

“Yo antes no me quería hacer bien” Algunas reflexiones sobre el desvalimiento

Alejandra Doallo

Resumen

El presente trabajo presenta algunas reflexiones en torno a la noción de desvalimiento a propósito de la presentación de un caso clínico: analizando cómo el desvalimiento anímico y las situaciones de desamparo y vulnerabilidad social son procesadas por el aparato psíquico en su singularidad. Toma como referencia los desarrollos del psicoanálisis en general y en especial las conceptualizaciones de las patologías del desvalimiento.

Palabras Clave

Desvalimiento anímico, psicoanálisis, vulnerabilidad social, toxicidad pulsional.

“Used to want to do me good” Some reflections over helplessness

Abstract

This paper presents some reflections over the notion of helplessness, regarding the presentation of a clinical case: analyzing how the emotional helplessness and the situations of social vulnerability are processed by the psychic system in their singularity. It takes as reference the psychoanalytic developments in general and the conceptualizations of the helplessness pathologies in particular.

Key Words:

Emotional helplessness, psychoanalysis, social vulnerability, libidinal toxicity.

"Eu antes não queria me fazer bem. Algumas reflexões sobre o desvalimento"

Resumo:

O presente trabalho apresenta algumas reflexões sobre a noção de desvalimento a partir da apresentação de um caso clínico: analisando como o desvalimento anímico e as situações de desamparo e vulnerabilidade social são processadas pelo aparato psíquico

em sua singularidade. Toma como referencia os desenvolvimentos da psicanálise em geral e, em especial, as conceitualizações das patologías do desvalimento.

Palavras-Chave:

Desvalimento anímico, Psicanálise, Vulnerabilidade Social, Toxicidade Pulsional

INTRODUCCIÓN

En este trabajo me propongo ilustrar con un caso clínico distintos conceptos, entre ellos el desvalimiento anímico y la enfermedad orgánica, el procesamiento anímico de la enfermedad, las pulsiones y sus conflictos en el marco del desamparo psicosocial.

Presentaré a Martín, quien fuera paciente de un servicio ambulatorio de Hospital de Día perteneciente a una institución pública de salud mental especializada en adicciones.

RELATO DEL CASO CLÍNICO

Presentación a la primera entrevista

En abril de 2011 realicé la entrevista de admisión a un adolescente de 16 años al que llamaremos Martín (los datos personales están cambiados para preservar su identidad). Es evidente que viene “traído” a la consulta, con marcadas resistencias. Concorre acompañado por el operador social de un Hogar para adolescentes en el cual reside desde hace tres meses. Además de la demanda de dicho hogar para que haga tratamiento, (“porque es adicto”, dice el operador), está también implícita la del Hospital pediátrico en el cual se atiende (en tratamiento por VIH y complicaciones respiratorias).

Esta temática de “vengo porque me mandan” (con la que Martín se presenta cuando indago acerca del motivo de consulta) se repetirá a lo largo de varios meses, hasta que comenzaron a emerger algunas cuestiones subjetivas que estaban barridas por la creciente institucionalización, cuando sus recursos subjetivos comenzaron a surgir en un camino con idas y vueltas, con vicisitudes en la adherencia y resistencia al/los tratamiento/s.

Asimismo, también se repetirá en diferentes momentos su actitud desplegada en esta primera entrevista: sin contacto visual con el entrevistador, introversión, respuestas monosilábicas (o “No tengo ganas de hablar” como otra respuesta habitual), pensamiento concreto, discreto aplanamiento afectivo.

Respecto de los motivos de consulta, que no son de Martín sino de los otros que se erigen en sus cuidadores, es evidente que no es un adicto, no se trata de una toxicomanía. Martín fuma dos o tres veces por semana uno o dos porros (cigarrillos de marihuana), desde los 13 años. Algunas veces, cuando sale, se agregan bebidas alcohólicas. Obviamente este diagnóstico no se realiza por la escasa cantidad de sustancia sino por su significación subjetiva y el lugar que ocupa el tóxico en su economía de goce. Más complicado nos resulta qué podemos hacer con la otra demanda (adherencia al tratamiento de VIH), dado que se nos pide a nosotros (Hospital de toxicomanías) que “le hagamos tomar la medicación antirretroviral”.

