



¿Son Realmente Incompatibles

La Teoría Pulsional y la Intersubjetiva?¹

Carlos Nemirovsky²

Buenos Aires, APdeBA, IPA

Este trabajo esboza algunas propuestas sobre el debate Pulsión-Intersubjetividad a través del comentario de un caso y algunas reflexiones sobre la trayectoria personal del autor.

Palabras clave: Teoría Pulsional, Teoría Intersubjetiva.

This paper outline some proposals on Drive-Intersubjectivity debate through a case illustration and some reflections on author's personal trajectory.

Key Words: Drive Theory, Intersubjective Theory.

English Title: Are Drive Theory and Intersubjectivity Really Incompatible?

Cita bibliográfica / Reference citation:

Nemirovsky, C. (2014). ¿Son Realmente Incompatibles La Teoría Pulsional y la Intersubjetiva? *Clínica e Investigación Relacional*, 8 (1): 31-40. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.org.es]

Comentarios preliminares

Al recibir la propuesta del Comité Organizador del Congreso con el fin de dialogar acerca de la compatibilidad de la teoría pulsional e intersubjetiva, me vi tentado a formular un desarrollo metapsicológico. Pero no quise apartarme de la clínica al discutir ideas centrales, ya que construimos los conceptos teóricos a partir de la dialéctica con nuestra práctica.

Intentaré ilustrar con material clínico la manera en que estoy trabajando hoy, que es muy diferente de cómo lo hacía hace un tiempo y, tal vez, de cómo procederé en el futuro. Quisiera detenerme, en primer lugar, en algunos aspectos a los que hace alusión el título que convoca a esta reunión. Este incluye dos tópicos:

1) La pregunta por la *realidad*

Se plantea si ambas teorías son incompatibles *realmente*. Me recuerda a mi bisabuelo (rabino, según la novela familiar), quien al escuchar una respuesta demasiado categórica, preguntaba: *¿es realmente así?*, arrojando más dudas que certezas.

¿A qué aludimos con la palabra realidad? L. B. Alberti, (Berger, R., 1976) pintor y crítico del Renacimiento -deslumbrado por la nueva perspectiva tridimensional que se gestaba a partir de Giotto, basada en la matemática y la geometría-, decía: *“por fin podemos ver el mundo como Dios lo creó”*. Definía así, en ese entonces, la realidad. Varios siglos después, podemos referirnos de otro modo a nuestra percepción, cuyo paradigma podría ser Dalí cuando dice: *“cuando veo, invento”*. (Ades, D., 1982, p. 64).

Actualmente, no nos extraña aceptar que inventamos nuestras realidades, que creamos nuestros objetos partiendo de los existentes en el mundo material e intentamos explicarlo con las teorías que tenemos a mano. Si gozamos de salud, nos desenvolveremos en un espacio transicional. (Winnicott, D.W., 1971)

Las teorías -como las perspectivas- son siempre provisorias, se suceden unas a otras según las épocas y suelen tener una fecha -aunque incierta- de vencimiento. La percepción es siempre preconcepto, construcción e interpretación y cuando decimos *realmente* lo hacemos para enfatizar nuestro poder de hacer ver lo que deseamos que otros vean.

2) La pregunta por *la* teoría

También quisiera detenerme en el empleo del singular: *la* teoría. Hoy contamos con *varias* teorías, tanto pulsionales como intersubjetivas (si es que consideramos al enfoque intersubjetivo una teoría y no una perspectiva, o una meta-teoría, como yo lo creo). Infiero que el deseo de generar una fértil polémica llevó, a quienes gestaron la propuesta para esta mesa, a invitarnos a oponerle a la teoría freudiana otros enfoques. Para Freud el motor de lo psíquico es la pulsión o instinto³. El planteaba que “sólo un deseo y ninguna otra cosa es capaz de poner

en movimiento el aparato". (Freud, S., 1900, p. 588). Pero la teoría freudiana tampoco es una construcción homogénea. El contenido pulsional fue virando en la misma obra de Freud. Si bien el deseo (sexual, infantil, inmortal, impulsado por el instinto) como motor está presente a lo largo de sus escritos, desde la introducción del narcisismo cambia la ecuación instinto/realidad. Así también lo hace después de la postulación del instinto de muerte.

