

Carlos Tabbia

Aprendiendo de los supervisores

La afirmación de Freud de que “enseñar, analizar y gobernar” eran tareas imposibles no se ha confirmado plenamente, prueba de ello es el desarrollo del psicoanálisis mismo. Pero los cien años de su joven historia confirman que esas tareas sólo se ejercen superando dificultades; actualmente asistimos a una inespecífica “crisis del psicoanálisis” que, asumida como estímulo, redundará seguramente en nuevos vértices. Aquellas tareas aumentan en su dificultad cuando coexisten y han de ejercerse en instituciones que, además del desarrollo del psicoanálisis, están dedicadas a la formación de personas interesadas en su estudio y su aplicación.

En la comunidad psicoanalítica se está realizando¹ un continuado esfuerzo con la intención de esclarecer y resolver temas relativos a la formación en las instituciones; algunos de ellos son: el problema de la política en las instituciones (cf. el cap. “Clastrum y política”, Meltzer, 1994), la jerarquización de la formación psicoanalítica y su posible efecto inhibitor en los candidatos, la selección y evaluación de los mismos, el rol asignado a los candidatos en el complejo mundo de las instituciones, el peligro -tanto para el docente como para el candidato- de ceder a la tendencia de que el didacta “pigmaleonice” al candidato, la alteración del carácter del didacta en virtud de un cierto ejercicio de la función didáctica, o cómo contribuir para superar las espurias motivaciones y que se posibilite un verdadero proceso de aprendizaje, etc.

Como ejemplo de la preocupación por estos temas es sugerente el título del Pre-Congreso Didáctico de 1978 (Méjico): **“Patología del proceso didáctico”**. La iatrogenia de la formación o de las instituciones psicoanalíticas no sólo no puede ser ignorada, sino que debe ser asumida como un estímulo para el desarrollo del conocimiento psicoanalítico sobre las dinámicas institucionales, y para intervenir en aras a resolver las dificultades.

El acuerdo global de que la formación se realiza en base al análisis personal, los seminarios teóricos y clínicos y las supervisiones no implica que haya acuerdos en su “caracterización, ejecución, desarrollo, evaluación”, etc.

El terreno específico de la supervisión está abonado por diferentes temas y disputas que abarcan: desde el del análisis de control al de la supervisión; desde que el propio analista supervise a su analizado hasta el de la clara diferenciación de áreas y funciones; desde que el **supervisor pueda transformarse en el analista idealizado** hasta la diferenciación de que la contratransferencia se investiga en el propio análisis y la “contra

¹ Cf.: D. Meltzer (1971); M. Abadi, A. Hagelin, J. Smolovich (1978); M. Baranger, W. Baranger, J. Mom (1978); R. Piedimonte y otros (1978); Dupetit, S. (1981); O. Kernberg, (1996)...

identificación” proyectiva en la supervisión², etc.; otros temas relacionados con la supervisión y que no están resueltos son: el de las interferencias de la supervisión en el análisis o viceversa; el de la relación (¿de complementación, de colaboración, de rivalidad, de fiscalización, de interferencia?) del analista con el supervisor y viceversa; el delicado y no resuelto problema de la evaluación de los candidatos; el complicado problema del ejercicio de las funciones didácticas y las restricciones de las instituciones muy jerarquizadas que se deslizan hacia funcionamientos de Supuesto Básico, etc.

En la literatura sobre supervisión que he revisado³ observé que son los mismos supervisores quienes se interrogan sobre los temas antes mencionados, haciendo el esfuerzo de esclarecerlos, pero en general analizan los problemas de los candidatos, y no se toman a sí mismos como objeto de estudio.

En mi caso prefiero invertir la dirección de la mirada y, antes que como supervisor refiriéndome a los problemas de los supervisados desde la perspectiva de las instituciones encargadas de la formación y/o asistencia, prefiero mirar a los supervisores para tratar de aprender de ellos tanto a supervisar el material clínico, con el específico interés de comprender al paciente y por lo tanto a la dinámica entre paciente y terapeuta, como a comprender su rol y su tarea; en ese sentido me sentí muy reflejado en un analista didacta cuando, en un grupo de aprendizaje de la supervisión, le dice al coordinador, Dr. L. Grinberg (1986, p. 45), *“a mí me gustaría ver a través de este ejemplo de supervisión qué es lo que se enseña, cómo se enseña, cómo se aprende, qué es lo que se aprende, hacia dónde va dirigido el aprendizaje”*.

A dichas preguntas, asumidas por mí, agregaría otras: ¿qué relación hay entre **supervisión y el proceso creador** y la originalidad del supervisando?, y en particular **¿qué es lo que se supervisa?**; también sería necesario discutir la finalidad de la supervisión, sus límites, sus peligros; los requisitos para poder supervisar, etc.

Tan amplio deseo era imposible que tanto ese coordinador pudiera colmarlo en un seminario, como yo pueda abarcarlo en este trabajo. Tantos interrogantes y prevenciones no anulan la satisfacción implícita de colaborar en el proceso de aprendizaje para el desarrollo de la identidad psicoanalítica-psicoterapéutica.

Aprender

Frente al positivista planteo de **“ver para creer”** es válido reivindicar lo opuesto: “creer para ver”; pues la persona capacitada “ve” todo aquello que el profano ignora; por esa razón

² Esta diferenciación supone que el supervisando está en análisis durante la formación, pero el problema se complica en situaciones como las que describe Sedlak (1996) donde terapeutas sin la experiencia del análisis han de enfrentar los conflictos contratransferenciales sólo con la ayuda del supervisor. En mi experiencia como supervisor de un programa de asistencia comunitaria de psicóticos, encuentro de fundamental importancia el soporte de la supervisión para rescatar al equipo asistencial de reacciones contratransferenciales; y también percibo la diferencia de supervisar a los que tienen experiencia psicoterapéutica propia de los que la carecen, quienes quedan más expuestos a los conflictos contratransferenciales y, a su vez, tienen más resistencia a reconocerlos.

³ Cf.: L. Grinberg (1970, 1986, 1996); A. Perrotta (1978); H. Engelbrecht (1990); Sedlak, V. (1996). M. Martínez del Pozo (1996).

el microbiólogo descubre microorganismos en una gota de agua, y el experimentado hombre de campo sabe leer las nubes para anticipar el tiempo próximo, o la madre con *reverie* distingue ‘hambre’ de ‘angustia’ en el llanto de su hijo, y el psicoanalista descifra significados donde el paciente ve tonterías sin importancia. Ver, *insight*, supervisión, ojo clínico, mirada interior... usamos un lenguaje asentado sobre términos relacionados con imágenes visuales, y lo hacemos sabiendo que estamos denotando un factor de la función alfa (Bion, 1996, p. 242). **Desde la mirada se ha de caminar hacia la intuición para no quedar prisionero en las impresiones sensoriales de la memoria**; Bion (1996, p. 407) diferencia la “memoria” de la “evolución” la cual “se basa en una experiencia que no tiene bagaje sensorial, pero que se expresa en términos derivados del lenguaje de la experiencia sensorial.

