

***Acting out* y transferencia erotizada²⁸**

Liborio Orejuela Devis M. D.²⁹

Sinopsis

El título del trabajo es *ACTING-OUT*, y el problema planteado es LA EROTIZACIÓN DEL PACIENTE. El trabajo se realizó a partir de observaciones psicoanalíticas, donde se articulan los hechos clínicos con una explicación teórica. El método seguido es psicoanalítico, consistente en la observación participante del modelo de las relaciones objetales. La revisión bibliográfica es selectiva, intercalando un caso clínico para reforzar la comprensión. De lo anterior se desarrolla un marco teórico, partiendo de la premisa, que el *acting-out* es una resistencia de transferencia, consistente en la reproducción actuada del pasado reprimido, sobre la cual se sustenta la explicación del caso y se formula una definición del fenómeno. El material clínico está representado por tres sesiones correspondientes, la primera al inicio del tratamiento y las otras dos a la finalización del análisis iniciado, cuando comienza el *acting-out*. Se puede observar una predisposición históricamente adquirida, en una paciente crónicamente deprivada, que reacciona frente a la frustración no aceptada, con mecanismos de identificación y contra identificación proyectivas, a través de los cuales escinde al analista en un objeto bueno idealizado y otro malo perseguidor, catectizando en él una especie de «amor flotante» no correspondido, desechándolo, luego, cuando no encuentra la respuesta en el analista, a sus demandas eróticas transferenciales. De lo anterior se desprende una serie de conclusiones que abarcan aspectos teóricos, clínicos y terapéuticos.

²⁸ Publicado en la REV. PSICOANÁLISIS (1998) I O. (1): 50-70

²⁹ Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Colombiana Grupo de Estudios. I.P.A. q.e.p.d.

Palabras Clave: *Acting out* y transferencia erotizada.

Introducción

El presente es un trabajo teórico-clínico sobre el *acting-out*, a partir de observaciones clínicas psicoanalíticas, donde después de delimitar el campo epistémico, trato de articular los hechos clínicos con una explicación teórica (Laverde, 1997). El método seguido es psicoanalítico, consistente en la observación participante del modelo de las relaciones objetales (Rapaport, 1960).

A través de la teoría psicoanalítica intento explicar el funcionamiento de los pacientes en *acting-out*, en el contexto de sus relaciones interpersonales, históricas y transferenciales, en donde yo, como psicoanalista, comprendo al paciente poniendo en palabras elementos vivenciales comunes, basándome en los conceptos freudianos (y post-freudianos), Laverde, 1997, antes y después del Congreso Internacional, de Copenhague, 1967

La revisión bibliográfica es selectiva, tratando de seguir el derrotero del concepto, desde su inicio, a través del desarrollo de la teoría y de la técnica, intercalando un caso clínico, para reforzar con él la comprensión.

Del caso clínico, se pueden extraer tres problemas principales que serían, el *acting-out* y el establecimiento del encuadre, el *acting-out* y la erotización de la transferencia y el *acting-out* como dificultad del paciente para funcionar simbólicamente.

De los tres aspectos señalados, escogí el *acting-out* y la erotización de la transferencia, porque el caso se presta para observar ampliamente este fenómeno; hubo momentos en que la paciente, prácticamente deliraba, todo era sexual y no entendía las interpretaciones.

Muchos autores, Fenichel, 1945, Greenacre, 1950, Freud, 1936, Grinberg, 1967 y Etchegoyen, 1986, están de acuerdo en considerar que el *acting-out* es un concepto muy discutido, difícil de detectar y manejar y que necesita ser precisado. con el propósito de lograr una comprensión adecuada del fenómeno, que permita evitarlo en sus máximas manifestaciones.

Revisión Bibliográfica

«Es contradictorio que un paciente que busca ayuda, se oponga a ésta. Freud llamó a esto resistencia». Y «el proceso patógeno que la resistencia nos revela ha de recibir el nombre de represión», Greenacre, 1950. En el *acting-out* hay algo que está reprimido y que el paciente no quiere recordar ni expresar.

El *acting-out*, en la medida que es una resistencia de transferencia, moviliza una regresión al momento en que se estructuró la predisposición, tal como lo expresa Etchegoyen, 1986. «El *acting-out* es un intento regresivo de convertir el pensamiento en acto».

El *acting-out*, en su calidad de resistencia de transferencia, puede ser resistencia del ello o resistencia del superyó. Como resistencia del ello se expresa en forma de transferencia erótica o «amor de transferencia» y como resistencia del superyó, se expresa como transferencia negativa o agresiva, Kächele, Thomä, 1985.

El *acting-out* es un instrumento que usa el paciente para conservar el equilibrio psíquico, logrado con la neurosis, y que impide el insight, Joseph, 1989.

Este equilibrio es perturbado por la interpretación transferencial que conduzca al insight.

El *acting-out* es una de las formas de manifestarse lo que Etchegoyen, 1986, llama la «patología del proceso». Y como forma concreta depende de la intensidad de la transferencia y, de cómo, las reglas psicoanalíticas y las interpretaciones estructuran el setting, Kächele, Thomä, 1985. Es un juego entre setting y transferencia. El *acting-out* es un ataque al setting.

No sólo la transferencia es responsable del *acting*; también lo es la contratransferencia mal analizada motivante de errores técnicos que inciden en la alianza terapéutica y en la interpretación, vehículo de la contratransferencia, Kächele, 1981, Freud, 1936.

El *acting-out* no sólo es manifestación de una resistencia del yo, también lo puede ser de las defensas del *Self*, contra peligros imaginarios, como consecuencia de un proceso de toda una vida de intentos fracasados

de encontrar seguridad y satisfacción en las relaciones interpersonales, Schafer, 1973.

Las defensas intrapsíquicas del *Self*, son las defensas contra las relaciones objetales interpersonales, que se organizan para formar la resistencia de transferencia. En la resistencia de transferencia, se une el modelo intrapsíquico (resistencia de represión) con la psicología de las relaciones de objeto y el objeto del conflicto interpersonal, Kächele, Thomä, 1985. Las defensas intrapsíquicas se organizan en sistemas o circuitos determinando una resistencia, como manifestación interpersonal del setting analítico.

Hay resistencias pequeñas, sutiles, como rasgos de carácter, de las estructuras del yo, y grandes resistencias que se dirigen contra el encuadre, como el *acting-out*, Sánchez, 1994. El *acting-out* es una de las formas en que se puede expresar una resistencia de transferencia.

La motivación del *acting*, se encuentra escindida horizontalmente, y el dominio es ejercido por el impulso inconsciente; es diferente a una acción iniciada por el yo, adaptada a la realidad y ceñida a un objetivo consciente del yo autónomo, Elson, 1990.