Tanto a una como a otra demanda nos negamos y nos propusimos simplemente escuchar qué tenía Martín para decir detrás de su silencio. Creíamos que hasta ese momento no había sido escuchado. Y con ese objetivo le propusimos que viniera a conocernos, que permaneciera un tiempo, que nosotros no lo íbamos a obligar a hacer tratamiento. Aceptó a regañadientes... y se quedó más de un año.

Antecedentes y situación familiar

Martín es portador de VIH por transmisión vertical. Su madre falleció de SIDA cuando él era muy chico. No puede especificar cuándo: sólo comenta que no la recuerda, que él era bebé.

Su padre falleció de la misma enfermedad a sus 10 años. Entonces quedó en su casa natal a cargo de un tutor que era un amigo del padre, con el cual vivió hasta los 13 años. Se escapó pues su tutor le propinaba malos tratos, era adicto, vendió las escasas pertenencias que había heredado Martín, y era negligente en su cuidado.

Entonces se fue a vivir con tres amigos (que eran hermanos entre sí y compañeros de escuela) y la madre de éstos. Allí permaneció por casi tres años hasta que por una seria afección respiratoria, Martín concurrió espontáneamente al Hospital pediátrico donde se atendía y quedó internado durante un mes por neumonía. Además, había discontinuado su tratamiento antirretroviral desde hacía varios meses, y presentaba desde hacía bastante tiempo serias dificultades en su adherencia al mismo.

A raíz de su situación social y de su cuadro clínico, fue derivado a un Hogar de adolescentes a su externación, y casi inmediatamente a nuestro Servicio.

El VIH y su tratamiento

Como dijimos anteriormente, con ambos padres infectados por VIH y fallecidos, sabemos que Martín se contagió por transmisión vertical.

Respecto de cómo se enteró de su enfermedad y cómo fue elaborando su significación, carecemos de datos.

En los espacios de interacción grupal, Martín nunca comentó su condición clínica, a diferencia de otros compañeros que sí lo hacían público desde el inicio, algunos hasta como marca de cierto orgullo.

Para él, hablar de ello quedaba circunscripto al espacio de su terapia individual. Y eso era poco y nada. La llamaba “la enfermedad” y decía que no lo afectaba para nada y que no significaba nada. Era imposible que su significación pudiera remitir a otra cosa. “La enfermedad” era “la enfermedad”. Y punto.

Respecto de su adherencia al tratamiento farmacológico, cuando decidía discontinuarlo no lo comentaba con nadie, negaba en su discurso que lo hubiera dejado, pero “escondía” la medicación que no tomaba debajo de su cama, junto con algunas otras cosas como la tuquera (para la marihuana) o alguna petaca de whisky. Obviamente, era descubierto frecuentemente.

Esto era leído en el hogar como transgresiones a sancionar o reforzaban la etiqueta de “adicto” que le habían impuesto. La droga era la causa de todo lo que le pasaba.

Para nosotros era un acting out, que debía leerse como un mensaje a un Otro que no escucha. El problema era descifrar qué nos quería decir.

De “Vengo porque me mandan” a “Ahora quiero venir”

Como dijimos anteriormente, su tratamiento no estuvo exento de idas y vueltas. Y siempre se trataba de acompañarlo en su proceso elaborativo diseñando estrategias distintas. Al principio se lo incluyó por un período de dos semanas en dispositivo completo (de lunes a viernes de 12 a 18 horas, consistente en terapia individual, grupo psicoterapéutico, control psiquiátrico y talleres sociales), por una parte como un tiempo para continuar con el proceso diagnóstico y por la otra, para maniobrar un tanto con las

demandas desde el Hogar hacia Martín. Se decidió que la médica clínica de nuestro servicio no interviniera, pues creíamos que se iban a mezclar las demandas y además considerábamos que desde el punto de vista de la atención de salud de su cuerpo, Martín estaba atendido.

Rápidamente se pasó a esquema de asistencia tres veces por semana. El joven (con razón) se quejaba de que estaba cansado (cursaba la escuela secundaria a la noche y durante las mañanas asistía a un programa de recreación de lazos sociales como actividad formativa y laboral). Creíamos además que era necesario que tuviera espacios de tiempos de ocio como cualquier adolescente “para hacer nada”, y que no toda su vida estuviera regulada por dispositivos institucionales. Luego de casi un año sólo concurría una vez por semana para terapia individual y grupo terapéutico.