En paralelo a las vicisitudes del concepto de instinto, la estructuración del "aparato psíquico" como procesador de pulsiones - como transformador de instintos con el fin de que sean compatibles con la vida en sociedad a través de operaciones defensivas-, va adquiriendo nuevas formas a lo largo de la evolución de la teoría freudiana.

No podemos hablar de una sola teoría pulsional. Otros autores también ubican al instinto dentro de su esquema conceptual, desde M. Klein y el grupo poskleiniano (Meltzer, Bion, Rosenfeld) hasta pensadores como Fairbairn, Winnicott, Kohut, Loewald, Mitchell, Ogden.

Lo instintivo, siempre está entramado con la cultura, en un contexto estimulante o inhibitorio. La cultura trastoca la biología y se funde con ella, de manera que los elementos que la constituyen se tornan inseparables. (Nemirovsky, C., 2007).

El caso Elsa

*"La locura es la incapacidad de encontrar a alguien que nos aguante"
D. Winnicott (1961, p. 127) citando a su amigo J. Rickman*

Elsa, de 47 años, fue traída a la consulta por una amiga, quien la viera caerse emborrachada en varias oportunidades. Me dijo que Elsa "se comportaba como una suicida" golpeándose la cabeza contra la pared y mordiéndose las manos hasta sangrar.

La primera entrevista ocupó más de dos horas y en ella decidí -no sin dudarlo- que la tomaba en tratamiento. Ansiosa y reticente, me dijo que fue abandonada por su marido, quien sin previo aviso dejó la casa y se fue con una joven mujer. Elsa repetía: "no quiero tratarme y menos con un hombre. Son todos una mierda".

Por lo que pude inferir, siempre fue inestable, errática y ansiosa, con frecuentes ataques de ira, tan intensos como efímeros. Tanto ella como su marido habían tenido aventuras sexuales pasajeras y breves separaciones en los casi 30 años de casados. Su única hija residía en el exterior, cursando una maestría.

Durante el primer año nos vimos entre cuatro y cinco veces por semana; luego tres veces, sin interrupciones. El diván lo utilizó desde las primeras sesiones. Le pedí colaboración a una colega psiquiatra para que la medicara. Pudieron establecer entrevistas mensuales y, cuando

fue necesario, contacto telefónico.

En el transcurso de los primeros meses me acusaba de ser incapaz, voraz por el dinero y especulador frente al dolor ajeno. Se burlaba de mis intervenciones, a veces riendo a carcajadas, mientras amenazaba con denunciarme por mi mala práctica. Me decía: “¿Ud. cree que conoce algo de la vida? Porque a mi me parece que Ud. nunca salió del consultorio o de la biblioteca, me parece que es un aburrido estúpido”. Ironizaba cuando yo le señalaba alguna de sus emociones, diciéndome: “Ud. no sólo no sabe de la vida, tampoco de las mujeres”. En algunas oportunidades se levantaba del diván, interrumpía la sesión y se iba dando un portazo. Oscilaba entre actitudes desafiantes, paranoides y la caída en un profundo y prolongado llanto.

En cada encuentro se mostraba anímicamente diferente y aún dentro de la sesión mutaba de identificaciones con facilidad. La influencia que ejercían otras personas sobre ella era notable: copiaba sus gestos y palabras, los imitaba, transformándose sin ser consciente de ello.

Me parecía imposible encontrar algún recurso para habilitar la instalación de un clima reflexivo. Finalizaba muchas sesiones diciendo: “no vengo más”, o “es la última vez que le hablo porque usted es un tonto”. Oscilaba entre el ataque y el vacío. Decía: “nadie me quiere, me voy a matar”; “a usted lo único que le interesa es mi dinero y, si no lo tengo, me echa a la calle”; “estoy sola y devastada”. Experimentaba sensaciones de profunda depresión, futilidad e irrealidad transformando su vivencia de vacío y su desesperación, en ataque.