Por ejemplo, ‘Veo’, queriendo decir que intuyo a través del medio de la impresión visual”. En otro texto, Bion (1974, p. 14) propone “utilizar el término ‘intuir’ como paralelo, en el dominio del psicoanalista, al uso de ‘ver’, ‘oler’ y ‘oír’, por parte del médico”.

Meltzer sugiere mirar las asociaciones del paciente como imágenes oníricas, aunque también advierte, en otro momento (Meltzer, 1968, p.146/7), que la captación visual del material no tendría que ir en desmedro de la “sensibilidad a los aspectos verbales del material de los pacientes”. El microbiólogo aprendió a mirar su objeto específico y entonces lo descubrió, y además aprendió a mirarlo con los instrumentos adecuados... entonces, porque aprendió, puede ver en el sentido de nombrarlo y poder avanzar hacia G en la tabla de Bion. Es necesario educar al ojo-clínico para ver-intuir, para que no caiga ni en la credulidad del ingenuo, ni en la visión parcializada del prejuicioso ni en la del fanático, ni en la borrosa del confuso, ni en la precipitación del ansioso; otra manera de expresar la misma idea es que se hace necesaria la capacitación para no permanecer en los niveles superiores de la Tabla de Bion ni deslizarse hacia la columna 6. La adecuada percepción del objeto es tarea tan compleja que toda la psicopatología psicoanalítica podría estructurarse en torno a los fracasos en la comprensión del objeto.

Aprender exige reconocerse ignorante. **“Sólo sé que no sé nada”** dijo el anciano Sócrates. Si se ha aprendido algo, con los años llega una cierta sabiduría.

Los consejeros de las tribus africanas, los senadores romanos, los ancianos, o, en nuestro ámbito, los psicoanalistas y los psicoterapeutas experimentados tienen un cierto “olfato”, un “ojo” clínico conseguido como premio por los muchos fracasos y esfuerzos; dicho ojo clínico les permite no desorientarse demasiado en las turbulencias emocionales; ellos habrían desarrollado esa capacidad que Bunge (1996, p. 172/3) llama **“frónesis”**: “La frónesis o sano juicio, aunque no nos permite decidir concluyentemente entre hipótesis, teorías o técnicas rivales, funciona **al modo de las musas de la antigüedad: parecería que nos soplara al oído** cuál de las alternativas es la más ‘razonable’ o la más viable [...] Claro que no hay musa para oído sordo.

En cualquiera de sus formas, una intuición muy desarrollada no es una facultad común a toda la especie humana ni es tampoco una característica innata de unos pocos privilegiados, sino que es **producto de la herencia, la observación, el aprendizaje, el**

pensamiento y la valoración”. Bunge da una explicación no psicoanalítica a ese “olfato” o frónesis que orienta en la investigación.

Nosotros sabemos que son los objetos internos quienes poseen la facultad de musitarnos al oído y orientarnos; objetos internos desarrollados en el Inter juego con el mundo de los objetos (herencia y aprendizaje). **Orientados por esos objetos internos desarrollamos la intuición; pero ésta se ve interferida por opacidades como la “memoria, deseo, comprensión...** Por lo tanto, he propuesto -dice Bion, 1996, p. 339- que el psicoanalista debería utilizar la intuición de modo que no se deteriore por la intrusión de la memoria, del deseo o de la comprensión”; entonces, para garantizar que las observaciones no se derivan de una “ecuación personal”, Bion señala la necesidad del análisis personal.

Meltzer (1998, p. 324) cree que “la función del análisis didáctico es desarrollar la intuición” y que “la contratransferencia es la manifestación típica de la intuición y de la imaginación inconsciente”. Con ese patrimonio interno podemos intentar descubrir lo in-visible, sabiendo que **“lo esencial es invisible a los ojos”** (Saint-Exupery). Vivimos en la paradoja de prepararnos para “ver” lo “in-visible”, o para intuir la realidad psíquica.

La relación supervisor-supervisando-paciente, o su ampliación hasta la Unidad de Supervisión (Martínez del Pozo, 1996), es un objeto-complejo de conocimiento al que es necesario reconocerle su singularidad para diagnosticarlo y abordarlo adecuadamente.

Para captar la naturaleza de esa relación y sus múltiples variables intervinientes es necesario capacitarse. Una de las maneras de capacitarse es aprendiendo de los supervisores -actuales y pasados-, mirando cómo lo hacen, qué dicen, qué destacan, qué omiten, qué actitud mantienen ante el supervisando -en relación a la contratransferencia o contra identificación proyectiva-, etc.

Para acercarse a la mirada que emerge desde la contratransferencia del supervisor sólo es posible el camino de la imaginación. La conjunción del desarrollo de la intuición y de la imaginación crea el basamento adecuado de toda actitud epistemológica y de la tarea supervisora, apoyada siempre en los conocimientos teórico-técnicos específicos y en una amplia formación cultural.

Aprender del supervisor.

El supervisor es una pieza clave en la construcción de la identidad psicoterapéutica psicoanalítica⁴. El supervisor entra a formar parte de dicha identidad por vía de identificación introyectiva o narcisista. El acceso introyectivo se realiza: desde la asimilación de características parciales tanto de los supervisores como de los maestros habidos en la vida; desde la identificación con la actitud buscadora de verdad del propio analista, y por extensión transferencial, de la del propio supervisor; y desde la asimilación de las **funciones**

⁴ Sedlak , V. (1996) aunque restringe la identificación sólo a los supervisores y analista, no incluyendo otras figuras de las que hemos recibido a lo largo de la vida, expresa un concepto semejante al mío: “Para ser capaz como supervisor creo que uno tiene que tener una buena relación interna con sus propios supervisores y con su analista, pero estas relaciones serán aspectos de su relación interna con la propia disciplina Una buena identificación con esas figuras incluirá el deseo de hacer psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica intensiva”, a lo cual agregaría: supervisión o ayudar en el proceso de aprendizaje de la psicoterapia, o de cualquier disciplina porque sin identificación con las funciones parentales difícilmente se puede ser un buen docente.

parentales (generar amor, fomentar la esperanza, contener el dolor y estimular los intereses⁵) esenciales para sostener un proceso de aprendizaje.

