

Psiquiatría y psicoanálisis relacional: un espacio transicional en mi camino como terapeuta.

Valter Crossley López¹

Madrid, España

Introducción

La psiquiatría y el psicoanálisis han sido disciplinas cuyos caminos se han acercado y distanciado como el meandro de un río desde el surgimiento de ambas. Ya Freud fue muy consciente de la importancia de atraer a figuras destacadas del campo de la psiquiatría, como en su momento fue Carl Jung, mano derecha de Eugene Bleuler en la Clínica de Burghölzli en Suiza, donde se estaban realizando importantes avances en el estudio de la esquizofrenia. Así mismo, el mismo Freud hizo algunas incursiones en la investigación del campo de la psicosis como fue el estudio del famoso caso del profesor Schreber. Sin embargo, pronto se apartó de su intención de tratar a los pacientes psicóticos y estos se volvieron inanalizables para el “oro puro del psicoanálisis”. Algunos discípulos suyos, como Sandor Ferenczi, proponían una mayor elasticidad en la técnica y estaban muy comprometidos con la mejoría clínica de sus pacientes y no tanto con el avance de la teoría, lo que les permitió acercarse al campo de lo que hoy llamaríamos trastornos de la personalidad de la esfera borderline. Al otro lado del océano son conocidos los aportes de Harry Stack Sullivan y Frieda Fromm Reichamn en el campo de la esquizofrenia.

Aquello que distingue a estos últimos autores fue el deseo de adaptar la técnica a las exigencias de la clínica con el espectro de pacientes que se salían de los límites de la neurosis, y que exigían del terapeuta una comprensión y trato diferentes.

Hoy en día existen psiquiatras psicodinámicos referentes de indudable brillantez e importancia como son Otto Kenberg y sus aportaciones al campo de los trastornos de personalidad, Glen Gabbard y su interesante conjunción de la clínica psiquiátrica y psicoanalítica, o el propio Anthony Bateman, que ha revolucionado el campo del tratamiento de los pacientes límite y antisocial con el desarrollo de la teoría de la mentalización.

No obstante, y al menos en España, parece que el psicoanálisis relacional está aún por impregnar con mayor énfasis la formación y pensamiento de los profesionales de la

¹ Médico-psiquiatra y psicoterapeuta en Universidad Pontificia de Comillas y consulta privada. Miembro de Instituto de Psicoterapia Relacional. Correo: valtercrossley@gmail.com

psiquiatría. Considero que a nuestro arsenal terapéutico como son los incuestionables avances en psicofarmacología, es importante poder añadir una perspectiva psicoterapéutica que alcance una mayor comprensión del padecimiento de nuestros pacientes, y en mi caso concreto, el pensamiento psicoanalítico relacional supone un enorme enriquecimiento en mi labor clínica.

En las siguientes líneas, me gustaría poder ejemplificar a través de algunas viñetas clínicas el poder de sostenimiento que han tenido algunos conceptos de Winnicott, autor clave y piedra angular del psicoanálisis intersubjetivo y relacional, en mi trabajo diario, especialmente con pacientes graves.

Experiencia de baile y su relación con el psiquesoma

Querría acercarme a una experiencia vivida en el Hospital de Primeros Episodios Psicóticos, donde roté en mi segundo año de residencia, cuando me encontraba realizando la especialidad médica de psiquiatría. Allí se realizaba un abordaje multidisciplinar de pacientes jóvenes (entre 18 y 30 años de media) que habían sufrido un primer episodio psicótico y a donde se derivaban desde diferentes dispositivos asistenciales. El trabajo conjunto entre psiquiatría, psicología, terapia ocupacional y trabajadora social era imprescindible, y se realizaban diferentes formatos de terapia, siendo especialmente interesante las terapias multifamiliares siguiendo el modelo de García Badaracco.

En aquel momento me encontraba aprendiendo a bailar lindy hop, una variante de baile americano que fue especialmente conocido tras el final de la segunda guerra mundial, y que en mi vida personal me brindaba intensos disfrutes y experiencias compartidas muy divertidas. El ambiente que se intentaba crear en el dispositivo era cálido y cercano con los pacientes y sus familias, y el contacto estrecho de los profesionales con ellos era diario. Dado que la capacidad de tratamiento de los rotantes era limitado debido al breve tiempo pasábamos allí, se me ocurrió en conjunto con el equipo elaborar un pequeño espacio de danzaterapia que permitiera abordar aspectos corporales de las dificultades de los pacientes.