Los primeros seis meses en el grupo terapéutico consistían para Martín en cerrar su campera hasta el cuello, bajarse la gorrita tapándose los ojos, encorvarse en la silla y dormir o hacerse el dormido. Muy de vez en cuando aportaba alguna acotación, en especial referida al tema de la soledad, cuando la producción de algún compañero resonaba en él. La estrategia terapéutica consistía en aportarle palabras donde no las había, hacer de “Yo auxiliar”, ayudarlo a construir un aparato de pensar los pensamientos que le permitiera la elaboración de los traumas.

De a poco fue integrándose y se lo notaba más conectado, con pocas aportaciones pero sumamente pertinentes. Este viraje coincidió con un cambio de posición subjetiva. En el hogar estaban evaluando una internación en una comunidad terapéutica de régimen cerrado dado que atribuían al consumo de sustancias sus complicaciones clínicas (infecciones respiratorias) y la negativa explícita de la toma de medicación para VIH. Se intentó frenar esta situación trabajando con el Hogar y por otra parte apareció algo novedoso: Martín pidió continuar en nuestro hospital de día. “Ahora quiero venir”, dice. Es la primera vez que quiere algo.

Los temas desplegados a partir de ese momento tienen que ver con las promesas incumplidas de los otros (por ejemplo, salidas de fin de semana o de jugar al fútbol, que propiciaba el hogar y luego se las negaba), las conductas autodestructivas y la soledad como elección.

Los actings fueron acotándose, retomó el tratamiento antirretroviral con buena adherencia, se lo notaba más comunicativo y alegre, se permitía bromear. Se trabajó el

alta institucional ofreciéndole continuar con el espacio de terapia individual. Martín concurrió un par de meses más hasta que decidió que ya estaba bien y había hablado lo suficiente de lo que pasaba. Su síntesis fue: “Yo antes no me quería hacer bien”.

CONCEPTUALIZACIÓN DEL CASO

A continuación se irán exponiendo distintos conceptos teóricos y se articularán con el caso clínico. Se justificará su inclusión dentro de los cuadros llamados “de desvalimiento”, intentando comprender las perturbaciones en el desarrollo yoico y libidinal y cómo es afectado por una enfermedad orgánica incurable.

El desvalimiento

El Dr. David Maldavsky (1992) ubica como patologías del desvalimiento a aquellas que se caracterizan por la imposibilidad en la tramitación de las exigencias pulsionales por medio del aparato psíquico, que implican fallas tempranas, en los tiempos de la constitución subjetiva y no sólo conflictos inter-sistémicos. Se infiere en ellas una fijación al Yo Real Primitivo. La libido se encuentra en un estado de estancamiento o “estasis”, con predominio de libido intrasomática, y se produce entonces una intoxicación pulsional.

Este desvalimiento (en alemán *hilflosigkeit*) es trabajado por Freud en el “Proyecto de Psicología” (Freud, 1950a) y en “Inhibición, síntoma y angustia” (Freud, 1926d).

Laplanche y Pontalis (1981) caracterizan al concepto freudiano de *hilflosigkeit* como estado de desamparo, inherente a la situación de prematuridad del ser humano. En el adulto constituye el prototipo de la situación traumática generadora de angustia.

Dice Freud en “Inhibición, síntoma y angustia” “En el nexo con la situación traumática, frente a la cual uno está desvalido, coinciden peligro externo e interno, peligro realista y exigencia pulsional. Sea que el yo vivencie en un caso un dolor que no cesa, en otro una estasis de necesidad que no puede hallar satisfacción, la situación económica es, en ambos casos, la misma, y el desvalimiento motor encuentra su expresión en el desvalimiento psíquico”. (Freud, S., 1926, pág. 157)

Tal como lo conceptualiza Maldavsky, estos cuadros de desvalimiento corresponden a fijaciones patológicas de la libido intrasomática, libido prevalente en los inicios de la vida, y que devienen en estados de estasis libidinal, por carecer el aparato psíquico de

posibilidad de tramitar el exceso pulsional. Se infiere así en estos cuadros tóxicos una intoxicación pulsional. Hay fallas en la cualificación que hacen dificultosa la tramitación de la cantidad

En Martín el desvalimiento abarca varias esferas: se trata de un adolescente cuyo aparato psíquico no está totalmente conformado y debe procesar situaciones de muerte de sus progenitores, pobreza, pérdida de contacto con sus lazos significativos (amigos, escuela a la que concurría, medios hermanos), fue contagiado de una enfermedad incurable en tiempos prepsíquicos, con uso problemático de sustancias. Ambos progenitores (afectados de SIDA, en condiciones de pobreza) estarían también englobados dentro de las patologías del desvalimiento.

