su perversión se deshacía de sentimientos dolorosos y de rabia, derivados de la relación traumática con su madre. De hecho, refería que cuando infringía algún daño sádico al compañero sexual, ante estas manifestaciones de fortaleza y poder,

se sentía grandioso, y consideraba que este afecto era equivalente al que seguramente su madre experimentaba cuando lo sometía a él y lo humillaba, pero que también cuando él se sometía al dolor que otros le provocaban, era como repetir la misma sensación de ser sometido y humillado por su madre. La acción sexual lo proveía de dominancia y poder y le permitía afirmar su autonomía e independencia.

En cuanto al tratamiento, las manifestaciones transferenciales y contratransferenciales ilustran las características principales de la perversión de transferencia: su discurso obsesivo, silencios y omisiones, provocaban mi respuesta contratransferencial de aburrimiento y desesperación, su pasividad me llevaba a actuar a través de actitudes directivas. Cuando el paciente empezó a actuar compulsivamente su perversión, en una forma de *enactment* transferencial, poniendo en mayor medida su vida en riesgo, me llevó a responder de una manera complementaria, llevándole el periódico sobre el asesinato de muchachos homosexuales.

Jorge presentaba una transferencia escindida. Por un lado, me vivenciaba como la madre engolfadora de la que tenía que protegerse para no perder su identidad, de aquí su falta de entrega al tratamiento. Pero por otro lado, y en un nivel más profundo, como la madre lejana que podría dejarlo sin el apoyo terapéutico que sería lo mismo que dejarlo en un estado de desvalimiento, reedición de una sensación infantil de desamparo. El temor al abandono en la infancia había sido terrorífico y desestructurante.

De acuerdo a Bush (2006) la función del *enactment* no es sólo satisfacer el deseo inconsciente, sino también tiene una función defensiva. En el caso de Jorge, el ejercicio compulsivo de su perversión puede ser considerado un *enactment de defensa* (Busch, 2006) ante el dolor que sentiría al hacer contacto con la transferencia abandonadora que depositaba en mí, actuaba su perversión, y me indujo a mí a actuar en un rol respondiente (Sandler, 1976) de cuidado y preocupación.

En cuanto a su exhibicionismo, la puesta en escena de su perversión cuando relataba detalladamente sus actos perversos, podría tener diversos significados: dentro de su escisión, en la relación conmigo temía perder su identidad, como remanente de la sensación de haber sido el objeto cosa de su madre. El *enactment* perverso sería una forma de mostrarle a la madre analista su autonomía e independencia. En un nivel más profundo, y a partir de una fantasía ilusoria de unión con el objeto (Etchegoyen, 1978)

puede verse como una estrategia inconsciente, al igual que en la infancia, de exhibirse, mostrarme sus “monerías” y mantenerme interesada para que no lo abandone.

Había también otro elemento importante: Partiendo del supuesto de que el *enactment* puede ser el reeditar, dentro de la seguridad que da la situación analítica, una transferencia temerosa como intento simbólico de reproducir el trauma infantil (Freyn, 1993) la exhibición ante mí de estos actos podrían tener el significado de una elaboración de la exclusión parental. Algunos autores han referido la tendencia del paciente perverso a la exclusión del analista (Steiner, 2009) y a colocarlo en un rol de *voyeur* excluido (McDougall, 1982). El paciente, al igual que en el sueño de la cueva oscura, se preguntaba cuando era niño sobre las relaciones sexuales de sus padres, sintiéndose el tercero excluido en el vínculo parental. Deseaba saber, observar lo que sucedía dentro de cuarto marital, como un observador activo. En las reuniones *swingers* o en los baños públicos, daba rienda suelta sus pulsiones voyeuristas.

Khan (1979) refiere que la función del *acting out* perverso es transformar los estados intrapsíquicos traumáticos pasivos en activos, y en este caso, el paciente, al través del relato de sus escenas perversas y la actuación como forma de *enactment*, me impuso a mí el papel de *voyeur*. Ahora yo era la tercera excluida de la escena primaria perversa, mientras el me abría el escenario de su sexualidad perversa.

Así, el *enactment* exhibicionista del paciente desplegado inconscientemente para despertar mi interés, estaba provocando en mí un sobre interés y sobre curiosidad que se vinculaban con aspectos inconscientes míos relacionados con una curiosidad escoptofílica, voyeurista reeditada de mi infancia. Estábamos enganchados y enredados. Con todo esto puede verse que Jorge, bajo el influjo de su transferencia, me llevó a actuar y estas acciones movilizaron respuestas contratransferenciales que pueden ser interpretadas como expresiones conductuales interpersonales del mundo interno del paciente. Entonces mientras mi respuesta emocional inconsciente fue crucial en el *enactment*, ésta fue activada y manejada por la transferencia del paciente.

Considero que el reconocimiento de la transferencia y contratransferencia perversa fue crucial para el tratamiento. En este caso, a partir del registro de mis propios pensamientos y sentimientos, pude comprender mi contratransferencia y desde ahí pude evitar ser “diluida” en la transferencia del paciente, lo que finalmente hubiera llevado a un fracaso terapéutico.