Existe una distancia entre el yo, que no conoce la experiencia infantil reprimida y escindida, y la intensidad del impulso infantil a participar de nuevo emocionalmente (por vía de la compulsión a la repetición). Esta distancia desaparece, produciéndose un encuentro entre el yo y el impulso infantil, cuando el recuerdo inalterado de la experiencia hace intrusión momentánea y súbita, en la conducta actual. Aquí se inicia el *actingout*, Elson, 1990.

«Todos los fenómenos de resistencia, como el *acting*, son correlatos (o resultados) de la defensa contra la angustia. y ésta es una representación displacentera de la vergüenza, la pena, la culpa, la debilidad», Freud, 1926, pp. 1268-1276, y en general de cualquier sentimiento de minusvalía derivado de la exposición frente al otro. Es la «angustia señal», como prototipo de todos los estados afectivos.

La resistencia en cualquiera de sus manifestaciones, como el *acting*, tiene una función protectora contra la vergüenza intolerable y ésta se organiza

en torno a un núcleo depresivo (y culposo). La vergüenza pasa, cuando termina la exposición, Kächele. Thomä, 1985.

La psicopatología, es un intento de mantener un equilibrio psíquico frente a la angustia. Cuando una interpretación que lleva al insight, altera este equilibrio, se estimula la resistencia (el *acting*), con el propósito de restaurar el equilibrio perdido, Joseph, 1989.

Puede haber una predisposición al *acting-out*, adquirida. Son pacientes actuadores, que tienen la resistencia *ad portas*, frente a cualquier motivación óptima y específica.

Cuando predominan las pulsiones orales, con intolerancia a la tensión, una baja tolerancia a la frustración, un elevado narcisismo, frente a conflictos tempranos que inhiban el desarrollo del lenguaje, todo eso coincidiendo con el segundo año de vida, se incrementa la tendencia aloplástica a la descarga, estableciéndose en esta forma la predisposición al *acting-out*, Fenichel, 1945, Etchegoyen, 1986.

Si se altera el adecuado desarrollo del lenguaje como vehículo de la comunicación, sucede lo mismo con el correcto empleo de las emociones que se asocian con el contenido del pensamiento, Greenacre, 1950.

El *acting-out*, es el resultado de una lucha entre tendencias. Lucha aparentemente sin ninguna finalidad, pero con un propósito inconsciente, que la convierte en sintomática, Freud, 1901.

En el *acting*, la acción está en lugar del recuerdo, lo que es su característica sobresaliente. Es una forma de no recordar o de recordar con las acciones, Freud, 1905.

La sintonía con el yo marca la diferencia entre el *acting-out* y cualquier otro acto neurótico que sea egodistónico, Fenichel. 1945, Gaddine, 1981.

El *acting-out* es una transferencia movilizada por la compulsión a la repetición: pero lo que se repite, en el *acting*, es la intención de ignorar al objeto, de alejarse de él, Etchegoyen, 1986, Freud, 1914.

Cuando las transferencias de los impulsos del ello y de las defensas del yo, se salen de la sesión e invaden la vida del paciente afectando su conducta, estamos frente a un *acting* que sucede fuera del consultorio,

con un máximo de resistencia y un mínimo de insight y con la intención de no aportar información, Freud, 1936. Actuar afuera en lugar de informar adentro.

Habría un *acting* que tiene lugar adentro, en la transferencia (que ayuda a la información) y otro que ocurre afuera y es inconveniente, Freud, 1940.

El *acting* tiene que ver con la intensidad de la resistencia y la estabilidad de la alianza terapéutica. Entre mayor la resistencia, más reemplaza el *acting* al recuerdo, Freud. 1968.

Habría un *acting* limitado a la vivencia de los impulsos y afectos, pero se detiene antes de que aparezca la acción muscular, dejando intacta la alianza de trabajo, es el *acting* agregado a la transferencia, indispensable al recuerdo Freud, 1968, y otro, cuando la transferencia se vuelve negativa (agresiva) o positiva, abiertamente erotizada («amor de transferencia»), donde está peligrando la alianza de trabajo; estas formas de *acting*, impiden recordar.

«El paciente tiende a manejar los conflictos y ansiedades, reactualizados con el analista, con los mismos métodos que usó en el pasado. Se aleja del analista, como intentó alejarse de sus objetos primarios, trata de disociar su relación con él, tomándolo como (totalmente) bueno o (totalmente) malo, desviando aquellos sentimientos y actitudes vivenciados con el analista, sobre otras personas de su vida»

Klein, 1925.

«Cuando el destete es agresivo, prematuro y patológico, por odio, con omnipotencia y desprecio, se produce el alejamiento primario esquizo-paranoide del objeto materno y esto transferido, es parte del *acting*», Etchegoyen, 1986.

De lo anterior dependerá que el *actingout* sea parcial o excesivo, y también las futuras relaciones (interpersonales) del niño, Rosenfeld, 1964.

Bion 1966, Greenacre 1962, Zac 1968 y Grinberg, 1967, señalan la importancia de la angustia de separación en el *actingout*.

Una de las raíces del *acting-out* parte de la angustiosa experiencia de separación y de pérdida que determina duelos primitivos no elaborados; cuando éstos se reactualizan en la transferencia, el paciente utiliza al analista.

como objeto continente, proyectando en él el dolor de la separación y la pérdida; pero cuando el analista no está (surge la frustración, y si ésta no se acepta), se transforma en un elemento beta, Bion, 1957, que tiene que ser evacuado en otro objeto con lo que se configura el *acting-out*, Grinberg, 1967.

A veces el objeto continente, está representado por el propio cuerpo, apareciendo síntomas psicósomáticos o hipocondría, como equivalentes del *acting-out*, Grinberg, 1968. Cuando es un sueño el continente, es evacuativo, diferente a los sueños elaborativos, Grinberg, 1968.

«La identificación proyectiva, es básica en el *acting-out*, es el momento en que comienza, es la responsabilidad de la acción, puesta en el otro, así se entorpece el proceso, el *acting* se mantiene y se agrava por un déficit en el juego transferencia-contratransferencia. Una vez proyectada la acción ya no le pertenece al paciente, que además le exige al analista, que se acomode a lo que él le propone, con la intención de hacerlo equivocar, poniéndolo en una situación contratransferencial de compromiso, con el peligro de actuar».

Etchegoyen, I 1986.

«La falla del analista puede deberse a una falta o exceso de holding, complicidad inconsciente con los motivos del *acting* o excesiva severidad; prohibir en lugar de comprender e interpretar, actuando la contraidentificación proyectiva», Grinberg, 1956.

«También cuando el paciente toma consciencia que el analista es distinto y separado, se derrumba la omnipotencia con gran ansiedad por la pérdida del *Self*. Aquí el *acting* puede aumentar con la posibilidad de que el paciente interrumpa el tratamiento», Gaddine, 1981.