Los tiempos constituyentes del psiquismo

Es sabido que la condición de prematuridad de la criatura humana requiere de la asistencia del otro en los comienzos de la vida psíquica. Si ese otro está ausente, se produce una inundación de cantidades no ligadas provocando angustia automática.

El Yo no se encuentra al comienzo de la vida sino que es una organización que debe advenir y ser construida. El aparato psíquico debe ser construido. Hablamos así de tiempos prepsíquicos, que responden a lógicas de funcionamiento distintas que las que rigen por ejemplo para un aparato psíquico ya constituido en tres instancias: Yo, Ello y Superyó.

En este tiempo prepsíquico, que es anterior lógicamente a la fase oral primaria, es donde se produce la fijación de la libido en las patologías del desvalimiento.

Al inicio de la vida, dijimos que no hay aparato psíquico. Hay neurona y cantidad. Freud lo ha desarrollado a lo largo de su obra. La cantidad es displacentera y debe ser eliminada. La tendencia es a la expulsión, la descarga a cero siguiendo el modelo del arco reflejo. Esto implica el predominio de la pulsión de muerte. La cantidad pura no se inscribe.

Deberá irse constituyendo un rudimentario aparato que permita la descarga a un cero relativo, compatible con la vida. La constitución subjetiva consiste en transformar cantidad en cualidad, es decir inscripciones.

En los orígenes de la constitución subjetiva, la exigencia de trabajo consiste en transformar cantidad en cualidad. Como no hay preconciente en juego (son tiempos

anteriores a su constitución) se trata de un juego de proyecciones (de estados pulsionales) e introyección (como viene filtrada desde el contexto, del agente maternante). Suponemos así que estos procesos han sufrido fallas en la misma estructuración, donde el Yo Real Primitivo ha sido afectado. Pese a los pocos datos que tenemos, es factible pensar que la madre de Martín no estaba en condiciones para ejercer adecuadamente estas funciones, dado que de hecho se hallaba en el período próximo a fallecer.

Siguiendo al Dr. Diego Moreira (1995): “Este otro contextual del cual hablamos, implica las siguientes funciones (llevadas a cabo habitualmente por la madre): a) de filtro de las intensidades de los estímulos, b) de lugar para la descarga de la excitación, c) de una espacialidad que soporta el matiz afectivo.”

La función materna ha sido severamente perturbada en el caso de este paciente, y no ha podido funcionar de manera adecuada de filtro o tamiz de las intensidades de los estímulos y de cualificación de la cantidad. Es sabido que por la prematuridad, el bebé necesita del agente maternante que, más allá de los cuidados biológicos, se configure en posición empática para filtrar los excesos. Tustin ubica a la madre como una “placenta externa”. Con empatía nos referimos a sentirse sentido por el otro. Allí ubicamos al afecto, que es lo primero distinto de la cantidad. Impide la descarga a cero de la libido del aparato psíquico (el principio de nirvana debe dar paso al principio de constancia, o sea de una descarga relativa). El Yo Real Primitivo es una formación que adviene y que impide la hemorragia libidinal. ¿Cómo pensar en Martín estos tiempos constituyentes del psiquismo? Pocos datos tenemos, pero parece válido suponer que se han producido fallas severas en todos estos procesos, y la desvitalización y abulia que manifiesta el joven tienen que ver con acumulación tóxica y estallido de descarga de la libido.

Para Freud, el cuerpo es un lugar de circulación, distribución, retención, intercambios, pugnas, etc., de procesos pulsionales (Malinowski, 2008), y para ello la función materna es prínceps.

Los conflictos pulsionales

Si consideramos la llamada segunda tópica freudiana, podemos clasificar a las pulsiones en Pulsiones de Vida (Eros) y Pulsión de Muerte. Esta última está regida por el principio de nirvana o de inercia, que tiende a la reducción completa de las tensiones, implica un retorno a lo inorgánico. Está regida por un principio que va más allá del principio de

placer.

