



## ¿Hundirse con el Titanic?\*

**Roberto Arendar<sup>1</sup>**

*Buenos Aires, R. Argentina*

La idea que dio lugar a este trabajo se gestó una noche en la que mi mujer, ya acostada en la cama, estaba viendo muy entretenida por televisión una de esas películas en blanco y negro, de los años 40 ó 50, que tanto nos gustan a ambos. La película en cuestión era “Titanic” del año 1953, protagonizada por Clifton Webb y Barbara Stanwyck. Por lo tanto, yo también ya acostado, me dispuse a acompañarla a verla. Al principio debo reconocer que me pareció un poco melodramática y estuve a punto de dedicarme a hacer otra cosa, cuando de pronto hubo algo en la trama argumental del film que capturó mi atención. Trataré de describir qué fue eso que me enganchó. Hay una mujer de unos cuarenta y pico de años (Barbara Stanwyck) que viaja a los Estados Unidos en primera clase junto con sus dos hijos, la mayor, una chica de 18 años y Norman, un muchacho de unos 12-13 años. Según se nos informa está recién separada de su marido (Clifton Webb), un inglés muy elegante y adinerado. Cuando el marido se entera que su mujer está huyendo de él con sus hijos aborda el barco comprándole el pasaje por un alto precio a una familia pobre que se ve tentada por el ofrecimiento irresistible que le hace este señor. Cuando la mujer se encuentra con gran sorpresa con el susodicho a bordo se desata el drama. Ella quiere apartar a sus hijos de él, de su mala influencia, y quiere llevárselos a vivir a los Estados Unidos a la casa de su familia de origen. Él se rehúsa. Accede a que se vaya con la hija pero no con su hijo que era su adoración. Se lo ve jugando con su hijo, compartiendo con él en el barco todo tipo de actividades, prodigándole en todo momento muestras de afecto y devoción. La madre no afloja, insiste en llevárselo también. Ante tan férrea negativa el padre la amenaza con llevar el caso ante los tribunales. Ella le responde que si él hace eso ella va a ser uso de un arma que tiene guardada. El padre la interroga, ¿cuál es esa arma? Tras cierta vacilación, ella confiesa: Norman no es hijo suyo, es el producto de una relación furtiva con otro hombre. Cuando se entera de esto, y logra reponerse de la conmoción que le significa, declara que Norman no es más su hijo, lo defenestra. La película nos muestra el cambio drástico de su conducta para con Norman. Dónde antes había ternura y cariño, ahora hay hosquedad. Dónde antes había solicitud y acompañamiento, ahora hay indiferencia, cambio que al pobre muchacho (que no sabía nada del drama) le resulta traumático e incomprensible. Así las cosas cuando el barco más grande del mundo choca con un iceberg. La madre con sus dos hijos es ubicada en uno de los botes. El padre olvida en esos momentos todos los agravios y se angustia frente a la suerte que están corriendo. De pronto, un instante antes de que bajen el bote, el muchacho salta del mismo y le cede el lugar a una mujer, para gran aflicción de su madre que ve, impotente como pierde a su hijo. Corre en busca de su padre a quien no puede ubicar. Cuando el barco ya está por hundirse lo halla finalmente y se funden en un fuerte abrazo. El padre emocionado hasta las lágrimas, le dice con voz entrecortada que lo quiere mucho y que siempre lo quiso, que se siente y siempre se sintió orgulloso de él. A

\* **Cita bibliográfica / Reference citation:**

Arendar, R. (2010). ¿Hundirse con el Titanic?. *Clinica e Investigación Relacional*, 4 (1): 236-242.  
[[<http://www.psicoterapiarelacional.es/CeIRREVISTAOnline/Volumen41Febrero2010/tabid/648/Default.aspx>]  
[ISSN 1988-2939]] [ISSN 1988-2939]

renglón seguido, el barco se hunde irremediablemente.

### **¿Cuál es la metáfora que creí descubrir en esta trama?**

Súbitamente creí advertir aquí una excelente metáfora para un hecho que uno ve muy a menudo en la clínica, la así llamada adhesividad a los objetos malos, denominación que voy a utilizar a regañadientes para mantener cierta continuidad con el léxico psicoanalítico tradicional Y no sólo eso. Me pareció también detectar un esbozo de respuesta a los motivos poderosos que la condicionan. El hecho clínico al que me refiero, expresado en un lenguaje más accesible, es ese apego a figuras afectivamente significativas que persiste tenazmente a pesar de evidencias reiteradas y contundentes de sus características insatisfactorias. Figuras o también situaciones o instituciones no empáticas, indiferentes, abusivas, violentas y así sigue la lista. ¿Pero en dónde reside su atractivo? ¿Cuál es el factor o los factores que interfieren en la posibilidad de despegarnos? Si dejamos de lado las explicaciones instintivistas, tales como una supuesta viscosidad de la libido o la acción subyacente del masoquismo o el instinto de muerte se nos abren una serie de interrogantes al respecto.

