



# DESÓRDENES FRONTERIZOS Y NARCISISMO PATOLÓGICO

Otto Kernberg

Paidós Psicología Profunda

**DESÓRDENES FRONTERIZOS  
Y NARCISISMO PATOLÓGICO**

## Biblioteca de PSICOLOGÍA PROFUNDA

Últimos títulos publicados:

180. C. Bollas - *Ser un personaje*
181. M. Hekier y C. Miller - *Anorexia-Bulimia: deseo de nada*
182. L. J. Kaplan - *Perversiones femeninas*
185. J. E. Milmaniene - *El goce y la ley*
186. R. Rodulfo (comp.) - *Trastornos narcisistas no psicóticos*
190. O. F. Kernberg - *Relaciones amorosas*
191. F. Ulloa - *Novela clínica psicoanalítica*
192. M. Burin y E. Dio Bleichmar (comps.) - *Género, psicoanálisis, subjetividad*
193. H. Fiorini - *El psiquismo creador*
194. J. Benjamin - *Los lazos de amor*
195. D. Maldavsky - *Linajes abúlicos*
196. G. Baravalle y otros - *Manías, dudas y rituales*
197. J. D. Nasio - *Cómo trabaja un psicoanalista*
198. R. Zukerfeld - *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*
199. V. Korman - *El oficio de analista*
200. J.-D. Nasio - *Los gritos del cuerpo*
202. J. Puget (comp.) - *La pareja*
204. E. Galende - *De un horizonte incierto*
205. A. Bauleo - *Psicoanálisis y grupalidad*
206. D. W. Winnicott - *Escritos de pediatría y psicoanálisis*
207. J. Puget e I. Berenstein - *Lo vincular*
208. D. W. Winnicott - *Reflexionando sobre los niños*
209. J. Benjamin - *Sujetos iguales, objetos de amor*
210. E. Dio Bleichmar - *La sexualidad femenina*
211. N. Bleichmar y C. L. de Bleichmar - *El psicoanálisis después de Freud*
212. M. Rodulfo y N. González - *La problemática del síntoma*
213. J. Puget (comp.) - *Psicoanálisis de pareja*
214. J. McDougall - *Las mil y una caras de Eros*
215. M. Burín e I. Meler - *Género y familia*
216. H. Chbani y M. Pérez-Sánchez - *Lo cotidiano y el inconsciente*
217. I. Vegh - *Hacia una clínica de lo real*
218. J. E. Milmaniene - *Extrañas parejas*
219. P. Verhaeghe - *¿Existe la mujer?*
220. R. Rodulfo - *Dibujos fuera del papel*
221. G. Lancelle (comp.) - *El self en la teoría y en la práctica*
222. M. Casas de Pereda - *En el camino de la simbolización*
223. P. Guyomard - *El deseo de ética*
224. B. Burgoyne y M. Sullivan - *Los diálogos sobre Klein-Lacan*
225. L. Hornstein - *Narcisismo*
226. M. Burin e I. Meler - *Varones*
227. F. Dolto - *Lo femenino*
228. J. E. García Badaracco - *Psicoanálisis multifamiliar*
229. J. Moizeszowicz y M. Moizeszowicz - *Psicofarmacología y territorio freudiano*
230. E. Braier (comp.) - *Gemelos*
231. I. Berenstein (comp.) - *Clínica familiar psicoanalítica*
232. I. Vegh - *El prójimo: enlaces y desenlaces del goce*
233. J. D. Nasio - *Los más famosos casos de psicosis*
234. I. Berenstein - *El sujeto y el otro: de la ausencia a la presencia*
235. N. Chodorow - *El poder de los sentimientos*
236. P. Verhaeghe - *El amor en los tiempos de la soledad*
237. C. Leiberman y N. Bleichmar - *Las perspectivas del psicoanálisis*
239. C. G. Jung - *Conflictos del alma infantil*

Otto F. Kernberg

**DESÓRDENES  
FRONTERIZOS  
Y NARCISISMO  
PATOLÓGICO**



**PAIDÓS**

Barcelona  
Buenos Aires  
México



Título del original inglés: *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*  
Jason Aronson, Inc., Nueva York

Versión castellana de Stella Abreu  
Cubierta de Gustavo Macri

Quedan rigurosamente prohibidas, sin la autorización escrita de los titulares del «Copyright», bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier método o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamo públicos.