Recordando aquella circunstancia, me viene a la cabeza el concepto de *psiquesoma de Winnicott y su relación con el desarrollo de la mente*. Winnicott decía que la mente es una función que aparece de forma necesaria como respuesta a los embates ambientales y sus fallas, de tal forma que algunas personas requieren de una hipertrofia de la función mental debido a que sufrieron excesivos ataques del exterior durante su desarrollo emocional temprano. Es decir, requieren de una compensación cognitiva e intelectual allí donde falló el cuidado del aspecto emocional del infante, de tal forma que la unión entre estas dos

dimensiones (la cognitiva/afectiva) queda desconectada, tal y como podemos ver en la patología concerniente a lo obsesivo o lo paranoico. Esto era un problema clínico perfectamente observable en los pacientes del hospital de día, donde si bien ya los grandes delirios se habían atenuado, se podía percibir esa especial sensibilidad interpersonal en situaciones de bajo riesgo, donde se disparaban con facilidad sus tendencias autorreferenciales y paranoicas. Esto se manifestaba ante el más mínimo estímulo ambiental, donde la mente percibía un posible ataque o agravio del entorno.

Cuando se analizaban las historias familiares, era frecuente encontrar situaciones donde el cuidado infantil primitivo del paciente se vio comprometido por diferentes circunstancias, ya fuera por encontrarse institucionalizado en el extranjero y ser adoptado en etapas relativamente tardías, o la presencia de psicopatología importante en los progenitores (estaba el ejemplo de un chico cuyo padre abusaba del alcohol y, a la vez, había sido criado fundamentalmente por una madre deprimida), aparte de múltiples y variadas formas de negligencia y maltrato en el cuidado infantil. Un pionero en la observación clínica de estas circunstancias perjudiciales para el desarrollo del niño fue Ferenczi, que nos dejó para la posteridad toda una vía de investigación de lo traumático con conceptos como "el terrorismo del sufrimiento" o el del instinto de muerte en el niño mal recibido, ampliando las circunstancias de abuso sexual observadas por Freud y Breuer.

Volviendo al concepto de psiquesoma y su relación con la función mental, Winnicott nos avisaba de que, si un niño era cuidado y atendido en sus necesidades de una forma suficientemente buena, podía experimentar sentimientos clave como el de sostenimiento e integración, los cuales permitirían funcionar a su unidad psique-soma de forma fluida y espontánea, sin excesivo ruido ambiental y sin gran necesidad de reaccionar a los ataques del entorno. Por tanto, sin necesidad de hipertrofiar su funcionamiento mental y alcanzando así un grado suficiente de calma psíquica. Esto permitiría una armónica integración cognitivo-emocional-corporal y un desarrollo suficiente.

La propuesta del taller de baile fue acogida con entusiasmo, especialmente por parte del equipo, y entre los pacientes de forma variada, aunque en general despertaba interés y curiosidad. El inicio estuvo marcado por los esperables arrebatos de vergüenza y falta de coordinación, pero a medida que avanzábamos en los pasos, me fui sorprendiendo por la soltura y relajación que algunos de ellos iban adquiriendo, y el paso fluido y espontáneo que mostraban otros desde el principio, contrastando enormemente con el estilo rígido y evitativo que podían mostrar en otros contextos. Pienso en el baile como una actividad donde el psique-soma es llevado a un estado de mínimo funcionamiento mental, donde *conceptos winnicotianos como el sostén y el surgimiento de la creatividad* pueden tener lugar si ambos integrantes de la diada se permiten la confianza intersubjetiva suficiente para que aparezca

lo inesperado y la sorpresa. Así, lo corporal apareció de improviso en chicos donde lo mental ocupaba habitualmente demasiado espacio, intentando que este acercamiento fuera lo más suave y estimulante posible, que no fuera vivido como imposición o exigencia, sino como invitación al juego y la espontaneidad. Y creo que, en buena parte, así fue. Recuerdo el último día del taller con cariño, donde nos disfrazamos de los “locos” años veinte y disfrutamos de un rato de baile y comida.