Comenzado el segundo año, antes de que yo me convenciera de que su juicio respecto a mi persona (estúpido, tonto, aburrido, comerciante e ignorante) era adecuado, la relación se fue revirtiendo. Se fue instalando un clima de mayor confianza y Elsa comenzó a relatarme algunos episodios de su historia. En algunas oportunidades, tomamos más tiempo de sesión que el pactado, porque no me parecía posible finalizar sin poner en riesgo su supervivencia. En ocasiones me llamaba telefónicamente para decirme que no podía seguir así, que yo era un inútil, despidiéndose de mí para siempre. Una madrugada me comunicó que interrumpiría el tratamiento y que pondría fin a su vida. Le sugerí que no decidiera nada, que se tomara un té y me llamara en quince minutos. Intentaba ganar tiempo para pensar con quién contaba para contenerla y, eventualmente, dónde podría internarla. Al llamarme nuevamente se disculpó por la molestia y, para mi sorpresa, comprobé que estaba tranquila. Al día siguiente, en la sesión, me dijo con sarcasmo: ¿“Así que Ud. cura con té?, ¿No le da vergüenza? ¿Para qué estudió psicoanálisis? Esta sesión marcó un hito: intervine muy poco y sus defensas paranoides fueron derrumbándose gradualmente dando lugar a la aparición de un recuerdo, que rescató por primera vez de su memoria: recordó a su abuela tomando el té, mientras ella jugaba en su falda. Se fue triste de la sesión, pero con una sonrisa.

Mientras transcurrían las primeras vacaciones mantuvimos una sesión telefónica semanal. También yo le hablaba una vez en la semana, para ver cómo estaba. Fui para ella un objeto odiado, de apego y a veces su ideal⁴, pero, no sin ambivalencia, me fui convirtiendo con el

tiempo en su contacto más seguro y confiable.

Durante el tratamiento de Elsa trataba de empatizar con ella, aun cuando muchas veces no lo lograba; esperaba entonces que fuese mi paciencia la que completara mi tarea en la sesión.

Intenté aguantar y resistir los embates de curiosidad, de celos y de envidia (suyos y míos) tratando de pensar cuánto contribuía y cómo a fomentar estos estados. Traté de soportar las intensas transferencias negativas y aceptar estar ubicado en función de “tutor”, como aquellos que se utilizan para posibilitar el crecimiento de una planta en una dirección determinada.

Cuando alguna situación amenazaba la continuidad del tratamiento (pequeñas vacaciones por feriados o situaciones inestables en las instituciones del país) regresaba a sus insultos aunque con menos virulencia que al inicio.

En esa etapa de su análisis, mis herramientas eran semejantes a las intervenciones que Killingmo (1989) denomina *afirmativas*. Privilegiaba discriminar su persona de otras, secuenciar el tiempo en la trama causal, discernir un sueño de una alucinación en la transición a la vigilia y reflexionar con ella acerca de sus fantasías en relación al mundo consensuado. Utilizaba palabras con el fin de establecer un puente de contacto, para que ella discriminara y soportase sus emociones y se diera cuenta de que era ella quien las experimentaba. Eran muy frecuentes los momentos regresivos a los que yo iba tratando de adaptarme: Elsa se hacía un ovillo en el diván, me pedía agua, dejaba de hablar y no quería ser interrumpida por mí (me decía que soñaba despierta).