Tanto como las identificaciones introyectivas, todo proceso de aprendizaje conlleva una primera etapa de **identificaciones narcisistas** (identificaciones adhesivas) como preludio al desarrollo de una propia identidad. El amplio terreno del aprendizaje se balancea entre las **lúdicas experiencias “como si”** y las **incorporaciones nucleares, creando las primeras una alteración brusca de la propia identidad, mientras que las segundas, lentamente, aportan la inspiración de las cualidades identificadas. Un buen proceso de aprendizaje se puede evaluar por las manifestaciones (rigidez, adecuada parcialidad, dogmatismo, prudencia, valentía, etc.) de los diferentes tipos de identificaciones.**

El supervisor es un **especialista** con suficiente **frónesis** como para orientarse y “ver” el *quid* de la cuestión y que, al mismo tiempo, puede ayudar al supervisando a no quedar perdido en el bosque de los detalles. Un especialista es aquel que, después de ejercer mucho el análisis llega a desarrollar una **rica capacidad de síntesis**; de hecho, el trabajo clínico es un constante ejercicio de análisis-síntesis con el objetivo de intervenir y provocar un cambio, y que torna especialista al que es fiel a la práctica clínica.

Pero con la práctica no basta para adquirir la especialización, para ello es necesario el esfuerzo teórico y la **investigación continuada**. Un buen supervisor habría de disponer de las cualidades que **Bunge (1996, p. 149) atribuye al maestro: “Un buen maestro proporciona una imagen global del tema y muestra el peso relativo de las partes”,** pero es necesario reconocer que no son muchos los supervisores ni los maestros “que adquieren a la vez una gran destreza analítica y un gran poder de síntesis. Lo más frecuente es que o bien pulamos hábilmente una modesta idea, o bien andemos a tientas en medio de una grandiosa visión inmadura.

Sólo los genios tienen grandes visiones y las desarrollan”. En la corta historia del psicoanálisis no ha habido muchos creadores de ideas nuevas, aunque sí ha habido muchos y buenos aplicadores que desarrollaban las geniales intuiciones de los grandes maestros. La aplicación de los grandes descubrimientos psicoanalíticos al campo de la salud y de la cultura es tanto una necesaria contribución de la investigación psicoanalítica como una respuesta responsable a las necesidades sociales.

Así como hay diferentes especialistas (según el grado de desarrollo de la capacidad analítica o sintética, o de la dedicación a la investigación y/o aplicación), también existen tipos de creadores que me sugirieron distintos tipos de profesionales y de supervisores. “En lo que atañe a la creatividad, -afirma M. Bunge, 1996, p. 161/2- los pensadores pueden ser clasificados en las siguientes especies: **a) críticos destructivos**, es decir, personas capaces de encontrar errores en el trabajo ajeno pero incapaces de reemplazar lo viejo y deteriorado por algo nuevo y mejor; **b) aplicadores**: individuos capaces de utilizar las teorías y técnicas existentes para la solución de problemas específicos, sean cognoscitivos o prácticos; **c) perfeccionadores**, críticos constructivos que son capaces de extender o refinar los instrumentos conocidos, aunque siguiendo las mismas líneas generales; **d) creadores de**

⁵ Cf.: Meltzer-Harris (1976).

problemas nuevos, conceptos nuevos, teorías nuevas, métodos nuevos e incluso nuevas maneras de pensar.

La ciencia, la técnica y las humanidades los necesitan a todos” y el psicoanálisis también. Una institución con estos diferentes tipos de creadores puede desarrollarse y puede confiar en su capacidad de atender responsablemente las demandas de formación.

Sentido común

Las dificultades de la observación se amplían cuando el objeto de conocimiento es la mente humana en desarrollo; pero esa dificultad se asienta en “**las limitaciones de la mente** humana, incapaz de ver más que una pequeñísima porción de la totalidad de los hechos, y propensa a atribuir a dicha porción una relación intrínseca consigo misma, mientras sólo se trata de la relación que cada hecho tiene con las capacidades del observador humano” (Bion, 1996, p. 45/6); esas limitaciones se incrementan cuando las teorías obstaculizan “la experiencia emocional de la sesión” (idem, p. 408).

La tarea epistemofílica del terapeuta requiere transcender las limitaciones para adquirir una aprehensión de **la persona**. El terapeuta sabe que sólo conoce una pequeñísima porción de los hechos y que un solo sentido ciega, que “uno no ‘ve’ (siente, toca, huele, etc.) la ansiedad” (idem, p. 409), pero la observación de un objeto desde varios sentidos permite su aprehensión. Bion rescata al desvalorizado concepto “sentido común”, que como sabia y popularmente se afirma, no es el más común de los sentidos.

El sentido común, comúnmente, está desvalorizado hasta equipararlo a pre-juicio u opinión superficial. Sentido no es equiparable sólo a “originado desde la experiencia sensible” sino fundamentalmente al de “significación”. “Como un criterio para determinar lo que constituye una experiencia sensible propongo -dice Bion, 1966, p. 28- el sentido común con el significado que le he dado en alguna parte, especialmente el de algún ‘sentido’ que es común a más de un sentido”; la “comunidad” del sentido-significado es comparada por Bion (1996, p. 29) a las correlaciones de los científicos.

Pero el juicio de realidad no se basa sólo en el sentido común; “en su trabajo anterior (*Elementos*), había asignado -dice Meltzer, 1990, p. 75- el juicio de la realidad (por un lado) a la operación del ‘sentido común’, (es decir, la correlación de los sentidos a nivel de la experiencia emocional observada y elaborada por la función alfa) y (por otro) a la diferenciación entre consciente e Inconsciente efectuada por la ‘membrana’ de la ‘barrera de contacto’ creada por la función alfa.

Ahora propone un nuevo sentido, un agregado: la idea de la visión binocular. Tal vez pueda ser efectuada a través de transformaciones (¿función alfa?) de la experiencia emocional contemplada desde diferentes puntos de vista (vértices) que puedan ser correlacionadas”. Así como el sujeto puede aprehender al objeto desde sus varios sentidos-sensibles y vértices, transformados por la función alfa, varios observadores pueden alcanzar un sentido-significado común-correlacionado de un objeto. El común sentido de un paciente alcanzado por las transformaciones de varios supervisores es lo que se puede obtener al someter un material clínico a las miradas no monoculares.