Hay un *acting-out* masivo en pacientes narcisistas, con vínculos idealizados, donde alternan, la admiración, la avidez y la envidia. Disocian la parte más adaptada del *Self* a la realidad, de su parte omnipotente, combinando esta disociación con actitudes maniacas, viéndose la parte neurótica y psicótica de la personalidad, Bion, 1957. Se proyecta la parte neurótica con los sentimientos dolorosos, siendo ésto un *acting* que da información; pero cuando el mensaje de la parte neurótica queda anulado

por el ataque de la parte psicótica, el *acting-out* se vuelve una resistencia impenetrable, Grinberg, 1967.

El exceso de holding, es un exceso de actitud, con características de contra *acting*, manifiesto o latente, que lleva a regresiones simbióticas repetidas dentro de la transferencia-contratransferencia; si la contraidentificación proyectiva de la parte onnipotente, predomina, puede llevar a contra-*actings* al analista, que impiden el proceso, el analista está confuso y no comprende, Sánchez, 1994.

Marco Teórico

El *acting-out*, es una resistencia de transferencia, vehiculizada por ésta, derivada de la represión y estimulada por la contratransferencia. Es un fenómeno donde el paciente actúa en lugar de pensar. El propósito es no comunicar verbalmente ni el recuerdo ni las emociones concomitantes, reemplazando el recuerdo por la acción.

El motivo de esta resistencia es la angustia insoportable a la exposición del *Self*, organizada en torno a un núcleo depresivo, producto de la falta de *rêverie* de un objeto arcaico perseguidor.

El *acting-out*, está constituido por mecanismos de defensa, entre los que sobresalen la identificación y la contraidentificación proyectivas.

El mecanismo de identificación proyectiva, se ejerce del paciente hacia el analista y lo que se proyecta son los objetos arcaicos y los conflictos con ellos vividos.

El *acting-out*, puede ser considerado como una forma especial de transferencia movilizadora a través de la compulsión a la repetición, que repite mágica y onnipotentemente el alejamiento que realizó el bebé, como defensa contra el objeto primario.

Lo característico del *acting-out*, es una acción inconsciente, que ataca al setting, interfiriendo con el proceso deteriorándolo o bloqueándolo, impidiendo la ganancia en insight, finalidad última del psicoanálisis.

En el *acting-out* la angustia se encuentra disociada horizontalmente con el dominio ejercido por el impulso inconsciente, como sucede en una orden posthinótica.

El yo y el impulso infantil a participar nuevamente en una forma emocional, no se encuentran, salvo cuando el recuerdo inalterado de la experiencia infantil, hace intrusión súbita y momentánea en la conducta del adulto. El objetivo del *acting-out* es mantener el equilibrio psíquico logrado con la neurosis, conservando la distancia, entre el yo y la experiencia infantil, reprimida y escindida.

El *acting-out* es una acción racionalizada hasta la egosintonía, lo que lo aleja de la fantasía y el recuerdo. La sintonía con el yo marca la diferencia con cualquier otra acción neurótica y egodistónica.

En el núcleo del *acting-out*, está la angustia de separación y pérdida del objeto primario en el bebé. Aquí se presentan dos alternativas frente a la frustración, la aceptación o no de ésta.

Cuando no se la acepta, el objeto ausente, se convierte en objeto malo presente y es desechado; cuando la acepta, se reconoce al objeto como ausente, produciéndose el primer pensamiento del ser. El *acting* sería la repetición de la no aceptación de la frustración, sin la intervención del pensamiento.

Cuando a través de la transferencia y la interpretación, el motivo de la frustración se aproxima a la consciencia, el paciente se protege empleando la identificación proyectiva, proyectando al objeto frustrador sobre el analista.

La identificación proyectiva es el mecanismo que des responsabiliza al paciente de la acción. La contraidentificación proyectiva la emplea el paciente para compensar la frustración controlando al frustrador.

La magnitud de la resistencia depende, en parte, de la predisposición y ésta de las características del destete. La predisposición al *acting*, marca rasgos característicos en el comportamiento relacional del individuo, a tener en cuenta durante el proceso como forma de reconocimiento y prevención.

El *acting-out* puede ligarse a cualquier psicopatología, neurótica, psicótica, sociopática, caracterial y a cualquier trastorno de personalidad de otra índole. Es inconsciente y puede ser transferencial o contratransferencial.

Definiciones

Laplanche y Pontalis 1983, lo mismo que Moore y Fine, 1968, dan definiciones muy doctas sobre el fenómeno que estudiamos. Pero dentro del marco teórico escogido por mí para el presente trabajo, yo definiría el *acting-out* de la siguiente manera:

El *acting-out*, es un concepto teórico, estrictamente psicoanalítico, definido metapsicológicamente como una resistencia de transferencia, vehiculizada por ésta y estimulada por la contratransferencia. Forma parte de la patología del proceso psicoanalítico al cual deteriora o bloquea, atacando al setting e impidiendo el insight, con mecanismos de disociación de la relación y de proyección y contraidentificación de objetos arcaicos sobre el analista. Con estos mecanismos, el paciente logra repetir compulsivamente en una forma mágica y omnipotente, el hostil alejamiento que realizó el bebé, de su objeto primario perseguidor desprovisto de *rèverie*, creando una forma de relación y de comunicación diferentes, alejadas de las palabras, los pensamientos y los recuerdos y ceñida a la acción actuada, desprovista de causalidad consciente.

Material Clínico

El caso clínico que voy a presentar, fue tratado hace varios años; lo escogí, porque me pareció muy representativo desde varios puntos de vista; la consistencia e insistencia del *acting* que me ha hecho percibir algo muy estructurado, pre-analítico, en forma de predisposición resistencial frente a las relaciones interpersonales, transferidas masivamente a la situación analítica, como la describen Fenichel y Etchegoyen.

También es llamativo el caso, por la forma en que el *acting-out* excesivo fue precedido y complementado posteriormente por *actings* parciales, en los términos de Rosenfeld. Y la forma en que se fue agravando, en la medida que la angustia fue incrementándose por la lucha entre tendencias, dentro del setting, como prueba de una baja tolerancia a la ansiedad, con conducta regresiva y la coincidencia entre la predisposición y los errores técnicos por parte del analista, como el insuficiente análisis de la contratransferencia en algunos momentos, que permitió el surgimiento de contra-*actings* e interpretaciones erradas.

El material clínico presentado, está compuesto por tres sesiones, la primera no secuencial y correspondiente al lunes de la tercera semana del tratamiento; la segunda y la tercera, prácticamente secuenciales, correspondientes al lunes y al viernes de la novena semana; el jueves no asistió y no dio explicaciones.

El motivo de la consulta fue depresión; se quejaba de su cronicidad y de cómo se había acentuado en los últimos tiempos.

En la primera entrevista, exploré la motivación de la paciente, su capacidad para la introspección y para la colaboración en el tratamiento. En esos momentos, no sospeché ningún potencial de *acting-out* ni de descompensación psicótica.