Finalizando el tercer año de análisis, me fui centrando más en interpretaciones transferenciales. Interpretaba la transferencia “clásica”, aquella que entiendo como repetición del pasado, cuando impedía la aparición del nuevo vínculo que íbamos *editando*. (Nemirovsky, C., 2007). También yo trataba de construir un relato de la historia del tratamiento, desde el comienzo de la relación. Elsa, por un lado, se aferraba a “su lugar analítico” y, por otro, se resistía a instalarse; me echaba fuera de su vida, por el temor de ser nuevamente abandonada. Fueron emergiendo algunos recuerdos que quedaron integrados en su historia, reparando así su fragmentación. Con el transcurrir de las sesiones me fui enterando de las disputas violentas de sus padres durante su infancia y adolescencia. Ella es hija del segundo matrimonio de su padre, con gran diferencia de edad con sus hermanos, con los que tuvo poco contacto. Elsa trataba de encerrarse en un cuarto, que si bien era suyo, estaba comunicado con el de los padres. Cuando el aislamiento en el que trataba de sobrevivir no le alcanzó, se diseñó unos tapones para sus oídos y con ellos trataba de evitar la invasión parental que la paralizaba. En su relato, ella manifestaba el deseo de construir una familia que editara una relación diferente a la que había tenido.

La experiencia me ha mostrado que construir la historia con estos pacientes es de por sí un logro, y da fe de que la relación terapéutica marcha por buen camino. Fui aprendiendo que la

espontaneidad afectiva del analista –a la que se llega después de años de perder el miedo y sentirse más seguro como profesional- es un ingrediente imprescindible y necesario para posibilitar que el paciente nos escuche y así entonces ejercer nuestro poder como analistas. Sin espontaneidad afectiva, sin poder y sin asimetría en el vínculo, no encontraremos posibilidades de que el paciente progrese.

Entre el cuarto y el quinto año de análisis cambió mucho la forma de relacionarnos. Ambos estábamos, probablemente, menos defendidos y más sueltos en las sesiones. Logramos estar más tranquilos por mayor tiempo. Elsa consiguió un trabajo en relación de dependencia en una institución y pudo mantenerlo. Comenzó una relación afectiva con un hombre quien al poco tiempo enfermó y murió. A pesar de mis temores, su reacción fue más semejante a un duelo que a un colapso. No se derrumbó. Se apenó, lloró y se mantuvo deprimida sin perder sus logros laborales.

Entre el quinto y el sexto año de análisis, su apariencia se fue haciendo más agradable y debe haber percibido que me resultaba atractiva. Comenzó a intentar seducirme de una manera poco sutil. Me dijo que al principio del tratamiento le parecía un estúpido, pero que luego me convertí en un hombre más interesante. Pude señalarle, con posibilidad de ser escuchado, que ella deseaba construir conmigo una relación amorosa como la que había perdido, donde uno se interesase por el otro. Le señalé que entendía que necesitaba ser querida y que debía ser muy duro para ella saber que yo intentaba ayudarla desde mi lugar profesional y sin establecer una relación amorosa. Interpreté que ella trataba de construir una relación edípica por primera vez y que la seducción no sólo era una defensa frente al vacío – como unos años atrás- sino un intento de convertirse, ahora sí, en la mujer elegida por un hombre que la cuidara, dándole seguridad y afecto.

En los años finales de su tratamiento ya no fue necesario contenerla. Progresivamente se fueron instalando espacios de calma, que facilitaron la reflexión. Yo me sentía con posibilidades de “atender flotando” sin estar especialmente preocupado por mantener el setting. Su self ya no lucía “facetado” ni sus urgencias eran frecuentes. Gradualmente me vi trabajando con una paciente neurótica, muy diferente de aquella que inició el tratamiento y a la que pude ayudar a integrarse. Ella intentaba manejar sus instintos, con defensas muy diferentes, más elaboradas, que me posibilitaron un acceso verbal simbólico a partir del vínculo transferencial.

Breves comentarios acerca del caso

“Me hacéis el honor de presentar a la Academia un informe sobre mi anterior vida de mono [...] vuestra simiedad, estimados señores, en tanto que tuvierais algo similar en vuestro pasado, no podría estar más alejada de vosotros que lo que la mía está de mí. Sin embargo, le cosquillea los talones a todo aquel que pisa sobre la tierra, tanto al pequeño chimpancé como al gran Aquiles”
(Kafka, F., 1917, p.11)

Lo que caracteriza al ser humano dependerá de la relación de tres factores que se conjugan a la manera de una aleación: la materia biológica con la que estamos hechos los animales; los aspectos intelectuales propios de nuestro desarrollo mental y los otros (el medio que habitamos y nuestro marco cultural). Nuestros instintos aparecerán y adquirirán una forma humana si, y sólo si, son estimulados por semejantes de nuestra misma especie.