La “multivisión” de varios supervisores y la convergencia o correlación de hipótesis para un común-sentido no es sólo una validación del pensamiento psicoanalítico, sino también la oportunidad de aprender de los supervisores a supervisar. Pero este aprendizaje se realiza regularmente a través de la experiencia directa de las supervisiones regulares (del período de formación y posterior) como a través de las supervisiones publicadas en las revistas especializadas⁶. Así como “el doloroso estado de incertidumbre en cuanto a la congruencia de la forma externa de los objetos (la belleza del mundo) y las cualidades interiores enigmáticas se defiende escindiendo la respuesta apasionada” (Meltzer, 1988, p. 494/5), el proceso inverso de integrar los aportes individuales de la visión de un material clínico permite la organización y emergencia de una imagen más rica de una persona, y despierta una respuesta también apasionada.

Cada uno de los cuadros de la catedral de Rouen pintados por Claude Monet nos tornan más enigmática y atractiva esa vieja catedral. Cada supervisor mira el encuentro clínico en distintas horas del día, pero siempre mira al mismo objeto; y al finalizar el día, recogiendo los cuadros, en el interior emerge otro cuadro, el que surge en el terapeuta. Todos los cuadros de Monet son verdaderos, sólo hay diferencias de colores, como en las supervisiones cuando los supervisores saben pintar⁷, y el terapeuta ha ofrecido el estímulo de sus sentidos comunes del encuentro para recibir la ayuda -función alfa- del supervisor y entonces descubrir el sentido común de su paciente.

En este trabajo me referiré a un paciente al que sometido a la **multivisión de varios supervisores**. He tenido la oportunidad de presentar mi paciente Arnaldo a cuatro experimentados supervisores, los doctores **Ramón Bassols** (Sociedad Psicoanalítica Española), **Horacio Etchegoyen** (APdeBA), **Alberto Hahn** (Sociedad Británica de Psicoanálisis) y **Joyce McDougall** (Sociedad Psicoanalítica de París) y he recibido visiones psicoanalíticas convergentes que han enriquecido mi visión de Arnaldo. Utilizaré el material de esas supervisiones para satisfacer el deseo de aprender de los supervisores a supervisar. Los aportes de los diferentes supervisores serán presentados con sus iniciales⁸. Una limitación metodológica de este trabajo reside en que los cuatro supervisores no dispusieron del mismo material clínico, porque se supervisó por el deseo de aumentar la comprensión, y no existía el proyecto de este trabajo tardío; sin embargo, a cada supervisor se le presentaron las **entrevistas iniciales** (con mayor o menor extensión) y en algún caso se les presentaron las mismas sesiones. Los supervisores contribuyeron, como distintas pinceladas a hacer aparecer la personalidad de Arnaldo; no encontré ningún aporte que resultara contradictorio o excluyente con otro.

La breve historia que presentaré de Arnaldo, fruto del material recogido durante los muchos años de tratamiento, sólo intenta tornar significativos los aportes de los supervisores.

⁶ La revista de APdeBA, *Psicoanálisis*, edita supervisiones de destacados psicoanalistas, por ejemplo, Betty Joseph, André Green, Donald Meltzer, Joyce McDougall, etc.

⁷ Una de las tareas recomendadas a los estudiantes de bellas artes es acudir a las pinacotecas... Picasso miró tanto a Velázquez que compuso “sus” Meninas.

⁸ Dr. R. Bassols: **R. B.**; Dr. H. Etchegoyen: **H. E.**; Dr. Alberto Hahn: **A. H.**; Dra. J. McDougall: **J. M.**

Arnaldo es un adulto joven que consultó **por problemas relacionados con su trabajo, la dificultad de estabilizar una pareja y resolver la relación con sus padres.**

Pertenece a una familia numerosa y muy religiosa; cuando nació Arnaldo, su madre estaba deprimida porque acababa de perder a su querida tía, que la había criado. Su padre, un severo industrial del norte, y que era muy admirado por mi paciente, había empezado un deterioro neurológico poco antes de acudir Arnaldo en busca de ayuda, manifestando que sus problemas se manifestaban al ritmo del deterioro paterno. Arnaldo desarrolló, poco después de nacer, **una dermatitis atópica crónica**, que le provocó una necesidad irrefrenable de rascarse durante casi toda su vida. Tuvo una infancia y adolescencia caracterizada por accesos asmáticos, enuresis, fobias, rituales obsesivos -ligados a la evacuación- y dificultades ligadas a la separación del hogar paterno. Las ansiedades hipocondríacas lo acompañaron siempre. A poco de iniciarse el tratamiento Arnaldo experimentó una grave crisis que se resolvió con el análisis de una transferencia hostil, paranoide. Gracias al proceso terapéutico pudo construir una familia, donde la convivencia con su esposa, su suegra y los hijos oscilaba entre momentos integrativos y des integrativos. Su vida profesional evolucionó desde la incapacidad para ejercerla hasta niveles que le otorgan satisfacción en el ejercicio de la misma y le permite mantener a su familia con cierta holgura. Siempre tuvo grandes dificultades para aceptar la realidad psíquica.

El paciente psicossomático, como Arnaldo, tiene tantos órganos desde los cuales habla de sí mismo que, aunque se lo observe en distintos momentos del proceso terapéutico, se lo puede abarcar unitariamente desde la multi-visión de varios super-visores. Agruparé los aportes de los supervisores en aquellos temas presentes en la mayoría de las supervisiones y que confeccionarán una especie de guía/modelo de los *items* de una supervisión.

Los supervisores enseñando.

El supervisor siguiendo el material con atención libre flotante (Engelbrecht, 1990, p. 81) y tratando de olvidar todo lo sabido para que funcione la intuición (Bion, 1991, p. 100) intenta descifrar los atisbos de verdad que se ocultan tras las ramas del bosque de las asociaciones para construir una hipótesis (Cruz Roche, 1988, p. 527).

Pero si bien todos los supervisores coinciden con estas afirmaciones, cada uno **tiene un tiempo y un modo para enfrentar el material** con su peculiar estilo; del mismo modo que cada supervisando presenta el material en su peculiar modo, así mientras unos presentan una entrevista diagnóstica o una sesión de tratamiento, otros hacen una síntesis con la intención de presentar el caso, convirtiéndose siempre la presentación en una asociación libre en busca de interpretación. La posibilidad de la interpretación-comprensión no deja de despertar resistencias en el supervisando; a veces, se presenta material tan elaborado con construcciones teóricas que sugeriría que se ha presentado el material buscando la aprobación del supervisor o para “coaccionar” al supervisor para que vea el material de modo semejante al que lo presenta. El modelo teórico del supervisor de lo que ha de ser una supervisión determinará sus intervenciones, centrándola sólo en el paciente o, también, en el supervisando.

