

Las dos dimensiones del tratamiento psicoanalítico de pacientes con perturbaciones estructurales del yo

Una contribución a la ampliación de la praxeología psicoanalítica

Peter Fürstenau

Resumen: Fürstenau distingue dos tradiciones terapéuticas: el método clásico del tratamiento psicoanalítico de las perturbaciones neuróticas que poseen un yo intacto, y los variados esfuerzos con los pacientes que poseen "defectos del yo" ("perturbaciones estructurales del yo").

En su opinión, la experiencia clínica en el análisis de estos pacientes nos lleva a una ampliación en nuestra metodología del tratamiento.

Siguiendo a Freud, describe él, junto a la dimensión de la observación y la elaboración de la transferencia y la resistencia, una segunda dimensión de la observación y la intervención (observación de la especificidad del trastorno estructural del yo; intervención en el sentido de un ejercicio sustitutivo de las funciones del yo)

Sus consideraciones lo llevan a reclamar una "praxeología" psicoanalítica compleja que integre ambas tradiciones

^ΨCon este artículo, desearía estimular la discusión sobre la metodología óptima para tratar a aquellos pacientes que nos crean dificultades particulares.

Freud, poco antes de su muerte, en "Análisis terminable e interminable" (1937), llegó a decir que siempre hay casos que muestran "una resistencia al análisis en general". Desde ese entonces este tema ganó cada vez más actualidad y prioridad.

En términos generales, se pueden formular hoy en día dos posiciones diferentes en relación con este problema.

Algunos colegas quieren resolver el problema reduciendo la indicación del tratamiento psicoanalítico, seleccionando cuidadosamente a los pacientes mediante una examinación preliminar y así, restringirse lo más que les sea posible, a los instrumentos clásicos del psicoanálisis: confrontación e interpretación.

^Ψ Discurso en el Simposio conmemorativo de la Asociación Psicoanalítica Alemana con motivo del 25 aniversario de la refundación de una Asociación Nacional Alemana de la Asociación Psicoanalítica Internacional; asimismo, el décimo aniversario de la fundación del Seminario Psicoanalítico de Friburgo. Friburgo, noviembre de 1975.

Publicado originalmente en *Psyche. Zeitschrift für Psychoanalyse*, 31 (03) 1977 (197-207).

Traducción del alemán: Montserrat Barragán Castellanos y Gustavo Lanza Castelli.

Dirección del autor: Prof. Dr. Peter Fürstenau, Instituto de Psicoanálisis Aplicado, Grafenberger Allee 365, 4000 Düsseldorf



Una exposición representativa de esta posición, se encuentra en el libro de Sandler, Dare y Holder "Fundamentos de la terapia psicoanalítica" (1973). –

Algunos otros colegas amplían la indicación del psicoanálisis, refiriéndose a un círculo más extenso de estructuras de la personalidad y de trastornos psicosociales dentro del área de lo tratable psicoanalíticamente.

Asimismo, son bastante escépticos con respecto a la posibilidad de valorar por anticipado -mediante una investigación pormenorizada- lo que se puede esperar del tratamiento psicoanalítico.

Después de todo, están lógicamente interesados en desarrollar una concepción ampliada del quehacer psicoanalítico con el paciente, que se orientaría a superar la resistencia del paciente al análisis en general (véase Green, 1975).

A este grupo pertenecen desde Ferenczi, Alexander, Melanie Klein y su escuela, Winnicott, Balint, Bouvet, Kohut, Green, Grunberger y muchos colegas que se han dedicado especialmente a pacientes antisociales, psicóticos, narcisistas, adictos, perversos o psicósomáticos.

No me resulta posible entrar en detalle aquí, sobre los puntos de vista científicos de estos autores.

Comparto la convicción de este grupo, de que es absolutamente necesaria una ampliación de nuestras ideas sobre cómo tratar con el analizado, si el psicoanálisis ha de seguir siendo un método terapéutico de relevancia.

El psicoanálisis tiene una base teórico-conceptual que es única en su universalidad (ver Fürstenau, 1972, 1976). Además, ha acumulado una experiencia clínica amplia y diferenciada en las últimas décadas.

Pero las ideas acerca de la metodología del tratamiento psicoanalítico y, en relación con ello, la autocomprensión del psicoanalista, de su rol y de sus funciones no han ido a la par con el desarrollo clínico.