En la historia de nuestra disciplina, el objetivo de la investigación clínica se trasladó, desde el estudio de la pulsión y el aparato psíquico, hacia el objeto. El cambio paradigmático en la teoría fue formulado, a mi criterio, por Fairbairn precedido por los caminos clínicos que recorrió Ferenczi décadas anteriores.

Fairbairn (1941) propone a la libido como buscadora de objetos y no de placer; a las zonas erógenas como canales mediadores, y a las fases libidinales como “técnicas del yo” para regular las relaciones con los objetos. Funda así las bases para una concepción que podríamos denominar del “impulso primario” (búsqueda de objetos como motor central del psiquismo), divergente de aquella de “impulsos secundarios” sostenida por Freud: la sexualidad cabalgando sobre los instintos (anaclisis). Desde otra perspectiva, M. Klein construye un escenario donde se desplegará la dramática de las relaciones objetales impulsadas por la fantasía inconsciente, correlato del instinto.

Posteriormente, Winnicott, D. W. (1957) establece una clara diferencia entre lo más *temprano* y lo *profundo*. Lo *temprano* suele no ser parte del self, aunque sí de la historia del sujeto: se trata de lo que *el medio brindó* en los primeros momentos de la vida extrauterina y respondiendo a las necesidades, en términos de sostén, manipuleo y presentación objetal. Lo *profundo* se va instalando más tarde (sobre esa “red” ya construida) como contenido del self, derivando de la experiencia y configurándose como mundo interno, a la par de la construcción de las instancias. Aquello que resulta “más profundo”, irá apareciendo si con el tratamiento posibilitamos el desarrollo de lo tempranamente fallido.

Si en el ambiente inmediato al nacimiento hubo fallas generadoras de situaciones traumáticas, aparecerán luego, en el contexto de un análisis, transferencias representantes de necesidades y no de deseos, quedando, a menudo, resueltas por el encuadre y por los aspectos parainterpretativos de la actividad del analista (su presencia, tono y timbre de su voz, sus acciones). (Nemirovsky, C. 2007)

El paciente, (Winnicott, D.W., 1974), necesita “recordar” el derrumbe infantil temprano del que no tiene noticias porque *aún no ha sucedido*. Recién se *editar*á el recuerdo cuando pueda ser vivido en la transferencia, habitualmente como enactment del que participarán paciente y analista. El paciente podrá acceder al recuerdo, si el analista lo posibilita.

En los inicios del tratamiento de Elsa no podía esperar de ella un recordar basado en la represión. La base de la que partimos fue la de construir un encuadre sin forzar la “adaptación”

y evitando el acatamiento. Este marco me fue permitiendo pensar sin tanta angustia y a ella aceptarlo como propio, como un lugar habitable (como me decía Elsa refiriéndose a las primeras épocas de su análisis “estuvimos construyendo una casita para mí”). Se fue generando gradualmente un área de ilusión, preservando el espacio potencial entre ambos. Ella pudo comprobar que su hostilidad no destruyó el vínculo y que la relación contuvo su desborde pulsional.

El caso ilustra una manera de trabajar que Integra ambos enfoques, pulsional e intersubjetivo. Siempre trabajamos en un contexto intersubjetivo, pero no siempre el paciente está en condiciones de poder acercarse a lo que desde Winnicott llamamos profundo. Lo temprano se va resolviendo con la regularidad del encuadre y con las actitudes del analista (con lo que somos y cómo lo expresamos y no con lo que decimos y parecemos). La paciente necesitó alojarse en un setting confiable que no la juzgara y que contuviera su conducta caótica. Esto fue prioritario. Desde allí entonces reconoció sus emociones, registró su cuerpo sintiéndose viva, comprendió las secuencias temporales y pudo reflexionar. De los mecanismos de disociación y expulsión que la fragmentaban al inicio del tratamiento pasó a utilizar, luego, la represión. Del sobrevivir inicial comenzó a desarrollar una vida laboral y social aceptable. Mis herramientas fueron cambiando: desde las intervenciones afirmativas como intento de dar respuesta a sus necesidades, a la interpretación de su deseo.