### **Contribuciones interesantes que he hallado en la literatura psicoanalítica.**

Uno de los primeros autores que intentaron dar cuenta de este fenómeno fue R. Fairbairn. Fairbairn argumenta que en todas las formas de psicopatología uno encuentra el apego a “objetos malos”, con lo cual apunta a una dimensión activa que se pierde en las posteriores explicaciones de Guntrip. La psicopatología es más que una ausencia o una evitación temerosa de buenas relaciones. Con frecuencia no sólo observamos que se evita lo positivo, sino una fascinación por lo negativo.

En años más recientes Stephen Mitchell (1988) retoma la cuestión y nos dice que la psicopatología suele comprender una insistencia activa en esquemas de relaciones inadecuadas, en conductas sintomáticas y experiencias penosas a las cuales el paciente se aferra tercamente. Más adelante agrega:

”El peligro de las nuevas dimensiones de la relación analítica es que ponen en tela de juicio estas alianzas. El analizando debe elegir entre el apego a imágenes y presencias de la fantasía que le proporcionan una sutil impresión de seguridad y contacto, y la posibilidad de apegarse de nuevas maneras a otras personas reales, con todos los riesgos del caso...Por debajo de un desapego aparentemente pasivo suele haber un apego secreto, en gran medida inconsciente, pero que se experimenta como algo necesario que le da sustento a la vida”.

Encontré un aporte digno de mención en el capítulo 10 de la obra de Howard Bacal *Optimal Responsiveness* (1998). En dicho capítulo (Optimal Responsiveness and Enactments) Susan G. Lazar, al presentarnos su paciente B., una esposa abusada por su marido maltratador, nos explica que, debido a su historia de haber sido abusada y explotada en su familia de origen, B. no tenía virtualmente manera de juzgar el abuso en su vida presente, y que lo único que podía hacer para enfrentar tal situación era culparse y tratar de adaptarse. Termina su presentación de este caso clínico con una frase que vale la pena subrayar, dice: “Había tenido padres que nunca la habían alertado del estado de peligro en que vivía, debido a que ellos mismos habían sido la fuente del peligro.

Un artículo de Mary Connors aparecido en el volumen 16 del “Progress in Self Psychology” (2000) me resultó particularmente esclarecedor. Allí la autora incluye la teoría del apego de Bowlby para explicar el hecho que algunos pacientes buscan relaciones con otros que pueden ser completamente dolorosas y destructivas. Dichos individuos frecuentemente seleccionan y eligen permanecer en relaciones que ofrecen una pobreza de experiencias tipo objeto del self y una abundancia de experiencias negativas y abusivas. Nos

recuerda que la teoría del apego de Bowlby (1969) se centra alrededor de la idea de un vínculo entre el infante y el cuidador que promueve la protección, la supervivencia y el sentimiento de seguridad del infante. Agrega que Bowlby propuso que una motivación inherente existe en la búsqueda de proximidad hacia un padre o un sustituto del padre que pueda servir como una fuente de seguridad. El infante usa la figura de apego como una base segura desde donde explorar y busca mayor proximidad en condiciones de peligro, stress o novedad; la meta del sistema de apego es mantener la accesibilidad y responsividad del cuidador. Debido a que el apego representa el principal mecanismo del infante para asegurar su supervivencia, se considera que opera de continuo; en algún nivel (que puede estar fuera de la conciencia) el balance relativo entre seguridad versus amenaza en la situación actual, está siendo continuamente monitoreado (Main, 1995). El infante o el niño, organiza activamente la información en relación con la disponibilidad de la figura de apego, tanto en términos de proximidad física como de sus respuestas típicas, y regula su comportamiento de acuerdo a ello para maximizar su seguridad. Subraya que la teoría del apego pone énfasis en la provisión de un sentimiento de seguridad y en la necesidad de una figura particular de apego. La afirmación de la importancia de la seguridad del apego “desde la cuna a la sepultura” (Bowlby, 1969) es una idea principal de la teoría del apego.