El juego y el sostén dentro de una institución psiquiátrica

Quisiera ahora desplazarme unos años después de esta viñeta, en el período siguiente a finalizar mi formación en psiquiatría, cuando estuve trabajando en una unidad de cuidados psiquiátricos prolongados en una conocida población del sur de Madrid. Allí atendía a población con trastorno mental grave que había tenido que ser institucionalizada por motivos variados, aunque era frecuente una combinación de psicopatología refractaria a diferentes tratamientos y evolución adversa pese a haber ingresado previamente en diferentes dispositivos de salud mental (hospital de día, unidad de media estancia, etc.), con condicionantes sociofamiliares desfavorables (muchos de ellos ingresaban en situación de sinhogarismo y completa desvinculación de su contexto social de origen). El trabajo en equipo dentro de la institución era importante, y este lo constituíamos profesionales de la psiquiatría, psicología, enfermería, auxiliares, trabajo social y terapia ocupacional fundamentalmente. Sin duda, fue un periodo de gran enriquecimiento profesional por las circunstancias particulares que se vivían allí.

Me gustaría rescatar una de aquellas vivencias, en relación a *los conceptos de desintegración y sostén de Winnicott*. Hablaré de Lola, una mujer de 60 años diagnosticada de esquizofrenia paranoide, que se encontraba ingresada en el centro desde hacía más de 10 años y que en el momento de mi llegada se encontraba en un piso supervisado en el centro del pueblo conviviendo con 4 pacientes más. Era una mujer leída e inteligente, con gusto por el arte y la literatura, y que pasaba sus ratos libres escribiendo y pintando. En un momento dado, las pacientes del piso empezaron a vivir una situación de acoso e intimidación por parte de una vecina que vivía en el piso contiguo al suyo. Esta mujer comenzó a insultarlas a través de la terraza y en alguna ocasión llegó a amenazarlas con una escoba desde el rellano de la puerta (por lo que contaban las pacientes, había indicios de trastorno mental en ella). Esta situación fue incidiendo poco a poco en el precario equilibrio de Lola, que empezó a presentar síntomas de descompensación psicótica, haciendo alusión a una trama de perjuicio que involucraría no solo a la vecina, sino también a personal del centro y otras fuerzas sobrenaturales. Esto se tradujo en conductas de aislamiento en la casa y pensamiento disgregado durante las

sesiones de terapia grupal que teníamos con las pacientes del piso. Coincidiendo en el tiempo, el padre de Lola enfermó gravemente del corazón y su muerte se acercaba previsiblemente. Este hombre era vivido por ella como un objeto muy ambivalente, por un lado muy idealizado y visto casi como un salvador, a la vez que era descrito como hombre intimidante y poco cuidador con la paciente.

Antes de que la descompensación fuera evidente, yo había cosechado simpatía por esta mujer dado el gusto que compartía por sus aficiones y su estilo reivindicativo y valiente (contrastaba fuertemente con las otras pacientes del piso, de conducta más pasiva e inhibida) y percibía que esta simpatía era recíproca (me confiaba sus miedos y preocupaciones y accedía a tener revisiones individuales sin la suspicacia que mostraba con otros profesionales). En paralelo a la representación idealizada que ella iba creando de mí, enviaba mensajes extraños a la psicóloga del equipo, donde se percibía una temática bizarra de perjuicio y sexualidad que ya iban dando indicios de un empeoramiento clínico que yo no estaba percibiendo debido a la relación que íbamos creando Lola y yo y mi enfoque personal en los aspectos saludables de ella. Solo cuando pudimos exponer en equipo las visiones parciales que cada uno de los miembros teníamos de Lola y la situación altamente estresante que estaba viviendo pudimos tener una imagen más totalizada de ella e integrar en nuestra mente la disociación que se estaba desplegando en sus conductas y emociones.

Acordamos con la paciente un plan de contención que implicaría salir del piso y regresar a la unidad de externalización que se encontraba dentro de la institución, de tal forma que yo y la psicóloga iríamos haciendo un seguimiento estrecho durante la descompensación. Recuerdo las citas individuales con ella en aquellos momentos, donde mi presencia intentaba garantizar el sostenimiento de su dolor psíquico que surgía de la desintegración frente a los ataques que imponía la realidad y que en su mente se concretizaba en la idea del complot y el perjuicio. Expresaba una intensa desesperanza y sentimiento de desvalimiento, y la pérdida inminente de su padre amenazaba con la fragmentación de su identidad. La escucha interesada, la presencia física, el acompañamiento y la medicación fueron dando sus frutos poco a poco, y tras unas semanas de tratamiento intensivo y el fomento de las actividades que ella tanto disfrutaba como eran la pintura y la escritura, permitieron que el delirio se fuera diluyendo y se abriera paso a los sentimientos de pérdida y tristeza que estaban de fondo. Mientras tanto, intentamos gestionar con la policía la situación de acoso que aún sufrían las compañeras y, para cuando falleció el padre, Lola se encontraba lo suficientemente estable como para poder acudir al funeral.