El factor de cambio decisivo fue, a mi criterio, la experiencia vincular en la transferencia. Relación e interpretación son las herramientas terapéuticas con las que contamos. Trabajar con Elsa me mostró que la evolución del psiquismo no finaliza cuando termina la niñez. No hay una estación final de llegada. El psiquismo está siempre abierto a aquello que toma del otro por su proceder. Registra al semejante significativo por el modo de relacionarse y no sólo por la semántica de su lenguaje.

Los criterios de analizabilidad resultan de la posibilidad de creación de un ambiente adecuado, que dé lugar a la continuación de desarrollos detenidos. Si la actitud del analista lo hace posible, adaptándose a las necesidades del paciente, aparecerán capacidades de recibir y utilizar interpretaciones de contenidos inconscientes para la ampliación de su conciencia.

Algunas aclaraciones respecto de mi propia evolución

“Nada se edifica sobre la piedra, todo sobre la arena, pero nuestro deber es edificar como si fuera
piedra la arena...”

Borges, J. L.: "Fragmentos de un Evangelio apócrifo", Ver. 41. "Elogio de la sombra". O. C., Buenos Aires: Emecé, 1974, 1011-1012.

Me he formado en una institución (APdeBA) desde su fundación en 1977. Allí, los candidatos estudiábamos las obras de Freud y de M. Klein casi con exclusividad. Excepcionalmente leíamos algún artículo de otros autores. Casi todos los docentes y

supervisores eran freudianos y kleinianos. Con el paso del tiempo gradualmente aparecieron los primeros analistas lacanianos, a la par que creció el interés de muchos de nosotros por las obras de Ferenczi, Fairbairn, Kohut y Winnicott. Muy pocos accedimos a los culturalistas norteamericanos (Sullivan, Fromm, Horney) intentando superar un prejuicio instalado fuertemente en Argentina, respecto del psicoanálisis norteamericano. Con fronteras permeables, se fueron delineando en la institución cuatro escuelas: freudianos, kleinianos/poskleinianos, lacanianos y kohut/winnicottianos además de algunos miembros que rescatan el psicoanálisis rioplatense basado en las ideas de Pichon Rivière, Bleger, Baranger, Liberman.

En la medida que compartimos seminarios y trabajos clínicos, todos nos fuimos modificando: los analistas freudianos y kleinianos comenzaron a incluir en sus intervenciones al contexto y a las vicisitudes del objeto. Se amplió la bibliografía de los trabajos, especialmente comenzaron a aparecer numerosas citas de Winnicott y de otros autores del *middle group* británico. Descubrimos a Ferenczi sin proscribirlo, se recurrió menos a la Identificación Proyectiva para la explicación de las relaciones humanas. Se le fue dando crédito a la teoría del campo de los Baranger. En síntesis, se fue ampliando el panorama del pensamiento, ligado siempre a las cuestiones del poder institucional. En otra época quedaron entonces aquellos defensores de las “camisetas” kleinianas o freudianas. En el entramado actual de nuestra asociación las discusiones han cambiado. Sin estridencias, las teorías entraron en crisis y quizá esta “desilusión óptima de la teoría” nos llevó a incluir mucho más material clínico en nuestras discusiones y allí comprobar que la clínica no era abarcable con las metapsicologías que manejábamos.

Por otro lado también los pacientes que nos consultan no son los mismos que años atrás y han dado lugar a que consideremos nuevas herramientas: hace pocos años comenzamos muy lentamente y con grandes resistencias a introducir en los escritos el concepto de enactment y a cuestionar nociones tan caras como neutralidad y abstinencia y a resignificar el valor del encuadre (que últimamente se han modificado sobremanera: solemos ver a los pacientes sólo una o dos veces semanales). Estamos en este proceso donde generamos nuevos lenguajes corriendo el riesgo de profundizar la Babel de nuestra jerga, pero vale la pena.