Tanto las pulsiones de vida como la de muerte nunca se hallan en estado puro sino que se encuentran asociadas en proporciones variables. Cuando se tiende a la desunión hablamos de defusión pulsional, y la pulsión de muerte actúa independientemente sin subordinarse a Eros. Hay un trastorno de las pulsiones de autoconservación por el cual el sujeto busca su autodestrucción.

Hay cantidades irrumpientes (traumáticas) provenientes del interior (lo pulsional) y un yo que es incapaz de procesarlas. Roitman (1993) lo explica así: “Freud nos dice que estas cantidades irrumpientes desquician el sistema, defusionan su nivel de organización más complejo, queda abolido el principio de placer y toma su lugar la pulsión de muerte, concepto referido a aquella fuerza pulsional que rompe enlaces y que impide que se procesen estas cantidades a través del pensamiento, que resulta ineficaz. Freud dice que a consecuencia de este estado de inermidad del yo, el psiquismo repite el trauma en un intento de investirlo (al yo) para que éste pueda procesarlo. El problema es que estas repeticiones que son intentos de elaboración, si siguen teniendo como base un yo inerme, que no se las provoca sino que las padece, es una repetición que está más allá del principio de placer, pura compulsión de repetición. Este proceso es puramente económico, sobre una base pulsional y afectiva, no representacional, siendo la meta clínica más importante el restablecimiento del principio de placer y de un mundo representacional que permita el procesamiento de las cantidades irrumpientes. Se refiere a la eficacia del sistema preconciente para la elaboración”.

Podemos inferir el funcionamiento de un aparato psíquico no regulado de manera prioritaria por el principio de placer sino por el más allá, y las pulsiones de vida y de muerte defusionadas, donde se advierten fallas graves que afectan a las pulsiones de autoconservación y donde la pulsión de muerte actúa, en determinados momentos, de manera independiente del resto de las pulsiones.

Retomando a Malinowski (texto citado): “El cuerpo (erógeno), en las neurosis de transferencia, está íntimamente asociado con la eficacia de la fantasía y la palabra, en cambio, en este tipo de patologías, las orgánicas, pareciera estar más relacionado con otro tipo de funcionamiento donde cobran relevancia los procesos económicos y los trastornos de la autoconservación”. Son evidentes en Martín estos trastornos de la autoconservación. Su negativa a tomar la medicación puede ser leída en esta línea.

Procesamiento psíquico de la enfermedad. Actitud resiliente o dejarse morir

Para Freud (1920) hay dos maneras de vivir en relación con el morir. Una de ellas acorde a la Pulsión de Muerte, que se caracteriza por vivir como muerte precipitada. Y otra acorde a Eros que consiste en vivir como muerte mediante rodeos. La meta clínica consistirá en ayudar a tramitar la muerte individual apoyada en las Pulsiones de Vida.

Existen dos posiciones psíquicas ante la vulnerabilidad: actitud resiliente o dejarse morir, darse de baja a sí mismo. Son el resultado de la pugna entre las Pulsiones de Vida y de Muerte. Cuando Martín dice “Yo antes no me quería hacer bien” inferimos un predominio del reino de lo tanático, correlativo a la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral, sus conductas autodestructivas (consumo de sustancias, lastimarse sus dedos arrancándose los pellejos cuando se sentía muy ansioso), retracción libidinal y mutismo por imposibilidad de procesamiento simbólico de las magnitudes irrumpientes y en estado de vulnerabilidad.

Cuando comenzó tratamiento en nuestro servicio, Martín había retomado con dificultades su tratamiento por VIH luego de haberlo suspendido. Al principio todo parecía marchar bien, pero luego fue evidente que no tomaba su medicación y la “escondía” bajo su cama. Creemos que esta actitud de dejarla allí para ser descubierta era un *acting out*, que como presentamos en párrafos anteriores podemos suponerlo como un mensaje a un Otro que no escucha. Lo supusimos dirigido a nosotros, como un pedido de ayuda. El joven nos mostraba lo que no podía resolver con un procesamiento de mayor capacidad simbólica, no podía enunciarlo. Las palabras faltan cuando el trauma avasalla el aparato psíquico. Y es allí donde debíamos “prestarle aparato” para su tramitación. Por ejemplo, mencionábamos que no hablaba de su “enfermedad”, no la nombraba, decía que no lo afectaba para nada.