En la historia recogida durante esta entrevista, observé la depresión; ninguna otra psicopatología obvia, me refiero a ningún tipo de trastorno límite por difusión de identidad. Fue durante el desarrollo del *acting-out*, que aparecieron algunos síntomas. Se hizo el encuadre, cuatro entrevistas a la semana, lunes, martes, jueves y viernes a las 19: 15. Ella asumió el costo del tratamiento, porque se desempeñaba como empleada en una entidad oficial y podía pagarlo.

Resumen de la historia clínica

Se trata de una paciente de treinta y tres años de edad en aquel entonces, con un cuadro depresivo, llorosa y desgredada, con un matrimonio no bien avenido, marido accidentado, con pérdida de algunas funciones, dificultades en sus relaciones interpersonales e íntimas. Con dos hijos, uno, el mayor, con enfermedad pulmonar crónica que se agudizaba periódicamente, siendo ésto causa de intensa ansiedad en la pareja especialmente en la paciente. Terrores nocturnos en la infancia, con sueños repetitivos, donde la niña se veía sola y perseguida por algo o alguien que no veía. Enuresis hasta los seis años, escolaridad normal, adolescencia colmada de conflictos entre sus impulsos y sus temores y alto monto de culpabilidad.

Madre de la paciente, narcisista, más preocupada por sí misma que por sus hijas, demandante y poco gratificadora, culpabilizadora y seductora. La aceptación de las hijas por parte de la madre, supeditada a la sumisión de

estas. Las aproximaciones amorosas entre los padres eran muy expresivas, muy sensuales, «idílicas», en los términos de la paciente, con características exhibicionistas, imágenes excitantes que introyectaba la paciente en forma de escena primaria.

Padre exitoso, admirado por la paciente, pero muy frío con ella, ausente, actitud que motivaba periódicas y dolorosas frustraciones en ella. La paciente, sin ser explícita, manifestaba sus sospechas de infidelidades del padre. El padre murió unos años antes de consultar conmigo, y la madre se casó nuevamente, con un hombre maduro, seductor con la paciente, lo que estimulaba actitudes defensivas en ella.

Durante esta primera entrevista, la paciente se mostró molesta cuando yo guardaba silencio y me dijo que se sentía sola, como hablando con una estatua.

Después de planteado el encuadre, se resuelve empezar el tratamiento en los términos antes enunciados, a partir de la semana siguiente. En la segunda entrevista, de entrada, la paciente se resiste al diván (aquí vemos una resistencia de transferencia, su primer *acting*). Así pasan varias sesiones, durante las cuales yo le hago señalamientos al respecto, con algunas referencias a sus posibles temores sexuales reprimidos. La paciente recibía mis intervenciones con alguna sonrisa y rubor, pero sus asociaciones se referían a otras cosas y, además, no se recostaba por ningún motivo, resistida a hacerlo [pensé que era lógico una conexión entre mi diván y el pasado de la paciente, «elemental» - tengo anotado-]. Actualmente no recuerdo si en el establecimiento del encuadre, mencioné el diván...

Ya completábamos el primer mes de tratamiento, cuando la paciente súbitamente comenzó a presentarse muy bien arreglada y maquillada, llegaba un poco más temprano de su hora y esperaba sentada frente a la puerta. Una vez se refirió a la paciente anterior y por la demora de unos pocos minutos, protestó reclamando su tiempo; también al final de las sesiones incrementaba sus asociaciones, tratando de prolongar el tiempo de consulta.

[Notaba un esfuerzo en la paciente, para interesarme en su tema, pero lo que yo sentía era aburrimiento y sueño]. Me preocupó, sentía que mis interpretaciones no resonaban, entonces me esforcé más, en dar una gran contención a la paciente, [actualmente veo, que por la culpa experimentada,

pudo más el superyó que la capacidad analítica sobre la contratransferencia; estaba contra-actuando].

Sin embargo, las referencias a la relación paciente-analista se hicieron más frecuentes. Había fluctuaciones entre aproximaciones afectivas y distanciamientos hostiles ocasionales, generalmente relacionados con pequeñas frustraciones, por ejemplo, preguntas que yo no contestaba. Esto denotaba un bajo umbral de frustración, como también intolerancia a la ansiedad derivada.

Noté que la paciente se expresaba con algunos términos que al comienzo no usaba; se desarreglaba en sus palabras y se arreglaba en su aspecto personal, igualmente su expresión corporal la había convertido en muy insinuante.

Había una alternancia de transferencias, con depresión de fondo, lo que actualmente me indica una movilidad de los tipos de resistencia, creo que relacionada con el grado de desequilibrio psíquico inducido por las interpretaciones.

Primera Sesión

Como en las anteriores ocasiones, esta vez la invité a recostarse y ella respondió:

P - es mejor sentada aquí, yo puedo verlo, no se... acostada sin verlo me sentiría muy sola, aislada (en la entrevista de evaluación, había hecho referencia al temor que sentía por la soledad; no insistí más). [Comencé a tomar notas escritas]

No entiendo qué propósito tenga eso....

A - [Silencio]

P - (Silencio)... (luego:) Me sentiría paralizada, con susto, de pronto no podría defenderme...

A - [Silencio; no la miré; desvié la mirada]...

P - Igual que las semanas pasadas? Me habla poquito, nada (cruzó las piernas y se cubrió las rodillas y como respuesta a mi actitud, miró para otro lado y se quedó callada...) [actualmente pienso que no soportaba perder el contacto con la mirada].

(Silencio) (luego:) No sé qué tenga que ver el sofá con el sexo (dijo molesta) esas son teorías; yo vengo porque me siento triste. (Lloró, se secó las lágrimas con la mano, pero no usó los pañuelitos desechables que estaban a su alcance, como si temiera el contacto con cosas mías) ...

A - Sin darse cuenta, evita el contacto con mis cosas, mis pañuelos son para

Ud....

P - Gracias... en realidad no los veía [me demostraba su ambivalencia conmigo; por un lado, no soportaba no poder mirarme, necesitaba incorporarme con su mirada a través de la mía, y por otro no veía mis cosas externas, ni mis pañuelos, ni quería «ver» mi diván]...

A - Es lo mismo con mi diván, no quiere ni verlo... (la paciente se rió)... [pensé: qué cambio, del llanto a la risa. Ahora creo, que ella entendió mi interpretación, como una aceptación de su resistencia]... P- «Voy a acostarme» (y lo hizo... guardó silencio un rato...y yo también) (Luego:)

Y ahora qué?... no sé qué decir... siento mucha dificultad para hablar si no lo veo a Ud., no sé cuál sea su reacción, necesito ver cómo reacciona Ud. (permanece acostada, tiesa, «firmes»).

A- Será que la energía de su pensamiento se desgasta manteniendo la tensión de sus piernas?....

P - (Silencio) (se afloja)...

A - [Silencio] (luego:) Se le dificulta hablar si no tiene el control visual de la situación?

P - Pues hay otras formas de expresar... a través de la mirada ...