REFERENCIAS

- Ades, D. (1982). *Dali and Surrealism*. NY: Harper and Row.
- Berger, R. (1976). *El conocimiento de la pintura*. Barcelona: Noguer.
- Fairbairn, W.R. (1941). A revised psychopathology of the psychosis and psychoneurosis. *International Journal of Psycho-Anal.* Vol.4, pags. 751-81.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. Buenos Aires: Amorrortu, 4, 1977.
- Kafka, F. (1917). *Informe para una academia*. Madrid: Akal.

- Killingmo, B. (1989). Conflict and déficit: Implications for Technics. *Internat. J. of Psycho-Anal*, 70. *Libro anual de Psicoanálisis*. Lima: Imago. P. 111-126.
- Leivi, M. (2013). Comunicación al Grupo de Integración Psicoanalítico.
- Nemirovsky, C. (2007). *Winnicott y Kohut. Nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría*. Buenos Aires: Grama, 3ª. Ed. (2013).
- Nemirovsky, C. (2011). La patologie da déficit richiedono una nuova teoria della cura. En F. Borgogno (Compilador). *La signorina che faceva Hara-Kiri e altri saggi*. Torino: Bollati Boringhieri. Pág. 81-92.
- Winnicott, D. W. (1957). Sobre la contribución al psicoanálisis de la observación directa del niño. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Bs.As.: Ed. Paidós, 1993. p. 141-148.
- Winnicott, D. W. (1961). Variedades de psicoterapia. En *El hogar, nuestro punto de partida*. Paidós, Bs. As., 1993.
- Winnicott, D. W. (1974). Fear of Breackdown. *Int. Rev. of Psych-Anal*. N.1 y *Psicoanálisis*, Vol IV, N. 2, 1982. Temor al derrumbe (1982, 2, p. 269-280).

Original recibido con fecha: 9-11-2013 Revisado: 31-1-2014 Aceptado para publicación: 28-2-2014

NOTAS

¹ Este trabajo fue presentado como ponencia en la XI Conferencia Anual de la IARPP en Santiago de Chile, celebrada entre los días 7 y 10 de Noviembre de 2013 como parte de plenario: "Drives and Fields: Are Drive Theory and Intersubjectivity Really Incompatible?"/"Pulsiones y Campos ¿Son Realmente Incompatibles La Teoría Pulsional y la Intersubjetiva?". Publicado con autorización del autor.

² Miembro didacta de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires (IPA). Contacto: cnemirovsky22@gmail.com

³ No comentaré la polémica instinto/ pulsión, términos que usaré en este trabajo indistintamente, ya que no es éste el punto a desarrollar. A pesar de ello, conviene tener presente que Avenburg, R. (2001) señala que para Freud el término instinto (*trieb*) es el que mejor lo representa y el que nos recuerda la presencia de nuestra biología. También tengamos en cuenta que Freud no se refería sólo a las características cuantitativas (aumento o disminución de placer), sino también a sus cualidades, lo que le da una característica de articulación con los ritmos maternos. Para Lacan el planteo es estructural. El Complejo de Edipo funciona como una máquina cultural que transforma el cachorro humano en sujeto. Lacan rompe totalmente con el instintivismo, con toda cuestión biológica. Para él, la biología es capturada por el articulador que es el deseo materno, producto de la madre atravesada por la cultura. (Leivi, M., 2013).

⁴ Durante el segundo año de análisis me dijo: "usted es un analista diez puntos" a lo que contesté con cierta vergüenza: "Seguramente cinco son suyos y cinco míos". La respuesta fue: "Usted es un estúpido" y creo que tenía razón. Ella necesitaba idealizarme, probablemente, al atravesar regresivamente por una etapa evolutiva que no había cursado en su desarrollo.