Me parece que esto aclara la inseguridad en la orientación que frecuentemente se encuentra, tanto en el campo de la práctica psicoanalítica, como en la formación psicoanalítica.

Si no logramos ampliar, diferenciar, formular nuevos puntos de vista teóricos sobre el tratamiento, entonces me temo que el psicoanálisis -entendido como un fenómeno social- se rezagaría considerablemente en sus propias posibilidades y capacidades científicas (Cf. con respecto a esto y a lo que sigue, Fürstenau 1970, 1976, 1977).

Lo que quisiera someter a discusión pertenece a la ciencia del arte del analizar, en relación al trabajo que requiere llevarse a cabo en los fundamentos de la praxeología psicoanalítica.

Este esfuerzo en torno a la praxeología psicoanalítica se basa en la opinión de que la tarea principal del analista es favorecer al proceso psicoanalítico, esto es, en la medida en que le sea posible, identificar e influir sobre las condiciones que permitan de manera óptima que el proceso analítico comience, se sostenga y se despliegue hacia su meta.

Tal punto de vista sobre el análisis, orientado al proceso, implica una comprensión dialéctica específica del papel y la función de los participantes en el proceso psicoanalítico.

Para nuestro tema esto tiene como consecuencia que, con respecto al psicoanálisis (individual, de larga duración y alta frecuencia, no focalizado y que se desarrolla en compañía) deben diferenciarse dos dimensiones en el trabajo con el analizado, que poseen, cada una, un aspecto de observación y otro de intervención.

La primera dimensión del trabajo se relaciona con una dimensión por parte del analizado, que Freud ha descrito de la siguiente manera, sin extraer de ello ninguna conclusión precisa:

“El yo, para que podamos concertar con él un pacto así, tiene que ser un yo normal. Pero ese



yo normal, como la normalidad en general, es una ficción ideal.

El yo anormal, inutilizable para nuestros propósitos, no es por desdicha una ficción. Cada persona normal lo es sólo en promedio, su yo se aproxima al del psicótico en esta o aquella pieza, en grado mayor o menor, y el monto del distanciamiento respecto de un extremo de la serie y de la aproximación al otro nos servirá provisionalmente como una medida de aquello que se ha designado "alteración del yo" [Traducción de Amorrortu, 1937, p. 237]

Poco después, comprende Freud bajo la denominación de alteración del yo "...la divergencia respecto de un yo normal ficticio que aseguraría al trabajo psicoanalítico una alianza de fidelidad inmovible" (Ibid, p. 241).

La introducción de Freud y la discusión - que se caracteriza como "provisional"- de esta dimensión de la observación psicoanalítica, es, como este trabajo en general, puramente cuantitativa y orientada a lo económico.

Sin embargo, esta dimensión de la observación no sólo contiene un tipo de medida, esto es, una medida del grado de la alteración del yo, del grado de perturbación del yo; ésta es, y éste es mi punto de vista, ante todo una dimensión de observación clínica y cualitativa de trastornos estructurales específicos del yo:

Esto significa que no sólo el grado, sino sobre todo el tipo de perturbación estructural del yo puede ser observado, registrado y diagnosticado mediante un enfoque categórico de la observación psicoanalítica.

Considero que, a pesar de los esfuerzos realizados en las últimas décadas acerca de la psicología del yo, siguiendo el señalamiento de Freud sobre la importancia de la dimensión de la alteración del yo, la desviación del yo - normal ficticio, no lo hemos tomado suficientemente en serio ni formulado metódicamente, aunque nuestros pacientes nos lo exigen cada vez más.

Mi tesis es que, una explícita integración de esta dimensión de observación y las intervenciones resultantes de ella, tendrían consecuencias en la comprensión de nuestro rol como analistas practicantes, en nuestro trabajo diario con los pacientes, las cuales podrían contribuir significativamente a la superación de algunas dificultades en el trabajo con nuestros analizados.

Mi opinión es que, de esta manera la competencia del analista podría mejorar notablemente.

Antes de entrar en detalle sobre los aspectos conceptuales y clínicos de esta dimensión, deseo al menos mencionar la segunda dimensión de observación e intervención: es la dimensión de la evaluación metódica de nuestra experiencia, de nuestras ideas y de nuestro estado mental en la situación analítica con la guía del concepto de transferencia.