La parte más jugosa del artículo es, a mi juicio, cuando la autora nos habla de las implicaciones clínicas de la teoría del apego. Señala que la utilidad de incluir tales conceptos deriva en parte de su poder explicativo para ayudarnos a entender los fenómenos relacionales y aquí, más específicamente, el vínculo penoso con un “objeto malo”. Dice que los clínicos suelen tratar pacientes que eligen parejas que son abusivas, deterioradas y dañinas, adictas o cosas por el estilo, y que podemos experimentar gran preocupación en relación con el efecto potencialmente deletéreo en el bienestar emocional del paciente. La integridad física, agrega, también es amenazada en el caso de relaciones con sujetos golpeadores. Dice que por más que intentemos mantener nuestra inmersión empática en la experiencia subjetiva del paciente, las acciones que aparecen como inexplicables y también destructivas, hacen que la posibilidad de sintonizar se vuelva más difícil y que un impedimento adicional para la apreciación empática del significado de la relación es el hecho que los pacientes tienen dificultad en captar la naturaleza y la profundidad de sus lazos con “socios” abusivos o inadecuados, tendiéndose a centrar en cambio en su miseria consciente. Nos cuenta que sus pacientes han expresado frecuentemente confusión y preocupación acerca de su propio comportamiento en tales relaciones, conscientes como son, a medida que se explora la cuestión, que experimentan pánico ante la perspectiva de perder la relación pero con poca comprensión acerca de por qué les pasa tal cosa. Aquí yo agregaría que en mi experiencia clínica también ocupan un lugar destacado en los afectos hallados, la vergüenza y la culpa.

A modo de ejemplo nos introduce a una paciente suya y nos cuenta de la relación que esta paciente había empezado con un “homeless” a quien había invitado a mudarse a su casa a pesar que hacía solo unas semanas que lo había conocido y los múltiples abusos y malos tratos a los que este hombre la había sometido. Nos cuenta que la paciente imaginaba un futuro con él y sentía que sin él ella se iba a morir.

Nos refiere luego que la familia de esta paciente había sido dominada por su padre, que abusaba de ella tanto física como emocionalmente. Ambos padres eran extremadamente egocéntricos y dañados, y los niños eran descuidados salvo que estuviera presente el ama de llaves. El padre aterrorizaba a los niños y su depresiva madre lucía impotente para ayudarlos. Nos cuenta que, sin embargo, había ocasiones en las cuales el padre era cálido y amoroso. Era, asimismo, extremadamente necesitado emocionalmente, no podía tolerar

estar solo y prefería ordenarle a la paciente que lo acompañase antes que estar con sus amigos. Por lo tanto, el rol de esta paciente en la familia era ser su principal cuidadora emocional. Se sentía responsable de aliviar su dolor. Así, la paciente obtenía cierto sentimiento de seguridad en relación con sus otros comportamientos más atemorizantes. Su contacto más positivo se daba en el contexto de ocuparse de las necesidades de su padre; cuando esto no ocurría era descuidada, abandonada o abusada. Nos explica Mary Connors que, dadas las opciones, no es sorprendente que la paciente aprendiera a concentrarse en otra persona con gran intensidad, independientemente del daño que esto le pudiera causar a su self. A continuación agrega en un párrafo especialmente elocuente la siguiente conclusión: ***“Sobrevivir en la familia requería que uno se autodescuidase y estuviera pendiente de las necesidades de otro dañado, UN PATRÓN QUE MI PACIENTE SIGUIÓ REACTUALIZANDO EN SUS RELACIONES ADULTAS.”*** Este último párrafo, que me he preocupado por resaltar, devino por su poder explicativo, en un hito significativo en mi evolución como psicoanalista. Da cuenta de que nuestras elecciones de objeto están condicionadas por la clase de vínculos que supimos forjar con las figuras afectivamente significativas de nuestra historia personal. Éstas se constituyen en el molde que va a guiar nuestra “puntería” en el terreno de las relaciones interpersonales. En el ejemplo citado por la autora es la relación con el padre la que funciona como organizadora de la elección del “homeless”. Se deduce con claridad como estas conclusiones nos habilitan para hacer conjeturas retrospectivas sobre la historia relacional de la persona que estamos escuchando. Connors apunta otras observaciones importantes. Nos aclara que para su paciente el hecho de decidir si ella deseaba permanecer en la relación no le era posible bajo la forma de una deliberación adulta y que la perspectiva de perder a su pareja parecía llevarla a sentirse como una niña pequeña, desamparada y aterrorizada. La teoría del apego es la que permite capturar adecuadamente la cualidad “vida o muerte” que los pacientes experimentan frente a la posibilidad de la disolución de esos vínculos significativos. Concluye con un párrafo que sintetiza muy bien estos conceptos y que por lo tanto voy a citar textualmente:

“El sistema de apego está diseñado para asegurar la supervivencia, y esta cuestión básica es la que parece suscitarse aquí. Las investigaciones sobre el apego sugieren que los objetos no son intercambiables, que es la responsividad de otro particular la que es buscada desesperadamente, y que históricamente la propia supervivencia depende de asegurarla. Ciertamente, esta paciente podría ser descrita como teniendo una “transferencia paterna”, pero creo que la teoría del apego puede ayudarnos a entender esto más específicamente como la manifestación de un estilo preocupado de apego que se remonta a la niñez mediante representaciones internas del self y del otro en las relaciones. La relación hipervigilante y de cuidado con un padre deteriorado fue la fuente primaria de algún sentimiento de seguridad que podía estar disponible en su niñez (un sentimiento que estaba bastante comprometido), y el molde poderoso que dio origen en la paciente a cómo uno puede sobrevivir en este mundo. Todo esto la llevó, ya como adulta, a un escenario familiar con una pareja igualmente limitada.”

Pienso que el aporte de Mary Connors echa bastante luz acerca de los poderosos motivos que condicionan el tenaz aferramiento a los así llamados “objetos malos” que observamos reiteradamente en la clínica. Pero ciertamente no los agota. Es precisamente esta aseveración la que me da el pie para el ítem siguiente, ¿Hay otros motivos igual de poderosos a los citados hasta aquí?

### ***Volviendo a la metáfora del “Titanic” y su hundimiento***

Quiero ahora retomar la metáfora del “Titanic” que mencioné antes<sup>2</sup>. A mi juicio nos muestra un motivo de mucho peso en ese tenaz aferramiento, motivo que no es considerado por los autores antes mencionados. Dicho motivo es, como ya lo señalaba Kohut para los pacientes que habían padecido heridas narcisistas, el anhelo de ser reivindicados, de ser

resarcidos. Es la esperanza, que no se agota fácilmente, que ese otro particular(o sus sucedáneos) que nos provocó dicha herida, siente cabeza, recapacite y, finalmente, se rectifique y nos provea entonces de la respuesta deseada. Eso es lo que lleva a Norman, el muchacho de la película, a bajarse del bote en que estaba con la madre y a salvo. Fácilmente uno puede imaginarse el bote como la vida o el tratamiento y a la madre como nosotros, terapeutas, intentando por todos nuestros medios persuadir al paciente de lo vano de ese intento y de las consecuencias nefastas que le va a acarrear. En el film a Norman se le cumple el deseo. El padre lo reivindica. Le dice que lo quiere y que se siente orgulloso de él. A lo que, ni siquiera en la trama puede escapar, es al hundimiento. ¿Es este un destino inevitable? ¿Con que herramientas contamos en nuestro arsenal terapéutico para tener más opciones que Bárbara Stanwyck en sus intentos? ¿Cómo diantre lograr convencer al paciente que el hecho de insistir tercamente en su “cruzada” lo aleja de otras relaciones más satisfactorias y gratificantes, de otras posibilidades asequibles? A continuación intentaré contestar estas preguntas basándome en mi experiencia clínica. También quiero reflexionar acerca de los puntos oscuros para los cuales todavía no tengo respuesta.

### ***¿Qué necesitamos decir o hacer para incrementar las posibilidades que los pacientes se bajen del “Titanic”***

Fairbairn usó una metáfora religiosa para referirse al a la tarea psicoterapéutica de sustraer a un paciente de la influencia perniciosa de los “objetos malos”. Hablaba de la necesidad de “exorcizarlo”. Yo prefiero imaginarme como un buen padre alentando a un hijo que está aprendiendo a caminar o a andar en bicicleta a que se suelte, que se arriesgue. Para tener éxito necesitamos inspirarle confianza a nuestro hijo, combinando en nuestra actitud una comprensión de la dificultad que enfrenta para dar ese primer paso, especialmente el temor a lastimarse, junto con nuestro convencimiento, derivado de nuestra propia experiencia, de que es algo factible y que vale lo pena, dadas las recompensas que nos reportan en nuestra evolución como personas. Lo mismo pienso que ocurre con nuestros pacientes. Para alcanzar ese estado mental ayuda a tener adecuadamente incorporados los motivos que mencionábamos más arriba. Es la mejor “vacuna” contra nuestra impaciencia y exasperación frente a los inevitables titubeos de los pacientes en ese proceso. Vacilaciones, que bueno es aclararlo, también tienden a suscitar fastidio y auto-recriminaciones en nuestros “hijos” pacientes con los consiguientes sentimientos de vergüenza.