En el caso de Arnaldo, **R. B.**, partió del análisis de la secuencia de la entrevista, mientras que **J. M.** esperó a tener y completar en su mente suficientes datos de la historia hasta que dijo: “ya tenemos muchos pensamientos acerca de Arnaldo. Ahora haré algunas hipótesis de asociación libre”. **H. E.**, en cambio, analizó la entrevista a partir de un incidente que se produjo al acordar telefónicamente la hora de la primera entrevista. Creo que la mayor diferencia entre los supervisores sobre los modos de comprender el material radicaría, en este caso, en la mayor o menor importancia, siempre relativa, otorgada a los acontecimientos

- del **mundo externo** (por ejemplo, para **J. M.** la depresión de la madre de Arnaldo en los primeros meses de vida fue muy importante en la configuración de una deficiente relación madre-hijo; para **H. E.** los celos provocados por el nacimiento de los hermanos fueron un elemento muy significativo en la hostilidad de Arnaldo hacia los padres) o a los

- del **mundo interno** (las fantasías intrusivas sobre el objeto [**R. D.**] o la identificación con el objeto moribundo [**A. H.**]). Tal vez una mayor presencia de un modelo freudiano en **J. M.** y **H. E.** y kleiniano en **R. B.** y **A. H.** marcarían la diferencia en el modo de abordar el material clínico. Es imperioso recordar que las diferencias que atribuyo a los supervisores al agruparlos son relativas, pues como los colores usados por Monet eran siempre los mismos pigmentos y aceites, aunque sólo combinados en proporciones diferentes.

Pero si bien los puntos de partida (tanto del material clínico como de los modelos teóricos de los supervisores) pueden ser distintos, todos avanzaron en

- el análisis del **estado de los objetos** (externos, internos, totales, parciales, buenos, malos, preservados, atacados [por ejemplo **A. H.** preguntaba: “¿qué tipo de objetos internos tiene? porque atacando-rascando al objeto y llenándolo de todos sus objetos destruidos...”]) y en

- el análisis de **la relación** que se establece **entre los distintos objetos** históricos de Arnaldo, y en

- el análisis de la **repetición** transferencial con el terapeuta (sobre todo en **R. B.** y **A. H.**) o con su esposa e hijos⁹ (principalmente **J. M.**). Por ejemplo, para **J. M.** la situación mental de Arnaldo estaba relacionada con una **constelación de objetos que se iniciaba con los abuelos muertos**.

Ligado al estado de los objetos se analizó el **tipo de identificaciones** narcisistas (sobre todo **R. B.** y **A. H.**) y edípicas (**J. M.**, comienza analizando las edípicas y termina en las narcisistas; **J. M.** destaca el contraste entre las identificaciones de Arnaldo y la imagen que presenta de su padre), habiendo una coincidencia entre todos de que, debido a la deficiente resolución del vínculo primario, no ha alcanzado aún una identificación masculina.

En algún momento de la supervisión emerge una **valoración diagnóstica** (“paciente muy enfermo” [**H. E.**], “caso difícil por su personalidad narcisista” y “persona intrusiva que oscila entre la voracidad y la anorexia” [**R. B.**], “paciente psicossomático” que tiene un “sistema defensivo de tipo hipocondríaco como sustituto de la fobia, y que es una protección contra la desintegración psicótica” [**A. H.**]) o una **caracterización del estado en que se**

⁹ Esposa e hijos sobre los que solía proyectar sus objetos persecutorios.

presenta en las primeras entrevistas (“se presenta como un niño que no se decide a vivir solo, tener una novia y que realiza un trabajo inferior a sus posibilidades” [J. M.]; “manifiesta una sexualidad polimorfa adolescente que le lleva a establecer relaciones de las que saca muy poco provecho por su voracidad, queriendo controlar más que relacionarse” [R. B.]; “es una persona que desaprovecha las oportunidades que se le ofrece” [H. E.]; A. H. y R. B. coincidieron en la dificultad que tuvo desde pequeño y que perduraba en ese momento, de elaborar las pérdidas). J. M. destacó, en otro momento, que “sus funciones corporales están muy erotizadas en la relación con la madre”.

En otro momento los diferentes supervisores miraron la **relación terapéutica** y el uso que el paciente hace del objeto-tratamiento y de las interpretaciones, y las respuestas dadas a las interpretaciones; H. E. señalaba que Arnaldo descalificaba la interpretación y destacaba el valor fáctico que le asignaba a las interpretaciones, mientras que A. H. destacaba el **efecto balsámico** que tenía la relación con el terapeuta, porque al hablarle se ponía una distancia a sus problemas y así se evitaba que él se sintiera atacado por los problemas, con lo cual no se desbordaba necesitando hablar con otros, pudiendo retenerlos en su interior. Para J. M. cuando **el analista hablaba Arnaldo dejaba de rascarse porque cuando el terapeuta hablaba estaba la pareja parental (esto es transferencia materna y paterna) conteniéndolo**.

Probablemente por la propia psicopatología de Arnaldo -su dificultad para separarse- se planteó en varias supervisiones **el tema de la terminación del tratamiento**, y todos coincidieron en la necesidad de seguir trabajando como se lo estaba haciendo, porque no se habían resuelto confusiones geográficas y zonales, aunque uno de los supervisores lo veía más cerca del umbral de la posición depresiva.

Todos los supervisores convergieron en el tema nuclear: el vínculo madre-hijo del paciente psicosomático, convalidando tanto la visión psicoanalítica como la comprensión de Arnaldo. Desde lo señalado por R. B. de su modo intrusivo de relación con el objeto primario, hasta lo afirmado por J. M. de “...**que hay una sola piel, un cuerpo para ambos -Madre-hijo-**”, todos coincidieron en la presencia de un núcleo psicótico que pugnaba por emerger: el deseo de restablecer una fusión con la madre y cómo el tratamiento estaba cumpliendo una **función paterna interdictiva**. Pero si bien todos los supervisores me condujeron a la comprensión nuclear de Arnaldo, cada uno hizo **aportes sobre algún aspecto del material clínico**, que paso a presentar.

Primero agruparé los síntomas más narcisistas, expresados a través del cuerpo (eccema, la compulsiva conducta de rascarse, y los accesos asmáticos), después haré referencia a síntomas más neuróticos (significado de su enuresis en la infancia y de los rituales obsesivos en su adolescencia), para terminar, refiriéndome a la repetición transferencial de sus aspectos narcisistas y neuróticos.