No necesito extenderme al hablar sobre esta dimensión de la observación, el trabajo de observación y las intervenciones resultantes del mismo (sobre todo confrontaciones e interpretaciones), en este terreno acostumbramos movernos con mayor seguridad. Por ahora me parece más importante, describir claramente la diferencia en la orientación que poseen ambas dimensiones.

Si no queremos conformarnos con simplemente evaluar en cada uno de nuestros pacientes, el grado de distancia que hay con respecto a un "Yo - normal ficticio", sino que, estamos interesados en la evaluación precisa de la naturaleza de la alteración del Yo, esto nos lleva a enfocarnos concretamente en esta dimensión y preguntarnos: ¿Dónde se encuentra clínicamente, de manera precisa, la desviación estructural del Yo de nuestros pacientes con respecto al Yo - normal ficticio?

Podemos deducir de ello, información para la clarificación del diagnóstico: cuáles funciones del Yo no se ejercen, o bien no lo suficiente, o no de forma adecuada, siempre y cuando tengamos en cuenta, que en este



contexto no estamos en realidad interesados en la experiencia de las fallas del ejercicio de las funciones del Yo (en trastornos funcionales o trastornos neuróticos), sino en la experiencia relacionada con los trastornos de la disponibilidad para ejercer las funciones del Yo.

Puesto que los trastornos funcionales de naturaleza neurótica son asociados a una estructura del Yo más o menos normal. En otras palabras: Desde el punto de vista clínico psicoanalítico, ¿Dónde radica exactamente la “torcedura y restricción” de la que hablaba Freud en relación a esto?, ¿dónde radica exactamente “el defecto”?

Esto significa que debemos aprender a ver, o mejor dicho a observar con otros ojos, las quejas físicas y emocionales y el (habitual) carácter resistencial de nuestros pacientes.

Ya no podemos asumir simplemente en primer lugar, que se trata respectivamente de meros trastornos neuróticos (funcionales) del yo, con el trasfondo de un yo normalmente estructurado.

A través de un proceso complicado de integración de la observación individual y la visión clínica general (*Estructura*), debemos aprender a diagnosticar clínicamente y a diferenciar de manera sutil los trastornos estructurales del Yo, es decir, los trastornos de la disponibilidad [para ejercer las funciones del Yo], de los trastornos funcionales puramente neuróticos.

En esta tarea de integración se encuentra la principal dificultad, cuando todavía no se está acostumbrado a trabajar en esta dimensión.

Ya Freud, después de él Eissler y una serie de colegas, han enfatizado en su punto de vista, como un criterio clínico importante, a partir del cual se puede inferir la existencia de un trastorno estructural del Yo, que un paciente no reaccione - en una determinada situación o durante mucho tiempo (de manera habitual) - de ninguna de las maneras que conocemos como terapéuticamente favorables, a las intervenciones confrontativas e interpretativas.

Otro criterio importante relacionado con esto, es que el paciente, ante un proceder confrontativo-interpretativo de parte del analista, que aumente la tensión, que deleve el conflicto, responda con una descompensación del yo, un colapso regresivo, una crisis psicósomática, una producción delirante aguda, una actuación disocial o perversa, una retracción narcisista intensa, un estado maníaco, depresivo o agresivo grave, u otra reacción problemática típica de él.

Esta reacción puede ser sintomática - aguda, pero también poco llamativa, silenciosa y persistente: En repetidas ocasiones el paciente nos proporciona la impresión de un “defecto” determinado (o situacional y cambiante) en su intento de evitar que trabajemos con él de la manera que nos da confianza, es decir “psicoanalíticamente”.

Si nos preguntáramos, teniendo como base esta observación, dónde radica la deficiencia del Yo del paciente, cuáles funciones del yo no están de manera suficiente a su disposición, entonces podemos diagnosticar con precisión la deficiencia como un trastorno estructural del yo.

Entonces nos quedaría claro en base a qué fallas el paciente no tiene a su disposición determinadas funciones del yo - en relación consigo mismo, así como con los demás - que son necesarias, para cumplir con los dos requisitos del proceso psicoanalítico: poder desarrollarse creativamente (poder construir un nuevo patrón de relación consigo mismo y los demás) y poder ocuparse -de una forma que sea productiva para sí mismo- de su inconsciente, es decir, de las formas defensivas de solucionar conflictos, estructuras patológicas y modos de reaccionar provenientes de la infancia (ver Fürstenau, 1976).