Recordemos: a) animarnos a soltarnos lleva tiempo. No es algo que dependa de un acto de deliberación adulta. Son vínculos, que, a pesar que ante nuestros ojos sea obvia su disfuncionalidad, para el paciente tiene una cualidad “vida o muerte”. En ellos se tiene depositado un importante sentimiento de seguridad. Por lo tanto, el hecho de perderlos o de imaginar perderlos, es algo que los llena de zozobra psicológica, de angustia, de ideas de ruina y desamparo. Es como si en el psiquismo rigiera el principio “Más vale malo conocido que bueno por conocer,” Tener a nuestra disposición conciente momentos de nuestras vidas en dónde pasamos por circunstancias análogas, puede ayudar, ya sea para tenerlas presentes como modelos, ya sea para ponerlas de ejemplo y así poder transmitirle al paciente su carácter humano y universal.<sup>3</sup>

b) Otra cuestión que suele promover hasta perplejidad en los terapeutas es la fascinación de los pacientes por las características negativas de estos objetos. Quiero aclarar que cuando digo “objetos” me refiero no sólo a personas, sino también a situaciones e instituciones que reúnen esas condiciones. Si recordamos que la responsividad que uno espera no es de cualquiera sino de alguien particular, todo ello adquiere sentido. ¡Son precisamente esas

características negativas, que remedan las de sus objetos primarios, lo que los hace atractivos y seductores! Precisamente esta semejanza es lo que los hace valiosos. Recordemos el ejemplo de Mary Connors de la paciente que invita a un “homeless” a su casa, Además, estoy seguro que se les ocurrirán un montón de otros más.

c) No sólo esperamos respuestas de ese otro particular. También esperamos una reivindicación, un resarcimiento por el mal que se nos ha hecho. Esto está sostenido por la esperanza que en algún momento ese otro va a cambiar, va a responder y entonces es como si el paciente nos dijera...”Y cuando ello finalmente ocurra no me lo quiero perder, es lo único que puede traer paz a mi espíritu” o “No me obligue a renunciar a la esperanza de que cambie. Es un dolor que no puedo tolerar.”

d) Es bueno tener también en cuenta el papel que juega la culpa en este escenario. Apartarse de un progenitor dañado o de su sucedáneo puede generar intensos sentimientos de culpa patológica; sensación de estar cometiendo una especie de traición, de sentirse malo por no importarle la suerte que puede correr esa persona, que se enferme o se muera como consecuencia de nuestra decisión, que si nos apartamos y somos felices la culpa nos abrume y así. Además aquí cabe agregar que tampoco es una píldora sencilla de digerir el asumir en plenitud los aspectos dañados de un padre o una madre. Como lo decía Bowlby estamos signados culturalmente por el mandamiento divino, “Honrarás a tu padre y a tu madre”.

e) Estas comprensiones también nos reportan otro beneficio. Al permitirnos irle mostrando al paciente de que matriz relacional se nutre su propensión a elegir tales personas o situaciones, nos ayuda a quitarle a tales elecciones el carácter de inevitables, signadas, tal como se las suele pensar, por un destino fatal o por la mala suerte. De espectador pasivo de una vida desgraciada lo ayudamos a convertirse en un actor protagónico de su historia personal. Le enseñamos como el no tener conciencia de cómo influían en él o ella esas experiencias que lo marcaron lo /la llevaban a perpetuar sus frustraciones y al mismo tiempo, a no poder organizar situaciones más gratificantes o a directamente evitarlas o ignorarlas.

Es cierto que estar equipados con esta lista de motivos incrementa nuestra eficacia terapéutica, pero no deja de ser un proceso delicado que puede naufragar en algún momento. A explorar cuáles pueden ser los factores que pueden colaborar en esos desenlaces desafortunados nos referiremos a renglón seguido.