A - Y Ud. quiere saber qué expreso con mi mirada ...

P - Mirar a través de sus ojos, ver que hay dentro ...

A - Al salirme de su mirada, piensa que yo me defiendo de eso, igual que Ud.? ...

P - De qué?

A - De expresar lo que tengo dentro?

P - Ah! yo sí sé que hay muchas cosas que Ud. no dice, como mi esposo,

que se guarda las cosas, no las dice, no sé por qué, como si yo no le inspirara confianza, como si no me aceptara tal como soy, como si permanentemente me reprochara algo ... [me identifica transferencialmente con el esposo].

A - Y también teme que yo no la acepte como es, y que no se lo diga?...

P - Pues.... no sé...

A - [Silencio]

P - (Silencio)...

A - Ud. a través de mis ojos quiere ver si yo puedo guardar en mi interior lo que Ud. me dará con sus palabras ... o con su mirada también ...

P - Puede ser... (silencio) ...

A - [Silencio]

Segunda Sesión

P - Esto no es vida, mi marido no me quiere, para él no valgo nada; cuando uno quiere a alguien, se toman rumbos errados, fíjese, con mi marido, además se accidentó, se invalidó... y si ahora arranco sola... En un comienzo era como mi padre, dinámico, deportista, pero igual que él, ahora me vuelve pedazos, es callado y rabioso, soy como un cero a la izquierda...

A - Siente que la rechazan, porque piensa que no tiene valores, como si dentro de Ud. hubiera unos ladrones que se los roban.

P - No sé por qué estoy tan deprimida, Ud. qué piensa?, mi marido está enfermo, no quiere nada, Ud. no cree que eso es desesperante? [reconoció la intención de la paciente de romper mi imparcialidad]...

A - Creo que es mejor no emitir conceptos sobre su esposo, no lo conozco...

P - Ud. le pone servilleta a todos?... no puedo dormir, mi marido es tan pasivo, en estos momentos a él no se le ocurre nada, quisiera salir corriendo, no entiende mi angustia, no me comprende, me siento humillada... Ud. sí me entiende? (explotó en llanto y luego rompió el pañuelo que estaba usando, uno de mis pañuelos... que va... Ud. tampoco se interesaría, son tan... [tiene la misma actitud ambivalente conmigo que con el marido. Al proyectar ella su duda, duda de mí]...

A - Quiere confiar en mí, pero lo duda, me vuelve uno de esos ladrones... (aquí vemos la resistencia de transferencia). [Al compararme con el marido se defiende de mí... el temor que sentía era porque me llenaba de dudas, de cosas sucias? esto lo vi como un mecanismo obsesivo].

P - (Silencio) (luego:)... de pronto un consejero matrimonial, una terapia para dos, una terapia de sueño nos serviría más... [sentí que en ese momento me agredía. Buscar otras terapias, era una defensa conmigo; la terapia de sueño, sería una forma de calmar su excitación]...

A - Por momentos me siente como siente a su marido, desea que la entienda, pero interpone la duda y me amenaza con irse donde otro terapeuta.

P - Me duele la cabeza, me pesa el silencio como en la espalda donde pesan las cosas, pero no quiero que me abrace, le siento rechazo, es como tocar un sapo, claro que hablar no es un acercamiento físico... [Pienso que necesitó auto agredirse porque fue agresiva y la cabeza fue el órgano elegido para recibir el castigo].

A - [Silencio].

P - Ud. debe ser un buen taquígrafo, quiere un chicle? [vi ésto como un elogio, también dentro de la línea obsesiva transferencial, que trataba de anular la duda, la suciedad mencionada; el chicle era una tendencia reparatoria, para que yo sintiera que ella me podría estimar]...

A- Gracias [tomé el chicle]

Tercera Sesión

P - No sé por qué los hombres cuando desean algo no lo dicen directamente, así pasa con mi esposo, da unos rodeos, hasta que yo me tengo que enfurecer y sacarle las cosas como con descorchador, por supuesto, cuando se decide algo yo ya no estoy dispuesta a nada, es como si él quisiera sacarme la piedra... (silencio). A - [Silencio]...

P- (Silencio... tensa, estirada...) (luego:) Ud. me acuesta aquí, pero es muy indeciso... Indudablemente lo que Ud. quiere es acostarse conmigo... por qué no decirlo directamente?... de hecho, ya me sentía poseída con esa insistencia suya de que me acostara... pero me lo decía en tal forma que yo no sospechara... A- [Me sentí muy confuso, no sabía qué contestar, opté por quedarme callado. La

paciente me culpabilizaba de algo que ella había iniciado y yo comencé a asumir el rol de culpable, sin embargo, comencé a repasar rápidamente todo el proceso, y no eran mis impulsos eróticos los causantes de esta reacción en la paciente... y si yo estaba aterrado, era porque la paciente quería que lo estuviera... y así se lo dije:] Ud. me quiere asustar...

P - La asustada soy yo, Ud., mi analista... (asumiendo una actitud crítica) ...

A - [Me sentí atacado en mi identidad analítica. Me sentía muy incómodo... guardé silencio].

P - Ud. se comporta igual que el marido de mi mamá, pero, en fin, todos los hombres son iguales, sean Pedro o Juan...

A - [En ese momento pensé en una transferencia del padre «idílico» sobre el analista-padre. Ahora veo mi razonamiento como una racionalización, la paciente me había impulsado a racionalizar, a contra-actuar... y la contra-actuación fue no analizar más mi contratransferencia].

P - (se incorporó y comentó:) me tocará irme, esto no puede continuar... [sentí que la paciente se me escapaba y quise retenerla, rescatarla]...

A - Cómo, me propone un idilio y ahora se va? [mi propósito era no bloquear su expresión instintiva, reprimida y escindida en ese momento. Aquí estaba viendo la emergencia de lo reprimido a través del *acting*, como diría Laplanche. Con la interpretación yo le devolvía lo proyectado en mí; ella quería desconectarse de mí y así se lo dije:] qué le pasa conmigo que se quiere ir?...

P - (Me miró muy disgustada y dijo:) que yo le propuse qué?... un idilio?... le estoy haciendo ver algo y Ud. dice que yo se lo propuse, qué tal el jueguito?...

A - [Silencio. Todo esto sucedía en medio de una gran tensión. Sin embargo, la paciente no se fue como pensé, yo dudé si suspender la sesión o esperar, claro que opté por lo segundo. En ese intento de devolverle lo proyectado, afanado por hacerlo, no trabajé la resistencia adecuadamente. El error técnico ya estaba hecho y ella utilizó el motivo real para jugar allí la resistencia y se lo hice ver:] Parece que está aprovechando lo que le dije para justificar el impulso a evadirse...

P - (Se volvió a recostar y guardó silencio) (luego:) Sí, tengo ganas de irme (pero no lo hace) creo que esto acaba con todo...