Nos queda claro entonces, a causa de cuáles trastornos estructurales del yo, el analizado está impedido para avanzar en el proceso psicoanalítico o en otras palabras, está motivado



a desarrollar una “resistencia al análisis en general”.

En este punto, quizá se pueda poner de relieve de mejor manera en qué consiste la diferencia del trabajo en esta dimensión, con respecto al de la segunda dimensión – que nos es ya familiar

Estamos acostumbrados a inferir muy rápido las conexiones inconscientes que subyacen a los comportamientos manifiestos, a partir de los síntomas que presenta y de la resistencia de carácter del paciente.

Ésta es la orientación del procesamiento de nuestra observación clínica, que hemos desarrollado y en la que específicamente nos hemos entrenado. Pero es exactamente aquí, es decir, en el trabajo de la primera dimensión, donde no se exige dicha orientación.

En lugar de ello, se utiliza un enfoque que le resulta más familiar al clínico que se ha formado como médico, que a nosotros: Un enfoque hacia el registro sutil en relación a la estructura actual del paciente, la cual es manifestada clínicamente; en nuestro caso: la estructura actual del yo del analizado, que se manifiesta clínicamente.

Cuando nos alejamos de las manifestaciones hacia sus conexiones latentes inconscientes, para preguntarnos cuáles conexiones relacionadas con la historia de vida están “detrás” de la apariencia clínica actual, entonces no llevamos a cabo en modo alguno un diagnóstico sutil *de la estructura actual del Yo*, en el sentido descrito.

El trabajo en la primera dimensión de observación exige del psicoanalista una organización diferente de sus observaciones.

Antes de preguntarse – en la segunda dimensión – cómo pueden ser evaluadas sus impresiones del analizado y su propio estado emocional en esta situación, de acuerdo con los conceptos de transferencia y fijación, con conexiones motivacionales inconscientes, debería, de acuerdo al punto de vista aquí defendido, organizar sus observaciones siguiendo el

concepto de “*estructura del yo* perturbada” y en estas circunstancias, diagnosticar las deficiencias del yo del analizado.

La diferencia en la integración y organización de la *observación* en ambas dimensiones, corresponde a un análisis distinto del diagnóstico que se tomará en cuenta para la intervención, para el *tratamiento* en el sentido real con el paciente, para aquello a lo que Winnicott llama el “manejo del paciente”.

Los representantes de la posición esbozada anteriormente en segundo lugar han hecho propuestas diferentes a este respecto.

Winnicott habló del requisito de crear un “entorno facilitador” para el paciente, esto es, una situación analítica que le *facilite* desarrollarse hacia una estructura del yo normal y para ello hacer *uso* del analista en la forma que sea para él conveniente.

Balint ha descrito un estilo permisivo para lidiar con la “falta básica” y ha señalado que las interpretaciones transferenciales están particularmente contraindicadas en ciertas condiciones.

Bouvet, un autor francés, todavía en Alemania lamentablemente casi desconocido, ya ha puesto de relieve –en los años cincuenta– la dosificación de cercanía y distancia del analista con respecto al paciente, como un punto de vista de crucial relevancia en el tratamiento de pacientes con trastornos esquizoides.

Morgenthaler ha descrito recientemente formas de intervención con respecto al análisis de pacientes perversos, los cuales, por ejemplo, buscan con la actuación perversa, prevenir una descompensación. Stephanos, una forma específica de tratamiento con pacientes psicósomáticos.

Las posiciones de Kohut y Kernberg se están discutiendo actualmente de forma intensiva, también entre nosotros, aunque, lamentablemente, casi de modo exclusivo.

Muchas de las descripciones y recomendaciones aportadas en la literatura con respecto al tratamiento de los trastornos estructurales



del yo de los pacientes, me parecen demasiado inespecíficas en dar al analista *indicaciones para el enfoque de la observación y la forma de intervención* en la situación analítica.

Por más que sean una expresión del estilo personal de los autores implicados, me parece muy cuestionable si son lo suficientemente comprensibles, posibles de aprender y con ello clínicamente comprobables por otros en su efectividad, para poder ser un componente seguro de la praxeología psicoanalítica.