Eccema: Para J. M. es una evidencia de conflicto en la primera relación con una madre deprimida, agobiante (la abuela materna había muerto siendo muy pequeña la madre de Arnaldo) y sobreprotectora (frente a la envidia del pene de su primer hijo varón). A. H. recordó que el prurito puede enloquecer pues es el tipo de experiencia que, si no lo controlas con antihistamínicos, sedantes, barbitúricos, te puede volver loco, porque te rascas

y va apareciendo por todas partes, como el “tinnitus” (escuchar un sonido que no proviene del afuera) que puede llevar a la desintegración... **A. H.** consideraba que Arnaldo no sólo tenía el temor de que los problemas se le metieran dentro y le rajaran la piel y la mente (fragmentación psicótica), sino que también tenía un trastorno del pensamiento.

Rascarse: Para **J. M.** el rascarse era un recurso para comprobar la integridad del cuerpo, por ese motivo, cuando el analista le hablaba no necesitaba rascarse; en cambio para **A. H.** el rascarse era un derivado masturbatorio, siendo, además, una forma de operar de la identificación proyectiva para deshacerse de un estímulo, y que lo que subyacía era el temor a la desintegración psicótica. **A. H.** y **J. M.** coincidieron en el pronóstico de que su piel o sus órganos hablarían siempre. También coincidieron en la vinculación del rascarse con la desintegración, pero mientras en **J. M.** el rascarse era para comprobar que la desintegración no se había producido, en cambio, en **A. H.** era para eliminar el dolor mental-corporizado y expulsado evitar así la desintegración.

Asma: Para **J. M.** las crisis asmáticas se producían cuando se separaba de la madre y la madre de él; el ataque de asma, como el de agorafobia, son un modo de apelar a la madre omnipotente, pero también un temor a verse absorbido dentro de ella. **A. H. E.**, en esa oportunidad, se le había presentado un material donde aparecía un sueño: “*un chófer lo hacía bajarse antes de tiempo de un coche y Arnaldo se sintió enormemente enfado*” y despertó con un ataque de asma¹⁰... entonces **H. E.** afirmó: “el ataque de asma clásicamente se lo vincula con el conflicto con la madre, dependencia de la madre y en este caso está muy claro. Habría que ver si separarlo del análisis (hacerlo bajar del coche) le provocó esta rabia que le cortaba la respiración, y si esto podría estar relacionado con experiencias muy tempranas de rabietas infantiles o, la otra alternativa, como dijo el analista en otro momento, la de meterse masivamente dentro y el precio que paga es el ahogo”.

Enuresis: **J. M.** señaló las fantasías sádicas y eróticas de ataque a ambos padres a través de la enuresis y como expresión del deseo de mantenerlos separados.

Rituales obsesivos ligados a la evacuación: **J. M.** los interpretó como una defensa para pedir perdón por su relación con la Madre-virgen y por fantasías sexuales primitivas, propias de un Edipo primitivo y confuso. **H. E.** relacionó los rituales con los celos fraternos y la castración según la ecuación heces-bebés-penes.

Función del tratamiento: incluyo este apartado por la significación que tenía el tratamiento para Arnaldo, quien, a su vez, periódicamente expresaba el deseo de terminarlo. Según **J. M.**, dada la gravedad psicopatológica de Arnaldo y en tanto que su “piel hablaría siempre”, haría pensar que necesitará siempre al analista para que intercepte -desde la función paterna- esos psicóticos **deseos de fusión con el objeto primario**. De igual modo, **A. H.** consideraba que Arnaldo dependía del analista “como del tubo de oxígeno” y que “él querría quedarse toda la vida con el analista” y que quizás la única manera de resolver esta situación sería que “el análisis contuviera un brote psicótico” que le permitiera separarse y tener su piel. Cuando supervisé con **H. E.** me estaba planteando aceptar su pedido de terminación con la intención de ‘ayudarlo’ a separarse; entonces **H. E.** consideró que los

¹⁰ Que denunciaría un fracaso de la función onírica.

logros obtenidos eran satisfactorios, pero remitían a logros en el mundo externo (coincidiendo con **J. M.** en que la función contenedora del “*setting*” lo tornaba más neurótico -pudiendo conseguir: pareja, familia, profesión-) propio de un exitoso tratamiento psicoterapéutico, pero que para un tratamiento psicoanalítico habría de aumentarse el número de sesiones y enfrentarlo con todo el dolor de la separación. Para **H. E.** “la decisión de ‘ayudarlo’ a separarse es más propia de una actitud psicoterapéutica, no psicoanalítica; pues la actitud psicoanalítica es la de interpretar lo que al paciente le pasa, nada más, **no la de ayudarlo...**” ¿??

Las multivisiones funcionaron como lente de aumento y crearon un sentido común que hicieron diana en el mismo núcleo y cada supervisor enriqueció la comprensión de Arnaldo. Los acentos en los aspectos más narcisistas o más neuróticos van decantándose hasta lograr una imagen más compleja y verdadera del paciente, adquiriendo cada aporte su peso relativo. Después de tantos aportes analíticos presentados aquí esquemáticamente y de todo el conjunto de aspectos recogidos en las supervisiones y en mi experiencia directa con él, el **sentido común** que se impone es el siguiente: **su relación con el objeto primario no está resuelta porque sólo quiere permanecer fusionado a él para controlar tanto el coito parental como a los hermanos externos y a los internos (celos delirantes); su cuerpo-piel confundido con la madre es agredido compulsivamente mediante el rascarse y ensuciado mediante la evacuación y los ataques masturbatorios; ese objeto materno dañado no puede llegar a ser restablecido e internalizado, con lo cual no se puede separar del objeto materno y acceder a la triangularidad edípica.**

Tanto si se confunde con el objeto como si se aleja de él se ahoga. El central uso de la identificación proyectiva es empleada al servicio de satisfacer el impulso intrusivo de confundirse con el objeto y, también, de desprenderse de aquellos estímulos que le incrementan un estado de ansiedad que lo amenaza con la desintegración. Pero la identificación que logra es efímera cuando no falsa, pues está basada en la identificación proyectiva/intrusiva, no en la introyectiva, y el objeto con el que se identifica está estropeado, agujereado, por lo tanto, es poco continente. El uso que hace del tratamiento y de las interpretaciones es doble: por un lado, le permite alejar el sentimiento de amenaza a la desintegración, pero, por otro, al propugnar su desarrollo mental hace que emerja el temor a la separación con el deseado-temido final del tratamiento, propiciando entonces el deseo de mantener una relación eterna con el terapeuta. La relación con el terapeuta le permite alcanzar logros en el mundo externo, pero al no poder resolver la relación introyectiva con el objeto primario y/o con el objeto combinado, ni acceder completamente al Edipo, no puede ni enfrentarlo ni resolverlo y así lograr su identidad masculina.