Esta pequeña viñeta me hace pensar en la importancia del sostén en momentos donde las capacidades integrativas del paciente colapsan frente a la amenaza de fragmentación. Un *ambiente facilitador*, donde la seguridad y un acompañamiento suficiente fueron provistos,

permitió que la paranoia se ablandase y emergiera un contacto emocional menos desintegrador con la situación que estaba viviendo Lola. Pienso que la presencia del equipo y mi presencia particular durante las sesiones individuales abría un espacio de confianza donde Lola podía compartir las piezas de un puzzle roto, para ir recolocándolo poco a poco a través de la palabra y el contacto mente a mente. Winnicott nos hablaba de la potencialidad integrativa del sostén que realiza la figura de cuidado con el bebé en momentos donde este se ve amenazado por estímulos que le desbordan. El sostenerlo físicamente en brazos, pero también emocionalmente a través de dirigir la atención hacia su dolor e intentar cubrir las necesidades insatisfechas en ese momento, todo ello de una forma suficiente, permite pasar de la desintegración a la integración psíquica.

Continuando con las vivencias dentro de la institución, me gustaría rescatar del recuerdo otra anécdota que permitirá poner en relieve la importancia del juego winnicotiano.

Nos encontrábamos en plena ola de COVID, de la variante Omicron, que tenía la capacidad de propagarse con enorme facilidad. Era navidad, y algunos pacientes se preparaban para salir con sus familias para disfrutar las fiestas, otros se quedaban dentro de las unidades y el personal intentaba que pudieran pasar unos días lo más agradables posibles. Sin embargo, el despunte de casos dentro de la institución obligó al confinamiento de algunas unidades, lo cual implicaba la imposibilidad de grupos grandes de pacientes de salir fuera del edificio. Las consecuencias del confinamiento se vieron de inmediato, y la escalada creciente de disconductas agresivas entre los pacientes fueron en aumento. Siguiendo un modelo conductual, intentábamos frenar este tipo de situaciones a través de refuerzos negativos, donde los pacientes no podrían tener acceso a tabaco o a las máquinas expendedoras de comida en caso de que llegasen a cometer alguna falta física o verbal, como eran los insultos o las amenazas entre ellos o hacia el personal. El ambiente de crispación iba en aumento y las situaciones violentas no se frenaban pese a los refuerzos que aplicábamos, por lo que ideamos un plan que siguiese una filosofía contraria hasta aquel momento. El siguiente plan de acción consistía en una serie de reforzadores positivos, a los que los pacientes podrían acceder en caso de que pudieran inhibir su conducta agresiva. Uno de ellos fue un taller de baile que organicé con compañeras auxiliares del equipo. A él podían acceder los pacientes que hubieran podido contenerse a lo largo de la mañana, y al igual que las consecuencias del confinamiento se vieron de manera inmediata, así fue también con este plan. Los pacientes acudían al taller de forma voluntaria y celebraban con júbilo los bailes. En aquellos momentos, mi anclaje identitario de psiquiatra quedaba desarmado y pasaba a enredarme con los pacientes en movimientos corporales espontáneos y poco coordinados, pero que nos ofrecían a todos un momento de catarsis colectiva que fue aflojando poco a poco la enorme presión a la que el viejo submarino institucional se veía sometido. Los pacientes proponían

canciones y nosotros las bailábamos, la excitación motriz se canalizaba por vías más creativas que el insulto o la amenaza, y nos proveía de una experiencia psicosomática que estimulaba la dilución en el juego y la danza. Si bien no fue la cura milagrosa para una situación complicada, vimos que el nivel de disconductas disminuyó notablemente y también la tensión dentro del equipo.