En base a *mis propias* experiencias terapéuticas y de supervisión, me gustaría describir *el ejercicio y la actividad* de determinadas funciones de un yo normalmente estructurado, en la ayuda analítica al yo estructuralmente perturbado del paciente, siguiendo conceptos psicoanalíticos más antiguos relacionados con la forma de trabajo de la primera dimensión.

A lo que aquí me refiero, puede ser formulado desde el punto de vista de la psicología del yo, así como desde la teoría del objeto, es decir, la teoría de la libido.

Hablando desde el punto de vista de la psicología del yo, quiero decir que el analista ha de *ejercer de modo interino* en la situación analítica aquellas funciones del yo que son básicas y necesarias: capacidades para el cambio creativo, capacidades de introspección, que el paciente no tiene a su alcance.

De este modo debe ponerlas a disposición del paciente, hasta que éste esté en condiciones de asumirlas por sí mismo, esto es, de ejercerlas a título personal, o, dicho con otras palabras: hasta que se haya normalizado estructuralmente.

En términos de la teoría objetal o de la teoría de la libido, esto significa que al tratar con el paciente perturbado, "defectuoso", en la situación analítica, el analista debe ejercer la función libidinal de prestar atención al paciente y de mantener el contacto con él, hasta que, sobre la base de este nuevo modelo de experiencia de una relación sana con un compañero, en la situación analítica, el paciente sea capaz de

prestar atención y establecer contacto por sí mismo con los demás.

Dado que el paciente inicialmente no puede hacerlo, debido a su trastorno estructural, el analista debe establecer y mantener el contacto con él, esto es, ha de *penetrar* libidinalmente en su aislamiento y blindaje.

Si un paciente con perturbación estructural del yo, que no posee las funciones *básicas* necesarias para obtener un beneficio de la situación analítica ni para ofrecer una relación razonablemente sana consigo mismo y los otros – ¿De qué otra manera podría el paciente adquirir estas funciones, sino es en la relación con el analista?

Este aspecto *ejecutivo y activo* de la primera dimensión en el tratamiento de pacientes con trastornos estructurales, posee *marcadas diferencias* con la atención flotante *constante y distante*, que, siguiendo la descripción clásica de Freud, caracteriza el trabajo del analista en la *segunda* dimensión (el develamiento del trasfondo inconsciente de la transferencia y la resistencia).

La *renuncia* al tratamiento con el paciente en la primera dimensión y la restricción del trabajo develador en la segunda dimensión se pueden definir como reacciones contratransferenciales del analista en el sentido real, las cuales permanecen inconscientes frente al contacto esquizoide y trastorno de comunicación del paciente. Sin embargo, se trata de una reacción contratransferencial no necesariamente resultado de la llamada neurosis residual del analista, sino, más bien, como creo, de una interpretación conceptual que resulta inadecuada en una situación como ésta: la suposición errónea de un yo normal ficticio, un trastorno neurótico y la resultante elección de una forma de intervención inadecuada.

El analista que hace interpretaciones a un paciente esquizoide que se pierde, se esconde, se retrae narcisísticamente, que presenta reacciones de enfado, antisociales, adictivas o perversas o, al fin y al cabo, que reacciona de



forma mecánica-psicosomática, está reaccionando a la acción patológica que interrumpe la comprensión o a la falta de entendimiento de la actitud de no comprenderse del paciente sin relaciones, esquizoide “profesional” en el mal sentido.

Con ello, fracasa en su tarea de *alcanzar afectivamente* al paciente con su intervención, en promover el proceso, ver de forma diferente y con ello, falla igualmente en evaluar adecuadamente su observación analítica.

Con estas aclaraciones, ya ha sido abordada *la interacción dialéctica del trabajo con el paciente en dos dimensiones*.

Mi propuesta de una complicación en nuestra metodología de tratamiento, en la siguiente dimensión de observación y el trabajo con el paciente, se debe en buena medida a su poder de argumentación; una observación formulada por primera vez por Freud; esto es, que el trabajo de la transferencia y la resistencia en el sentido que nos es conocido, es decir, el confrontativo – interpretativo, no es suficiente para que los pacientes con un yo estructuralmente perturbado, permitan que el proceso psicoanalítico llegue a su fin de la manera esperada.

A partir de ello, los pacientes desarrollan una “resistencia al análisis en general” insuperable.