El sentido común creado a partir de la común visión de los supervisores es eficaz para comprender al paciente y a la relación con el paciente. Pero para que el supervisando no se confunda, necesita tomar distancia frente a los aportes, estudiarlos, asimilarlos, integrarlos, dormirlos, soñarlos y olvidarlos... para que el encuentro con el paciente siga siendo posible.

Conviene tener presente que siempre se supervisa material viejo y que el próximo encuentro con el paciente será nuevo, original... si vamos sin hipótesis o preconceptos. “Darwin tenía la opinión de que el juicio era perjudicial para la observación” afirma Bion (1996, pág. 409).

La supervisión es un espacio para el aprendizaje teórico-clínico a partir de material viejo... y para que se produzca un verdadero proceso de aprendizaje es necesario que transcurra cierto tiempo de decantación, para no saturar la relación con el paciente, no sea que la memoria impida la evolución.

Creo que resulta enriquecedor releer las supervisiones después de transcurrido cierto tiempo, porque con la perspectiva de la supervisión se ilumina lo que ha sucedido en ese tiempo pasado y así se va uniendo la teoría con la práctica. Depende de la habilidad del supervisor el graduar las explicaciones según el grado de formación del supervisando; pues **cuanto más inexperto sea más intrusiva puede ser la supervisión.**

Si uno pudiera construir la “imagen ideal” del terapeuta y del supervisor creo que éstos tendrían que disponer de:

1. La comprensión global del paciente y el significado relativo de los síntomas que ofreció **J. M.**
2. La intuición clínica expresada por **R. B.**
3. **El análisis del vínculo y la secuencia transferencial manifestada por A. H.**
4. La graduación de las interpretaciones enseñado por **H. E.** Supera la extensión de este trabajo el referir los destacados aportes sobre las interpretaciones que realizó el mismo **H. E.**

Con estas cualidades y los *items* reseñados previamente se podría supervisar sin traicionar el material clínico y con la garantía de que cada supervisión sería una nueva creación pictórica, que nos acercaría a la verdad. Pero para lograr esa captación del objeto es necesario tolerar el estado de incertidumbre y huir de las interpretaciones o hipótesis precipitadas que sólo pretenden evitar el dolor mental. La **tolerancia a la incertidumbre** es una de las cosas más difíciles de enseñar en las supervisiones, sobre todo si el paciente es particularmente ansioso, como era el caso de un joven psicólogo al que supervisé en sus inicios, quien más que escuchar a su paciente lo atropellaba con preconceptos que creaban una turbulencia negativa.

Algunas condiciones para las supervisiones.

Estas cuatro supervisiones fueron desarrolladas en cuatro circunstancias distintas: una fue individual, otra en un pequeñísimo grupo estable por años, otra en un grupo privado muy estable y otra en un grupo de colegas convocados con motivo de la visita de un especialista. Sería interesante, pero excesivo para este trabajo, comparar las diferencias entre los tipos de espacios de supervisión. Según mi experiencia, a menor tamaño mayor intimidad y posibilidad de analizar implicaciones personales del terapeuta y de que éste pueda plantear sus dudas teórico-prácticas; a mayor tamaño pueden recogerse más aportes

pues los integrantes del grupo aportando sus preguntas (surgidas tanto desde los nobles deseos de aprender, como de los de competir con el supervisando y/o el supervisor) dejan semillas de nuevos ángulos de visión del material clínico.

A. Aberastury (cf. Grinberg, 1986, p. 10) proponía un plan para la formación a través de la supervisión que implicaba una **“gradual transmisión del conocimiento, estimulando el desarrollo de capacidades. Señala también tres épocas en el proceso de supervisión.** En la primera época prefiere centrar la enseñanza en el manejo de la transferencia y de la contratransferencia. En la segunda época enfatiza los conceptos básicos en el análisis de una sesión tomada en detalle y globalmente, **poniendo el acento en el desarrollo de la capacidad de observación y la formulación de las interpretaciones. En la tercera época incluye la sesión con el desarrollo total del caso y la orientación en la elaboración de un historial”.** Probablemente para el plan propuesto por Aberastury sea más adecuada una **supervisión realizada individualmente**, mientras que para la comprensión global teórico-clínica del caso pueda ser más enriquecedor el trabajo en grupo, tanto porque puede estimular más al docente como por los aportes de los distintos integrantes del grupo percibidos como co-supervisores. Tal vez, para el aprendizaje de la conducción de un caso pueda ser más adecuada la supervisión individual, pero para la comprensión del caso es, también, muy enriquecedor la **multivisión de varios supervisores, construyendo un sentido común.**

No creo que supervisar con otro supervisor sea una interferencia o un obstáculo para el seguimiento continuado de un caso con un mismo supervisor; tal vez sea más problema para el supervisor, en tanto tema ser comparado con otro colega. Pero si la supervisión se realiza con un supervisor con un marco conceptual muy distinto puede suceder que no se comprenda toda la dimensión del discurso y que se convierta más en un ruido que en un aporte a la relación paciente-terapeuta.

La relación supervisando-supervisor está también expuesta a las resistencias frente al dolor mental implícito en todo proceso de desarrollo. En ese sentido, la supervisión se torna imposible si los participantes de la supervisión cayeran en una colusiva renuncia en la búsqueda de la verdad, y se instalaran en la construcción de un pensamiento monolítico, monocular; esto solo tendría la ventaja del sentimiento de seguridad que abriga al fanático. Otro de los peligros que acechan a la supervisión es que la ansiedad del supervisando fuerce la decisión del supervisor a mostrar lo que está pasando y se convirtiera en un distribuidor de clisés, consejos o recetas; tal vez, esto puede aliviar momentáneamente una situación compleja, no siendo más que un paliativo ante la tarea de soportar la ignorancia.

Termino este apartado citando a Baranger y Mom (1978, p. 188): “El supervisor opta entre dos soluciones: **enseñar al supervisado su propio esquema referencial (que se reduce así a un conjunto de recetas técnicas) o a tratar de ayudar al supervisado a que amplíe y cuestione el suyo propio. (...) O buscamos loros repetidores, o buscamos analistas capaces de descubrir por sí mismos.**

Esto último no se enseña: acaso podemos proporcionar las bases para que pueda ocurrir; lo que no podemos es fabricarlo”. La mejor base es aprender a buscar, a encontrar nuevos interrogantes más que a saturar.