Aquí pienso en el *juego del garabato* ("squiggle") del que hacía uso Winnicott y que Francesc Saiz, en su libro "Winnicott y la perspectiva relacional en el psicoanálisis", propone como paradigma gráfico de la intersubjetividad winnicotiana. Este juego consistía en una técnica gráfica donde terapeuta y paciente van intercalando trazos de pintura y crean conjuntamente un dibujo. De esta forma, crea una experiencia compartida y horizontal donde la espontaneidad y la creatividad pertenecen a ambos, y cada uno desde su propia subjetividad van dando lugar a un tercero. De esta forma se crea una experiencia transicional donde lo creado no es ni de uno ni de otro en exclusiva, sino de ambos. Así es como veo, a día de hoy, la experiencia relatada antes, donde el equipo ideamos de forma espontánea el taller de baile, intentando proveer de una forma suficiente las necesidades del momento, y los pacientes fueron aportando sus propios trazos a través de la danza y la propuesta de canciones. Estos momentos de encuentro rompieron el muro que anteriormente se estaba creando, sometido a la *dinámica de amo y esclavo* de la que nos habla Benjamin, dando lugar a una experiencia de juego compartido.

El espacio transicional entre la medicación y la terapia

Winnicott nos decía que la figura adulta cuidadora se orienta a hacer real lo que el niño está dispuesto a encontrar, entendiendo que si el cuidador no es capaz de empatizar con las necesidades evolutivas que el bebé va presentando en cada momento, se producirá en este una falla básica que puede desplegar su efecto nocivo si es una falla acumulativa y estructurante. Será conveniente, entonces, que el terapeuta guíe al paciente hacia un espacio de juego y pueda verse estimulada la creatividad, pero ya nos advertía Winnicott que no es cuestión de la creatividad que hay detrás de las grandes obras de arte, sino la creatividad que surge de lo particular y genuino que hay en cada uno de nosotros.

En la siguiente viñeta me gustaría indagar sobre la experiencia de terapia con una paciente a la cual comencé viendo para revisar la medicación psicofarmacológica que tenía prescrita por el médico de atención primaria. María arrastraba un cuadro distímico de 2 años de evolución, con dificultades atencionales, insatisfacción general en su trabajo y su vida, y síntomas de corte histeriforme como lapsus disociativos donde se olvidaba repentinamente del uso de los instrumentos más básicos que manejamos en el día a día o musitaciones sobrevenidas donde

mencionaba de forma automática el nombre de sus padres u otras palabras aparentemente azarosas. Inicialmente realicé la historia clínica, la exploración psicopatológica, hicimos pruebas analíticas que permitiesen descartar mínimamente organicidad, y establecimos un ajuste de medicación, con su seguimiento correspondiente, más guiado por el modelo médico clásico. Sin embargo, en las visitas sucesivas, si bien mejoró ligeramente con el cambio farmacológico, el discurso estaba excesivamente centrado en su sintomatología y resultaba difícil poder salir de sus múltiples vivencias de fallo y autodesprecio. De esta forma, le propuse entrar en juego con un tratamiento más continuado donde nos enfocásemos más en elaborar y explorar otros aspectos de su vida, acercándonos en mayor intimidad con una frecuencia semanal de tratamiento, a lo cual accedió.

En los meses siguientes pudimos abordar aspectos de trauma acumulativo durante su crianza y adolescencia, muy marcados por la vivencia de ser defectuosa y de escasa valía, en un entorno familiar muy brillante en lo académico y laboral, pero de estilo crítico y poco atento en lo emocional. María se iba atreviendo poco a poco a hablar, compartiendo recuerdos cargados de intensa vergüenza cuya temática común presentaban el lema de “no fui capaz de...”. Pese a sostener un trabajo bien remunerado y ser muy valorada en su entorno laboral, así como un círculo de amigos amplio, la dolorosa vivencia de fondo está marcada por el sentimiento de soledad interior y de desconexión emocional. En ocasiones, el uso de ciertas metáforas compartidas como el hacer desaparecer del móvil imágenes que nos desagradan con un simple gesto de dedo nos ha permitido distender el ambiente en momentos donde la angustia se elevaba y poder poner palabras a patrones de evitación fóbica de las emociones.