Si la alternativa para ello es: la ampliación de nuestro método de tratamiento o la renuncia al tratamiento con tales pacientes, entonces se debe comprobar, en segundo lugar, que la ampliación sugerida *promueve el proceso*, es decir, que contrarresta el estancamiento del proceso psicoanalítico y por ello, es de primordial *relevancia para el trabajo de develamiento del conflicto en la otra dimensión*, en el sentido de crear las condiciones para la “analizabilidad”. Esto es en efecto evidente (ver aquí y en el siguiente Fürstenau, 1976).

El trabajo psicoanalítico con pacientes con un yo estructuralmente perturbado, deja más que claro que la superación y resolución de las

fijaciones patológicas adquiridas con anterioridad y la construcción de una estructura sólo será posible en la medida en que el analizado sea capaz de construir *un nuevo patrón* de relación con él mismo y con los demás.

La construcción de un nuevo patrón de relación –estructuralmente normal– y la superación de la patología que padece, deben ir de la mano; de lo contrario el análisis de la transferencia y la resistencia se quedaría *estancado* tarde o temprano.

Por ello, en el caso de la construcción de un nuevo patrón relacional, se trata de un proceso que no puede separarse temporalmente del mero “trabajo psicoanalítico”, como queda implícito en el antiguo concepto de “preparación previa para el análisis”.

Más bien, las actividades del analista dedicadas a la construcción de un nuevo patrón relacional y a la resolución, están interconectadas dialécticamente una con otra, de tal manera, que sólo se puede renunciar a una posición patológica adquirida con anterioridad si se obtiene una posición más sana, más normal, menos “defectuosa” en la relación con el analista.

Debido a esta interconexión en el proceso – regresando a nuestro trabajo en ambas dimensiones – se hace evidente que las dimensiones deben estar presentes para el analista como dimensiones de trabajo durante el proceso psicoanalítico; y es justamente una cuestión del *arte* psicoanalítico, de *competencia* psicoanalítica, moverse de la manera más adecuada posible en estas dos dimensiones de trabajo de forma segura, libre y efectiva en el sentido del óptimo avance del proceso.

Aquí, donde realmente podría iniciar la discusión sobre las cuestiones metodológicas y estratégicas del tratamiento para la *resolución de los “defectos”*, porque sólo aquí dicha tarea puede apreciarse realmente, aquí debo interrumpirla. (ver, sin embargo Fürstenau, 1976)



El psicoanálisis posee, desde Ferenczi y en una impresionante literatura de la mano de su tradición a la que llamamos “técnica clásica de tratamiento”, una tradición casi tan extensa en el tratamiento con pacientes especialmente difíciles, pacientes con un yo estructuralmente perturbado y reflexiones sobre dichos tratamientos.

Los colegas que han llevado a cabo este trabajo, han documentado sus experiencias en diversas propuestas de conceptualización.

A mi juicio, es momento de integrar ambas tradiciones en una praxeología psicoanalítica diseñada estratégicamente, coherente, multidimensional, compleja, para dominar los desafíos clínicos de los próximos 25 años, que seguramente no estarán en el terreno de las neurosis estructuradas.

Referencias:

- Freud, S. (1937): Die endliche und die unendliche Analyse. GW XVI, 57-99. Fürstenau, P. (1970): Aktuelle Organisationsprobleme einer psychoanalytischen Vereinigung aus soziologischer Sicht. *Z. Psychother. med. Psychol.* 20, 173-184.
- Fürstenau, P. (1972): Probleme der vergleichenden Psychotherapieforschung. *Psyche* 26, 423—462. —
- Fürstenau, P. (1976): Praxeologische Grundlagen der Psychoanalyse. Hdb. d. Psychologie 8. Band: Klinische Psychologie. I. Halbband. Göttingen (Hogrefe) (mit ausführlichen Literaturangaben).
- Fürstenau, P. (1977): Über die politische Relevanz psychoanalytischer Praxis. Eine praxeologische Studie zur Erinnerung an die kritische Funktion der Psychoanalyse. *Gruppendynamik* 8, im Druck.
- Green, A. (1975): Analytiker, Symbolisierung und Abwesenheit im Rahmen der psychoanalytischen Situation. *Psyche* 29, 503—541.
- Sandler, J., C. Dare und A. Holder (1973): *Die Grundbegriffe der psychoanalytischen Therapie*. Stuttgart (Klett)