A - Lo que le muestro, es lo que Ud. depositó dentro de mí para librarse de eso... le sirvo como un basurero... [sentí que la paciente me quería aniquilar defensivamente, me quería castrar]...

P - En este momento lo que se me ocurre es que me debo librar de Ud.... lo siento como un violador... [Ahora pienso que aquí tal como lo dice Etchegoyen, cuando el paciente proyecta su responsabilidad en otro, ésta ya no le pertenece, no es suya y esto dificulta enormemente el análisis, se altera el proceso, siendo ésta la principal característica del *acting-out*, ahí comienza].- (Ella continúa:) No quiero ver ni pensar... [Parece un texto sacado de Freud, actuar en lugar de pensar -Agieren] (Estas palabras las pronuncia más asustada que furiosa).

Hubo un momento en que la paciente estiró su mano, agarró su bolso y prendió un cigarrillo sin decirme nada, y lo aspiró. [Interpreto esto como una gratificación en la sesión. Inconscientemente sabía que no debía fumar, en mi consultorio no había cenicero. Lo veo como otro *acting-out*; el cigarrillo era una parte mía, por ser en la sesión, no había venido la anterior vez, se privó de mí y ahora que vino, prende un cigarrillo. Actúa y retiene no viniendo y fumando. Me aspira, me incorpora. Vemos cómo se proyectaba en mí y cómo me introyectaba en ella, en un movimiento equilibrante que indudablemente expresaba la intención de no permitir una descompensación económica que alterara su equilibrio psíquico].

A la siguiente sesión no vino; a la otra tampoco; la llamé para confrontarla, no devolvió la llamada. Al lunes siguiente a la hora que correspondía a la cita, subió mi secretaria y me entregó un taleguito y me dijo: esto se lo trajo la señora; en el taleguito había un ponqué y una compota para bebé. Al mes de no volver, la llamé, le recordé que no me había pagado el mes anterior y le pregunté cuándo reiniciaría su tratamiento; me contestó que no tenía dinero, que me pagaría cuando pudiera. Un sábado dejó en mi consultorio un cuadro. Fue inútil insistirle que volviera por él, y así pasó como un año. Cualquier día volvió en su camioneta, se llevó el cuadro y me dejó un sobre con dinero.

No pagar era una forma de retenerme; enviarme el cuadro fue una forma de pagarme un poquito, inconscientemente se sentía culpable del esfuerzo que yo había hecho por ella y que no me remuneraba, pero la proyección, le permitió racionalizar la situación hasta hacerla egosintónica. A través de eso, ella había

provocado la terminación del tratamiento, no apareciendo como culpable, ante sí misma.

Comentarios Al Material Clínico

Marido y mujer se estimulan la paranoia, que a su vez tiñe la transferencia. El padre causó repetidas frustraciones en la paciente, lo que probablemente estructuró componentes narcisistas en ella; cuando compara al marido con el padre los identifica, (lo mismo cuando lo compara conmigo) convirtiéndolos en personas persecutorias y desvalorizantes; de entrada, observamos un Edipo invertido.

Estas decepciones rebajaron su autoestima en un proceso crónico. El «no valgo nada», deja ver una organización de su minusvalía, como si ella introyectara una estructura, un Self-object desvalorizante.

Hacía una disociación entre objetos malos y buenos, situación aderezada por pesimismo, lo que traducía un fondo depresivo que se manifestaba en la actitud de la paciente.

Su frase: «cuando uno quiere a alguien se toman rumbos errados, denotaba una transferencia positiva, pero con desconfianza. La frase: «si arrancare sola», era sugerente de querer arrancar acompañada. Desechaba la parte mía que estaba ligada al marido, comunicándome que afectivamente estaba libre. Como yo no le podía corresponder amorosamente, la compensación sería el análisis, la interpretación de la transferencia. Podríamos hablar de un «cariño flotante», con la posibilidad de catectizarlo conmigo.

Cuando el marido la vuelve pedazos, lo identificaba con un objeto destructivo. Posiblemente había una proyección de su propia parte destructiva y esto generaba culpa por destruirlo (culpa depresiva); esto lo vivía como una pérdida objetal: necesitaba un cariño, pero dañaba lo que quería.

Cuando pregunta: Ud. que piensa?, no cree que es desesperante? buscaba comprometerme contra el marido, camino por el cual ella me quería involucrar; buscaba que yo asumiera posiciones, para reforzarla a ella. Asumir el papel que ella quería de mí, hubiera sido caer en una contraidentificación proyectiva, que me convertía en un analista destructivo y perseguidor, al proyectar ella su propio mecanismo perseguidor en mí.

Ante la frustración, reaccionó con agresividad, desvirilizó al marido y luego transferencialmente a mí. Cuando dijo: «que va, Ud. tampoco se interesaría, son tan»... podemos ver como ligaba su desconfianza a mí; pero también me daba un mensaje: «si quiere un vínculo conmigo, tiene que ser más complaciente». Trataba de usarme como un objeto a quién agredir, tal como lo hacía con el marido.

Quería llamar mi atención con las quejas, el insomnio, el marido... quería conmovirme, preocuparme, quería mi atención permanente; esbozaba una actitud reivindicatoria conmigo, por la frustración; narcisísticamente me convertía en un objeto idealizado, como una madre que se ocupara de ella en todo momento; «pero el objeto ideal siempre termina volviéndose perseguidor, (frustrador).

La defensa patológica, fue regresar a los conflictos eróticos, donde simultáneamente actuaba la prohibición de la atracción entre el hombre y la mujer, por el componente edípico que ella interponía en ésta. A través de la proyección rechazaba lo sexual, situación que nació con el fracaso de su relación con el esposo; esto se trató de cronificar expresado analmente, reteniéndome a través de mi dinero; esta necesidad de afecto era la expresión de pérdidas no elaboradas frente a los objetos primarios. madre narcisista, padre indiferente y niña narcisista.

El temor a la exposición, la ansiedad de sentirse observada por mí, creó un esbozo de situación persecutoria. Irse para otra parte, era una defensa: poner distancia entre los dos. Cuando se miraba en su analista espejo, se observaba y proyectaba. Ser observada le molestaba; en la observación temía que yo le pudiera ver o descubrir, algo que quería mantener oculto, lo que le iba a ver, era algo desvalorizante, mi juicio sería rebajante. La sensualidad de la madre con el padre, con la cual se había identificado había pasado a tener un sentido desvalorizante, como un defecto que podía ser visto. La proyección, le permitió la racionalización de sus sentimientos, hasta volverlos ego-sintónicos. En estas circunstancias, conmigo estaba ejerciendo una defensa legítima; de acuerdo con la dinámica, yo era el que la desvalorizaba y no ella a sí misma.

Querer irse era el producto de su resistencia, y no irse, denotaba un conflicto; por un lado, deseo sexual estimulado y por el otro el disgusto por este deseo, la censura por la tendencia erótica de su yo permisivo; esto traducía

una situación auto-persecutoria de una entidad que la quería dañar proyectada en mí. Era el conflicto entre el amor y el desamor, entre ser cálida o fría conmigo.