El tiempo de tratamiento con ella me ha permitido fascinarme con la enorme riqueza del encuentro clínico cuando está en nuestra capacidad poder combinar la terapia hablada con la farmacológica, y en especial con este caso, el giro radical que María adoptó al asumir una posición de mayor responsabilidad frente a sí misma y sus síntomas cuando dio el paso de empezar la psicoterapia conmigo, atreviéndose a bordear los síntomas y compartir en nuestro espacio de juego terapéutico la vergüenza de sus estados del self más vulnerables. La medicación ha sido un recurso al que nos hemos podido asir en situaciones de mayor complejidad y que a la vez ha abierto espacios para explorar las dificultades que tiene para poder pedir ayuda de una forma más directa, sin esperar a que la angustia sea tan desbordante y evidente que tenga que recurrir a la autolesión como forma de descargarla. Reconozco también que la medicación me ha servido en ciertas ocasiones como *objeto transicional* para mí mismo en momentos donde podía dudar más de mi capacidad terapéutica con ella, aportándonos cierta calma y seguridad a ambos, tal y como describía Winnicott con los peluches de los niños, aquellos objetos que eran encontrados y creados de forma conjunta por la madre y el bebé y que servían paradójicamente a este para mantener

el vínculo con su madre cuando esta se ausentaba. En este caso, la medicación como símbolo de mi unión con mi identidad primera de psiquiatra ha servido en ocasiones de sostén entre María y yo para darme cierta tranquilidad a la hora de compartir barco con ella y transitar por el camino de la terapia.

Me gustaría cerrar esta reflexión sobre mi camino como psicoterapeuta con la idea de que podemos encontrar los espacios transicionales en diversos lugares: en mi caso lo encuentro en la conjunción identitaria entre mi self psiquiatra y mi nuevo self en construcción como terapeuta, espacios con la potencialidad de juego mutuo e interrelación que me ayudan en el encuentro con mi paciente y mi capacidad de sostener y acompañar, pero también la idea de las teorías psicoanalíticas como objetos transicionales que son ofrecidas por nuestros profesores y los autores que leemos, pero que nosotros debemos asimilar creativamente para que no se transformen en manuales de recetas a seguir, sino en metáforas que abran el pensamiento en nuestro trabajo diario con los pacientes y, porque no, en bálsamos que puedan atenuar ligeramente la angustia inherente a la labor terapéutica.

REFERENCIAS

- Abello, A. (2011). Desarrollo emocional temprano. Cap. II de la obra de: A. Abello y A. Liberman: *Una introducción a la obra de D.W. Winnicott*. Madrid: Ágora Relacional.
- Sáinz, F. (2017). *Winnicott y la perspectiva relacional en el psicoanálisis*. Herder (Fundación Vidal y Barraquer).
- Winnicott, D.W. (1949). La mente y su relación con el psiquesoma. *Brit. J. Med. Psychan.*, gol. XXVII, 1951.
- Winnicott, D.W. (1958). Desarrollo emocional primitivo. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, (pp.199 y ss.). Paidós, 1998.
- Winnicott, D.W. (1954). Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, (pp. 371 y ss.). Paidós, 1998.
- Winnicott, D.W. (1951). Objetos y fenómenos transicionales. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, (pp. 307-324). Paidós, 1998.
- Winnicott, D.W. (1960). La distorsión del Yo en términos de verdadero y falso self. En *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador* (pp. 182-199). Paidós, 1992.
- Winnicott, D.W. (1955-56). Variedades clínicas de la transferencia. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, (pp. 391-396). Paidós, 1998.
- Winnicott, D.W. (1971a). *Realidad y Juego*. Gedisa, 1997. [W10]

Original recibido con fecha: 30/4/2024

Revisado: 13/5/2024

Aceptado: 15/5/2024

Resumen:

En este trabajo me propongo reflexionar sobre mi camino hacia la psicoterapia partiendo de mi formación médico-psiquiátrica previa, e ir enlazando con ciertos conceptos de la teoría y la técnica en la obra de Winnicott que me han podido sostener en algunas circunstancias que requerían salirse de los corsés imaginarios de mi identidad médica, especialmente para el abordaje de pacientes graves.

Palabras clave: psiquiatría, relacional, winnicott, sostén, integración, juego, medicación.

Cita bibliográfica / Reference citation:

Crossley López, V. (2024). Psiquiatría y psicoanálisis relacional: un espacio transicional en mi camino como terapeuta. *Clínica e Investigación Relacional*, 18 (1): 172-181. [ISSN 1988-2939] [Recuperado de www.ceir.info] DOI: 10.21110/19882939.2024.1801