Resumen

En esta comunicación clínica, se hace una revisión teórica de aspectos medulares sobre la perversión, la perversión de transferencia y el *enactment*, haciendo posteriormente una aplicación teórico-clínica al caso de un muchacho homosexual con estructura perversa. Este paciente, con una historia de relación simbiótica con la madre y un padre ausente que no le permitió una posibilidad de identificación masculina, manifestaba actuaciones perversas que ponían en riesgo su vida. El paciente recreó aspectos de su perversión en la configuración transferencia-contratransferencia, evidente esto en sus intentos de sexualizar el tratamiento y en su forma de comunicación, en la cual empleaba silencios y palabras para descolocar al analista de su función analítica. El impacto contratransferencial era excesivo ante el relato continuado de sus actuaciones perversas: asistencia a “cuartos oscuros”, goce ante el dolor del otro y el propio a través de penetraciones sádicas y dolorosas. El paciente, cuya conflictiva giraba alrededor de la detención evolutiva de su desarrollo sexual, intentó colocar a la analista en el papel de *voyeur* dentro de su escenario perverso. La presión de este paciente en involucrar a la analista a través de la identificación proyectiva, en *enactments* contratransferenciales perversos, creó un peligro al tratamiento, un *impasse* que pudo ser resuelto con un análisis cuidadoso de la contratransferencia.

Palabras clave: Perversión de transferencia, perversión, *enactment*.

Summary

In this clinical communication, I do a theoretical review of core aspects of perversion and perversion transfer and enactment, subsequently making a clinical theory application in a gay boy case with a homosexual perverse structure. The patient had a history of a symbiotic relationship with the mother and an absent father, did not allowed him the possibility of masculine identification. He manifested perverse actions, which put his life at risk. The patient recreated some aspects of his perversion in the transference-counter transference configuration, clear aspects of an attempt to sexualize the treatment. In addition, in his way of communication, which employed silences and words, he tried to misplace the analyst of its analytical function. The counter transference impact was excessive in view of his continued

story of perverse actuations: “darkrooms” assistance, enjoyment of the pain of the other and his own through sadistic and painful penetrations. The patient, whose troubles revolved around the evolutionary detention of his sexual development, tried to put the analyst in the role of *voyeur* within his perverse scenario. The pressure of this patient involving the analyst through the projective identification, in perverse counter transference enactments, created a danger to the treatment. An *impasse* could be resolved with a careful analysis of the counter transference.

Keywords: Perversion transfer, perversion, enactment.

Referencias bibliográficas

- BUSH, F. (2006). Countertransference in defense enactments. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 54: 67-85.
- CARIGNAN, L. (1999). The Secret: Study of a perverse transference. *Int. J. Psycho-Analysis*, 80: 909-928.
- CHASSEGUET-SMIRGEL, J. (1981). Loss of reality en perversions-With special reference to fetichism. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 29: 511-534.
- ETCHEGOYEN, R. H. (1978). Some Thoughts on transference perversion. *Int. J. Psycho-Anal.*, 59: 45-53.
- FRAYN, D. H. (1993). The influence of dyadic factors on enactments and other Regressive forms of acting out. *Psychoanal.Q.*, 65: 672.
- FREUD, S. (1905). Tres ensayos de teoría sexual. En *Obras completas*, Buenos Aires: Amorrortu, Vol VI.
- FREUD, S. (1914). Recordar, repetir y reelaborar. En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XII.
- FREUD, S. (1927e). El fetichismo. En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, Vol. XXI.
- IVEY, G. (2009). Controversias sobre la actuación (enactment): una revisión crítica de los debates actuales. *Libro Anual de Psicoanálisis*. XXIV: 27-42.
- JACOBS, T. J. (1986). On countratransference enactments. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 34: 289-307.
- JIMÉNEZ, J. P. (2004). A psychoanalytical phenomenology of perversion. *Int. J. Psycho-Analysis*, 85:65-81.
- KHAN, M. (1979). *Alienation in perversions*. New York: Int. Univ.Press.
- KERNBERG, O. (2007). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la Personalidad*. Buenos Aires: Paidós.

- MANCIA, M. (1993). The absent father: his role in sexual deviations and in transference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 74: 941-950.
- MCDUGALL, J. (1972). Primal scene and sexual perversion. *Int. J. Psycho-Anal.*, 67: 19-30.
- MCDUGALL, J. (1982). *Alegato por una cierta anormalidad*. Argentina: Paidós.
- MCDUGALL, J. (1994). *Teatros de la mente*. Madrid: Edit. Julián Yebenes.
- OGDEN, T. H. (1996). The perverse subject of analysis. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 44: 1121-1146.
- PURCELL, S. D. (2006). The analyst's excitement in the analysis of perversion. *Int. J. Psycho-Anal.*, 87:105-123.
- RANGELL, L. (1997). Communication within the analytic dyad: a view of enactment. *J. Clin. Psychoanal.*, 6: 557-571.
- SOCÁRIDES, CH. W. (1994). *Los orígenes preedípicos y la psicoterapia psicoanalítica de las perversiones sexuales*. Universidad de Guadalajara: Gamma Editorial.
- STEINER, J. (2009). Transferencia sobre el analista como observador excluido. *Libro anual de Psicoanálisis*. XXIV, 43-54.
- STOLLER, R. J. (1975). *Perversion: the erotic form of hatred*. New York: Panteon.