Tenía un gran vacío afectivo, y el asunto era como llenarlo. Yo sólo podía darle interpretaciones; el problema fundamental era la proyección del objeto primario perseguidor sobre el analista idealizado, porque al no poder dar éste, la satisfacción que demandaba la paciente, hizo que ésta lo atacara con el *acting-out*.

En síntesis, el caso muestra un fenómeno resultante de la interacción entre paciente y analista, sobre el campo de la transferencia y contratransferencia, en donde se puede observar que la agresión desencadenada por la paciente en la transferencia, era el *acting* como reacción frente al objeto primario proyectado en el analista. La función de la transferencia en forma de resistencia (*acting*, etc.), sería entonces, la descarga de la agresión reactiva y reprimida, dirigida al significativo primario proyectado en el analista.

Conclusiones

De acuerdo con la observación del caso clínico dentro del marco teórico propuesto, las siguientes podrían ser algunas conclusiones. Se van a referir directamente a la paciente, pero sería posible intentar alguna generalización, lógicamente sin pretensiones definitivas y además abiertas a la discusión con Uds., lo que constituiría el capítulo final de este trabajo.

La paciente presentaba rasgos paranoides, narcisistas y obsesivos de personalidad, que se traducían como resistencia de transferencia, en forma de desconfianza y duda.

Al proyectar sobre el analista, lo identificaba edípicamente con sus objetos perseguidores, repletos de contenidos «sucios», desvalorizantes.

Cuando proyectaba estos contenidos de sus objetos introyectados, podía emplear también, mecanismos de anulación, reparación y negación, que le permitían limpiar e idealizar al analista.

Cuando proyectaba su objeto destructivo y perseguidor, se sentía culpable con el analista, en forma de culpa depresiva, relacionada con un sentimiento de pérdida objetal. «Necesitaba un cariño, pero dañaba lo que quería».

Al mismo tiempo que proyectaba sobre el analista, lo escindía en una parte buena idealizada y una parte mala persecutoria, buscando comprometer la parte idealizada del analista contra el objeto perseguidor. (Si el analista hubiera asumido este papel, habría caído en una contraidentificación proyectiva, que lo convertía en un perseguidor del objeto proyectado y, por lo tanto, creo, de sí mismo). Como podemos apreciar, la contra-identificación proyectiva, somete al analista a una confusión tremenda, como producto de un estado disociativo inducido.

Narcisísticamente quería convertir al analista en un objeto idealizado. Pero los objetos idealizados, terminan volviéndose perseguidores, frustradores.

Las decepciones y duelos no elaborados, produjeron un deterioro de la autoestima en forma de proceso crónico, llevado adelante por un objeto del Self desvalorizante, introyectado en forma de estructura:

Inconscientemente hacía demandas afectivas, a la parte idealizada del analista, estimuladas por la situación de frustración crónica, frustración que, a su vez, desplazaba sobre la parte perseguidora proyectada en el analista, cuando éste sólo respondía con interpretaciones.

Ante la frustración reaccionó con agresividad, desnaturalizando al objeto idealizado, escindiéndolo y disociándolo, dervirilizándolo e infantilizándolo.

La contra-identificación proyectiva, era una respuesta violenta contra la frustración que la provocaba. Con ella intentaba controlar y manipular al analista a través de un rol asignado. Mientras que la función de la identificación proyectiva era la de desresponsabilizarse a sí misma del *acting-out*.

Fue significativa la participación del analista en la aparición del *acting*, (estando esto de acuerdo con lo que concluye Eduardo Gómez, 1976, en su trabajo sobre el tema). El holding «ensanchado», con el propósito de dar una gran contención a la paciente como lo describe Sánchez G, 1994, favoreció la aparición del *acting*.

Lo predominante debió ser la clínica, la capacidad analítica frente al caso particular. La generalización teórica, fue una defensa del analista frente a la ansiedad que generó el conflicto de la paciente, que impidió la comprensión empática, permitiéndose así, la intrusión de elementos indeseables en la contra-transferencia, como, por ejemplo, la culpa superyoica que confundió

al analista. (Por eso la importancia del análisis exhaustivo y honesto de la contra-transferencia es fundamental, para impedir que el analista confunda los verdaderos motivos transferenciales del paciente).

También sirve de ejemplo, cómo los primeros señalamientos de contenido sexual, fueron actuando como excitantes en la paciente, deprivada, no sólo de afecto, sino también de sexo. El contenido sexual fue un agregado circunstancial, derivado de una falla técnica en el contenido de la interpretación por motivos puramente teóricos.

El «como si» del analista, es una racionalización, que lo aleja de la realidad transferencial, de donde se desprende una interpretación transferencial con falso motivo. La palabra «elemental» empleada por el analista, delata su presupuesto teórico, además de ser un rasgo omnipotente de su concepto. Indudablemente todo esto producía reacciones en la paciente.

Claro, que de acuerdo con el Dr. Sánchez, 1994, todo *acting* produce un *contra-acting*, controlable o no, según el monto de la pulsión y de la ansiedad emergente, las cuales tienen sus propios límites.

En el caso tratado, podemos ver, cómo el *acting-out* dependió de la intensidad de la transferencia y, de cómo, las reglas y las interpretaciones estructuraron el setting, Kächele, Thomä, 1985. Es necesario modular la expresión de la contra-transferencia consciente y analizada, en las interpretaciones transferenciales, como también ponerle límite al holding, conservando una distancia óptima con los pacientes.

La predisposición, también fue fundamental en la aparición del *acting-out* de nuestra paciente, como algo aprendido e inducido históricamente, que se manifestó como reacción frente a la relación interpersonal.

La dinámica interaccional es determinante, y a sea como factor predisponente o precipitante; no creo posible poder prescindir de esta conceptualización. No se puede negar la participación de los dos protagonistas, paciente-analista en el campo de la transferencia-contratransferencia.

Las interpretaciones, en este caso particular, debieron haber estado precedidas por el señalamiento de la resistencia.

Cuando esto se realiza, se debe hacer relacionado con una actitud relativa al analista, para ligar así transferencialmente al paciente. Es importante

estar pendiente de la primera resistencia de transferencia, porque de ella se puede derivar el *acting-out*; clarificarla y trabajarla, antes de interpretar.

La comprensión del mensaje transferencial se logra empáticamente. Esta comprensión procesada luego dentro del holding analítico, se devuelve con la interpretación transferencial, sin bloquear la expresión instintiva del paciente en *acting*, altamente reprimida y escindida, mostrando los mecanismos disociativos que se presenten.

Construir las interpretaciones transferenciales en base a la contratransferencia, procurando que traduzcan el aquí y el ahora de la relación, devolviéndole con ellas al paciente, sus objetos arcaicos proyectados en el analista. Usar preferentemente interpretaciones transferenciales, para así devolver continuamente lo proyectado-procesado.