El cambio subjetivo que ubicamos cuando Martín plantea su deseo de concurrir a nuestro tratamiento es consecuente con un esfuerzo elaborativo, de mayor abstracción. Este procesamiento se liga a una mayor actitud resiliente y se expresa en el despliegue de ciertas escenas que Jorge Goldberg clasifica en:

- ♣ Captar la naturaleza y origen de la enfermedad
- ♣ Captar la distinción entre objetos y sustancias tóxicas y las que nutren el cuerpo y la mente
- ♣ Desplegar ciertos traumas familiares

- ♣ Admitir el carácter crónico de la enfermedad (y la utilidad de defenderse)
- ♣ Disposición anímica ante lo diferente: Sentimiento de envidia /creatividad

Podemos ver en este caso un cambio en la economía pulsional, con sus consecuencias subjetivas: desde el predominio de las pulsión de muerte, cuya posición subjetiva corresponde al darse de baja a sí mismo y dejarse morir, expresado en sentimientos avasallantes y fallas en la tramitación simbólica de los traumas, a un predominio de las pulsiones de vida que se manifiesta en el despliegue de alguna de estas escenas señalando una posición subjetiva resiliente. Martín comenzó a hablar de su padre, figura que “le daba buenos consejos”, de la importancia de recuperar su casa natal donde tenía la ilusión de encontrarse con fotos y pertenencias de sus padres, a diferenciar lo tóxico de lo trófico (no cualquier “pastilla” era lo mismo: su medicación para VIH le hacía bien, los psicofármacos autoadministrados eran perjudiciales)

ALGUNAS REFLEXIONES FINALES

En este artículo, a propósito de la presentación de un caso clínico, hemos tomado en cuenta algunos conceptos aportados por el psicoanálisis: toxicidad libidinal, las fallas tempranas en la constitución del aparato psíquico y los conflictos pulsionales.

Además del desvalimiento anímico, se ponen de manifiesto múltiples aspectos del desvalimiento psicosocial: situación de abandono temprana, pobreza, enfermedad orgánica incurable, pérdida de lazos sociales significativos, consumo de sustancias.

El psicoanálisis propicia la interrogación y búsqueda de sentido del sufrimiento, partiendo de la singularidad. No obstante, no puede olvidarse del contexto social en el que se inserta cada sujeto.

Existe una compleja tensión entre clínica y situación social, que cuestiona de manera permanente nuestra praxis y nos obliga a la evaluación y posibilidad de re-diseño continuo de las estrategias terapéuticas.

Bibliografía

Freud, S. (1984). Pulsiones y destinos de pulsión. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 14, pp. 105-134). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1915)

Freud, S. (1984). Más allá del principio del placer. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 18, pp. 105-134). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1920)

Freud, S. (1984). El Yo y el Ello. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 19, pp. 1-66). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1923)

Freud, S. (1984). Inhibición, Síntoma y Angustia. En J. L. Etcheverry (Traduc.), *Obras completas: Sigmund Freud* (Vol. 20, pp. 71-164). Buenos Aires: Amorrortu. (Trabajo original publicado 1926)

Goldberg, J. (2010) El procesamiento psíquico de la condición de infectado por el VIH en niños. En: R. Hirsch (Comp.) “*Aportes para mejorar y prolongar la calidad de vida de los niños y adolescentes afectados por VIH/sida de transmisión vertical*”, Recuperado de <http://www.publicaciones.ops.org.ar/publicaciones/otras%20pub/SidaPediatico.pdf>

Laplanche, J. y Pontalis J.-B. (1981) *Diccionario de Psicoanálisis* (3a ed.) Buenos Aires: Editorial Labor (Trabajo original publicado 1971)

Malinowski, M. (2008) Acerca de la vida onírica en pacientes con patología orgánica. *Revista Subjetividad y Procesos Cognitivos*, (11), 99-113.

Moreira, D. (1995) *Psicopatología y Lenguaje en Psicoanálisis. Adicciones – Psicósomática – Autismo*. Rosario: Homo Sapiens

Neves, N. y Hasson, A. (1994) *Del suceder psíquico. Erogeneidad y estructuración del yo en la niñez y la adolescencia*. Buenos Aires: Nueva Visión

Maldavsky, D. (1992) *Teoría y clínica de los procesos tóxicos*. Buenos Aires: Amorrortu.

Roitman, C. (1993) *Los caminos detenidos. Del desarrollo psíquico a la defusión pulsional*. Buenos Aires: Nueva Visión