### ***Factores que juegan en contra tanto a nosotros como a los pacientes.***

Hay algo importante que omite Mary Connors en su artículo. Eso que omite es contarnos como le fue con su paciente, contarnos si sus esfuerzos terapéuticos dieron su fruto y la paciente pudo empezar a construirse un mundo relacional distinto, más satisfactorio. No lo sabemos. Veamos. Hasta aquí hemos hecho un recorrido por los diferentes motivos que condicionan el aferramiento a relaciones problemáticas y lo necesario que es conocerlos en profundidad para ser eficaces en nuestros esfuerzos. Pero, ¿por qué en un pequeño número de casos fracasamos a pesar de todo nuestro equipamiento intelectual y emocional? Si un paciente nos consulta e inicia una psicoterapia con nosotros es porque debe tener la esperanza de sentirse mejor, debe creer en algún rincón de su mente que lo podemos ayudar a construir una mejor calidad de vida. Dicha esperanza se debe haber gestado en la relación con alguien que le prodigó una dosis adecuada de amor y cuidados (uno de los dos padres, un abuelo, un tío, una empleada de hogar). Ahora bien, ¿cuál es la magnitud de la dosis recibida de amor y cuidados que permite sobrellevar sin desesperar el recorrido de esa

emancipación? Por ejemplo, ¿pensamos que la dosis que recibió la paciente de Mary Connors habrá sido suficiente para no capitular en el intento? Yo, a esta altura del partido, no me animaría a decir una cosa o la otra. Simplemente no lo sé. Si sé que los pacientes que han pasado por estas problemáticas sufren la secuela de una autoestima empobrecida. Esto afecta seriamente su autoconfianza, siembra en ellos serias dudas acerca de la validez de los recursos con los que cuentan para procurarse lo que necesitan tanto material como emocionalmente y por lo tanto los impregna de un profundo escepticismo con respecto a lo que tiene derecho a esperar de la vida. Por eso, muchas veces nuestro aliento puede llegar a ser experimentado como un intento bien intencionado pero ingenuo o a veces, ser interpretado como proviniendo de alguien insensible que no le importa o no entiende la desmesura de lo que le estamos pidiendo, al abismo al cual lo estamos empujando.

### Conclusión

A modo de conclusión he elegido el enunciar cuatro preguntas, que como yo lo veo, separan dos terrenos diferentes. El primero, es un suelo en donde creo que nos movemos con más aplomo, el otro representa un terreno más inexplorado y resbaladizo.

El terreno más seguro incluye: ¿Cuáles son los motivos del aferramiento pertinaz a los “objetos malos”? y ¿Cuáles son las estrategias terapéuticas más aptas para hacer que nuestros pacientes se decidan a “bajar al bote” y no se queden en sus respectivos “Titanic”? El terreno más inseguro se expresa en estas dos preguntas: ¿Hasta dónde es factible el trabajo de persuasión? ¿Cuándo es mejor aflojar? Como podríamos leer en una serie televisiva; “Continuará”.

### Referencias

- Arendar, R. (2007). El trabajo terapéutico de la vergüenza. *Clínica e Investigación Relacional*, 1 (1): 78-90.
- Connors, Mary E. (2000). Dimensions of Experience in Relationship Seeking. En “How Responsive Should We Be?”. *Progress in Self Psychology*, 16.
- Fairbairn, W. R. D. (1940). *Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*. Buenos Aires: Hormé, 1970.
- Lazar, Susan G. (1998). Optimal Responsiveness and Enactments. En Howard A. Bacal (Ed.) *Optimal Responsiveness: How therapists heal their patients*, Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Main, M. (1995). Recent studies in attachment: Overview, with selected implications for clinical work. En S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr (Eds.) *Attachment theory* (pp.407– 474). Hillsdale, NJ: Analytic P.
- Mitchell, Stephen A. (1988). *Conceptos Relacionales en Psicoanálisis. Una integración*. México: Siglo XXI Eds.
- Wachtel, Paul L. (2008). *Relational Theory and the Practice of Psychotherapy*. New York: Guilford Press.

Original recibido: 29-7-2009 Revisado: 30-9-2009 Aceptado para publicación: 30-10-2009

### NOTAS

<sup>1</sup> Roberto Arendar es Psicoanalista y ejerce en Buenos Aires. Miembro de IARPP. Ex - Miembro de la *Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires* (APdeBA, IPA). Correo electrónico: [robertoarendar@fibertel.com.ar](mailto:robertoarendar@fibertel.com.ar)

<sup>2</sup> La Dra. Gertrudis Bott me ha llamado la atención sobre el hecho de que el “Titanic” alude a algo vivido como muy poderoso, invulnerable; la imagen que un niño tiene de sus padres.

<sup>3</sup> Hay un bello ejemplo de ese uso en Wachtel (2007), pp.256-257.