El *acting* puede aparecer junto a cualquier patología y además tener un carácter mixto. El *acting* excesivo de la paciente, estaba precedido, acompañado o seguido por *actings* parciales, que se comportaron como preámbulos, refuerzos o réplicas.

El *acting* puede cronificarse como rasgo de carácter y puede anteceder al análisis o manifestarse, también, por fuera de él.

Es importante determinar la personalidad pre-mórbida de los pacientes, de la pareja y de los padres. También, lo que el paciente teme realmente del objeto proyectado, cuáles son sus verdaderas características.

No separarse en ningún momento del verdadero motivo de la consulta que nos une clínicamente al paciente y no nos deja desviar.

Los puntos de urgencia determinados por el monto de la angustia, son un indicio para tener en cuenta. En la medida que es la exposición ante el otro de partes secretas del Self que avergüenzan al paciente, lo que dispara el *acting*, y ante signos premonitorios, o una historia de actuaciones, hay que tener extremo cuidado de no causar heridas narcisistas, evitando intervenciones desvalorizantes o impositivas o aquellas que dejan un suspenso o una duda.

Abstract

The title of the study is ACTING-OUT, and the raised problem is the PATIENTS EROTISATION. The study was put into effect taking as a

base psychoanalytical observations in which the clinical facts are jointed with a theoretical explanation.

The method that was followed is psychoanalytical, corresponding to the participant observation of the model of the object relations. The bibliographical revision is selective, inserting a clinical case to reinforce comprehension.

A theoretical frame is developed from the above, departing from the premise, that ACTING-OUT is a transference opposition, corresponding to the acted reproduction of a repressed past, over which the explanation of the case is sustained, and a definition of the phenomenon is formulated. The clinic material is represented by three corresponding sessions, the first one at the beginning of the treatment, and the other two at the end of the initiated analysis, when the ACTINGOUT begins. A historically acquired predisposition can be observed in a chronically dipped patient that reacts towards the non-accepted frustration, with projecting mechanisms of identification and contra-identification, which the analyst divides through them in a good idealized object and other bad persecutor; cathexing in him sort of a floating love not corresponded, throwing him away after words, when he does not find the answer to this transference erotic demands. A series of conclusions that embraces theoretical, clinical, and therapeutical aspects loosen from the above.

Referencias

- Bion, W. (1957). *Diferentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities*, International Journal of Psychoanalysis. 38, 266-75.
- (1966). *Aprendiendo de la Experiencia*, Buenos Aires: Paidós.
- Elson, M. (1990). Los Seminarios de Heinz Kohut sobre Psicología del Sí- Mismo.
- Etchegoyen, H.(1986). *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Fenichel, O. (1945). *Neurotic Acting-Out. En Collected Papers*. Nueva York: David Lewis, Inc., Second Series.
- Freud, A. (1936). *El Yo y los mecanismos de Defensa*, Buenos Aires: Paidós.1965.
- (1968). Acting-Out, International Journal of Psychoanalysis. 49, 165-70.

- Freud, S. (1901). *Psicopatología de la Vida Cotidiana*, Tomo I. Madrid: Editorial Biblioteca Nueva.
- (1905). *Fragmento del Análisis de un Caso de Histeria*, Tomo II Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, 1948.
- (1914). *Recuerdo, repetición y elaboración*, Madrid: Editorial Biblioteca Nueva, Tomo II.
- (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*, Madrid: Editorial biblioteca Nueva, Tomo I.
- (1940). *La escisión del Yo en el proceso defensivo*. En AE. 23, 271-8.
- Gaddine, E.(1981). *Acting-Out en la Sesión Psicoanalítica*, Revista de Psicoanálisis, 38,1131-42.
- Gill, M. (1954). *Psychoanalysis and Exploratory Psychotherapy*, Journal of the American Psychoanalytic Association. 2, 771-97.
- Gómez, E. (1976). *Sobre el Acting-Out y la Participación del Analista*. Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis. 2.
- Greenacre, P. (1950). *General Problems of acting-Out*, Psychoanalytical Quartely. 19: 455-67.
- (1962). *Problems of Acting-Out in the Transference relationship*. En: Etchegoyen, H(1986). *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*, Buenos Aires:Amorrortu Editores.
- Grinberg, L. (1956). *Sobre algunos problemas de técnica psicoanalítica determinados por la identificación y contraidentificación proyectivas*, Revista de Psicoanálisis. 13, 507-11.
- (1967). *El Acting-Out y su rol en el Proceso Psicoanalítico*, Revista de Psicoanálisis. 25,681-713.
- (1968). En: Etchegoyen, H. (1986). *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Kächele, H., Thomä, H. (1985). *Teoría y Práctica del Psicoanálisis*, Tomo I. Barcelona: Editorial Herder. 1989.
- Klein, M. (1925). *Amor, Culpa y Reparación*. En: Etchegoyen, H. (1986). *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*, Buenos Aires: Amorrortu Editores.

- Laplanche, J., Pontalis, J. (1983). *Diccionario de Psicoanálisis*, Barcelona: Editorial Labor.
- Moore, Burness y Fine, Bernard D. (1968). *A glossary of Psychoanalytic terms and Concepts*, Nueva York: The American Psychoanalytic Association, 2 ed.
- Laverde, E. (1997). *Cómo hacer un trabajo psicoanalítico*, Inédito, leído en el Taller de la Asociación Psicoanalítica Colombiana, Grupo de Estudios I.P.A., Abril 23. Bogotá.
- Rapaport, D. (1960). En Laverde, E. (1997). *Cómo hacer un trabajo psicoanalítico*. Bogotá.
- Rosenfeld, D. (1964). *Psychotic States*. En: Etchegoyen, H. (1986). *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*, Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Grinberg, L. (1967). *El Acting-Out y su rol en el Proceso Psicoanalítico*, Revista de Psicoanálisis. 25,681-713.
- Joseph, B. (1989). *Equilibrio Psíquico y Cambio Psíquico*. Puerto Rico: Julián Yabenes S.A.
- Kächele, H., Thomä. H. (1989). *Teoría y Práctica del Psicoanálisis*. Tomo I Barcelona: Editorial Herder.
- Sánchez, G. (1994). *Técnica y Clínica Psicoanalítica*. Bogotá: Centro profesional Gráfico Ltda.
- Schafer, R. (1973). *The Idea of Resistance*, International Journal of Psychoanalysis. 54, 259-285.
- Thomä, H. (1981). En: Kächele, H., Thomá, H. (1985). *Teoría y Práctica del Psicoanálisis*, Tomo I. Barcelona: Editorial Herder. .1989.
- Zac, J. (1968). Relación Semana-Fin de Semana. *Encuadre y Acting-Out*, Revista de Psicoanálisis. 25, 27-91.