Los supervisores de Arnaldo mucho me enriquecieron y desde sus aportes pude seguir pensando... pero, no es vano destacar que el único que conoce a Arnaldo, desde el ángulo psicoanalítico, es el propio terapeuta; por eso creo que un buen destino de la supervisión sería la de olvidarla, de lo contrario el terapeuta se podría convertir en un irresponsable intermediario entre un sabio supervisor -que no conoce al paciente- y el paciente, quien estaría recibiendo teorías, que no pensamientos, de alguien a quien nunca ha visto ni ha confiado sus secretos; en cierto modo, sería iatrogénico al estilo de recibir el pezón de una madre triste mientras ella está pendiente de su madre muerta. La supervisión se desvirtuaría si ocupara un inapropiado lugar en la íntima relación terapéutica.

Termino evocando a Meltzer (1990, p. 148)¹¹ cuando dice:

“El sabor emocional de nuestras pasiones, del temor admirativo y el asombro, seguramente se agotan con el tiempo. No me refiero a la educación del niño que aplasta la pasión dentro y fuera de la familia, de lo que tiene una posibilidad de recuperación en la adolescencia. Hablo, más bien, del **rellenado del aparato de interés y cuestionamiento que va realizando el bombardeo de explicaciones** al que estamos sometidos, actualmente por la ciencia, como por la religión en el pasado. El tipo de descubrimiento de doble hélice **disipa la ‘nube de ignorancia’; el cansancio y el ansia de confort se esfuerzan por alcanzar esos bocados explicativos, sin darse cuenta de que la pequeña cantidad de alimento que ofrecen va acompañada de una fuerte dosis de indolencia de loto. Mientras que ver con ojos apasionados es ver la Poesía...**”

La supervisión tiene sentido cuando facilita el surgimiento de alguna poesía, y cuando el aprender de los supervisores se torna una experiencia estética.

Referencias:

- Abadi, M., Hagelin, A. y Smolovich, J. (1978): “Los gnósticos y el conocimiento mágico”, *Rev. de Psicoanálisis*, APA, XXXV, Nº 1, 177-179.
- Baranger, M., Baranger, W. Mom, J. (1978): “Psicopatología del proceso didáctico”, *Rev. de Psicoanálisis*, APA, XXXV, Nº 1, 181-190.
- Bion, W.R. (1966): *Elementos de Psicoanálisis*, Ed. Hormé, Bs.As.
- Bion, W.R. (1974): *Atención e interpretación*, Ed. Paidós, Bs.As.
- Bion, W.R. (1991): *Seminarios de psicoanálisis*, Ed. Paidós, Bs.As.
- Bion, W.R. (1996): *Cogitaciones*, Ed. Promolibro, Valencia.
- Bunge, M. (1996): *Intuición y razón*, Ed. sudamericana, Bs.As.
- Cruz Roche, R. (1988): “Comentarios epistemológicos sobre metapsicología”, *Psicoanálisis*, APdeBA, X, Nº 3, 521-535.

¹¹ Las negrillas son nuestras.

- Dupetit, S.** (1981): "Grupos de aprendizaje: aportes a la enseñanza del psicoanálisis", *Psicoanálisis*, APdeBA, III, Nº 1, 231-251.
- Engelbrecht, H.** (1990): "El proceso de supervisión y el proceso psicoanalítico", *Psicoanálisis*, APdeBA, XII, Nº 1, 73-82.
- Grinberg, L.** (1970): "Problemas de la supervisión en la educación psicoanalítica", *Rev. de Psicoanálisis*, APA., XXVII, Nº 3, 453-487.
- Grinberg, L.** (1986): *La supervisión psicoanalítica. Teoría y práctica*. Tecnipublicaciones, S.A., Madrid.
- Grinberg, L.** (1995): "Consideraciones acerca de la transferencia y la contratransferencia en la supervisión", en *El psicoanálisis es cosa de dos*, Promolibro, Valencia, 1996.
- Grinberg, L.** (1995): "Realidad psíquica y el rol de la intuición en la práctica psicoanalítica", en *El psicoanálisis es cosa de dos*, op. cit.
- Harris. M. - Meltzer, D.** (1976): *Familia y Comunidad*, Spatia, ed., Bs.As
- Kernberg, O.**(1996): "Treinta métodos para destruir la creatividad de candidatos a psicoanalistas", *Int. Journal of Psycho-Analysis*, vol. 77, 1031-1040.
- Martinez del Pozo, M.** (1996): "Consideraciones en el proceso de supervisión en psicoterapia psicoanalítica", ponencia en Segunda conferencia internacional sobre "Supervisión en psicoterapia psicoanalítica", organizada por AEPP, Toledo, España.
- Meltzer, D.** (1968): "Una nota sobre la receptividad analítica", en *Sinceridad y otros trabajos*, Editado por A. Hahn, Spatia ed., Bs.As., 1997, 143-147.
- Meltzer, D.** (1971): "Hacia un sistema de taller", en *Sinceridad y otros trabajos*, op. cit., 269-273.
- Meltzer, D.** (1988): "A propósito de la estupidez del mal", en *Sinceridad y otros trabajos*, op. cit., 493-495.
- Meltzer, D. y Harris W., M.** (1990): *La aprehensión de la belleza*, Spatia ed., Bs.As.
- Meltzer, D.** (1990): *Desarrollo kleiniano. Parte III: El significado clínico de la obra de Bion*. Spatia ed., Bs.As.
- Meltzer, D.** (1994): *Clastrum. Una investigación de los fenómenos claustrofóbicos*, Spatia, ed, Bs.As.
- Meltzer, D. y Harris, M.** (1998): *Adolescentes*. Editado por Lucy Jachevasky y Carlos Tabbia, Spatia ed., Bs. As.
- Perrotta, A.** (1978): "Psicoanálisis y supervisión. Intento de unificación teórica", *Rev. de Psicoanálisis*, APA, XXXV, Nº 5, 973-1023.
- Piedimonte, R. y otros integrantes de la Comisión de Enseñanza** (1978): "Razones y prevenciones", *Rev. de Psicoanálisis*, APA, XXXV, Nº 1, 173-176.
- Sedlak, V.** (1996): "The discipline of supervision", ponencia a la Segunda conferencia internacional sobre "Supervisión en psicoterapia psicoanalítica", organizada por AEPP, Toledo, España