© 1975 by Jason Aronson, Inc.  
Por acuerdo con Mark Paterson Colchester  
e International Editor's Co.  
© 1979 de todas las ediciones en castellano,  
Ediciones Paidós Ibérica, S.A.,  
Mariano Cubí, 92 - 08021 Barcelona  
<http://www.paidos.com>

ISBN: 84-493-1051-2  
Depósito legal: B-15.763/2005

Impreso en Hurope, S. L.,  
Lima, 3 - 08030 Barcelona

Impreso en España - Printed in Spain

# INDICE

RECONOCIMIENTOS .....	13
PREFACIO .....	15

## PRIMERA PARTE

### LA ORGANIZACION DE LA PERSONALIDAD FRONTERIZA

I. EL SINDROME .....	19
Revisión de la bibliografía, 20. Análisis descriptivo: elementos del diagnóstico "presuntivo", 23. Análisis estructural, 34; Análisis genético-dinámico, 49. Resumen, 53. Bibliografía, 54.	
II. LA CONTRATRANSFERENCIA .....	57
El concepto de contratransferencia, 57. Regresión e identificación en la contratransferencia, 62. Fijaciones contratransferenciales crónicas, 66. Importancia de la preocupación como rasgo general en el analista, 68. Resumen, 70. Bibliografía, 71.	
III. PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO .....	73
Introducción, 73. Revisión de la bibliografía pertinente, 76. Características de la transferencia y la contratransferencia, 79. Vicisitudes de los instintos y estrategia psicoterapéutica, 100. Otros comentarios acerca de la modalidad de tratamiento, 101. Bibliografía, 104.	
IV. PRONOSTICO .....	107
Diagnóstico descriptivo del carácter, 107. Intensidad y cualidad de la labilidad yoica, 122. Intensidad y cualidad	

de la patología superyoica, 129. Cualidad de las relaciones objetales, 134. Pericia y personalidad del terapeuta, 136. Resumen, 138. Bibliografía, 140.

- V. **DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO** ..... 142  
 Revisión crítica de la bibliografía reciente, 142. Resumen de trabajos anteriores, 148. Otras consideraciones acerca del tratamiento, 156. Diagnóstico diferencial entre la esquizofrenia y los desórdenes fronterizos, 162. Bibliografía, 167.
- VI. **ESTRUCTURACION GENERAL Y FASE INICIAL DEL TRATAMIENTO** ..... 169  
 Organización general del tratamiento, 170. Encuadre terapéutico básico, 175. Problemas especiales de las primeras etapas del tratamiento, 181. Bibliografía, 191.
- VII. **LA VIVENCIA SUBJETIVA DE VACIO** ..... 192  
 Bibliografía, 201.

## SEGUNDA PARTE

### LA PERSONALIDAD NARCISISTA

- VIII. **TRATAMIENTO DE LA PERSONALIDAD NARCISISTA** 205  
 Características etiológicas y dinámicas, 207. Diagnóstico diferencial, 213. Consideraciones técnicas, 217. Consideraciones acerca del pronóstico, 222. Un período crucial del tratamiento, 229. Resumen, 232. Bibliografía, 233.
- IX. **PROBLEMAS CLINICOS DE LA PERSONALIDAD NARCISISTA** ..... 235  
 Características clínicas de la personalidad narcisista como tipo específico de la patología caracterológica, 235. Relación de la personalidad narcisista con los desórdenes fronterizos y las psicosis, 236. Relación entre narcisismo normal y narcisismo patológico, 240. Contratransferencia y modificación terapéutica de las resistencias narcisistas, 263. Pronóstico del narcisismo con tratamiento y sin él, 270. Bibliografía, 277.

<b>X. NARCISISMO NORMAL Y NARCISISMO PATOLOGICO</b>	<b>278</b>
Definición del narcisismo normal, 278. Narcisismo patológico, 284. Aplicaciones diagnósticas de esta conceptualización de narcisismo patológico, 288. Tratamiento de las personalidades narcisistas, 292. Problemas terminológicos e inferencias metapsicológicas del narcisismo, 297. Bibliografía, 302.	
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>303</b>

***A Paulina, Martin, Karen y Adine.***

## RECONOCIMIENTOS

Esta obra incluye estudios que tuvieron como punto de partida mi labor en el Proyecto de Investigación Psicoterapéutica de la Fundación Menninger. Debo al doctor Robert Wallerstein, anterior director del mencionado proyecto y director de investigación de la Fundación Menninger, el estímulo inicial para la realización de mis tareas específicas referidas a los desórdenes fronterizos, como parte de los lineamientos generales del proyecto. Durante todo el tiempo en que el doctor Wallerstein fue director del proyecto, y también con posterioridad —cuando al ausentarse de Topeka lo reemplacé en la dirección—, tuve el privilegio de contar con el sostenido apoyo y la crítica constructiva de todos los integrantes del equipo. Entre ellos, estoy especialmente agradecido a los doctores Gertrude Ticho, Ernst Ticho, Ann Appelbaum, Stephen Appelbaum, Leonard Horwitz, Esther Burstein y Lolafaye Coyne, quienes leyeron y discutieron detalladamente conmigo los diversos aspectos de los trabajos incluidos en este libro. Las ideas del doctor Ernst Ticho respecto de la relación y las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia tuvieron gran influencia sobre mi abordaje técnico de los pacientes fronterizos.

Deseo mencionar, entre otros amigos y colegas que me brindaron su estímulo, al doctor Herman van der Waals, ex director del Instituto de Psicoanálisis de Topeka y del C. F. Menninger Memorial Hospital, cuyas ideas fueron una guía crucial para el desarrollo de mis formulaciones acerca de la personalidad narcisista y su tratamiento, y al doctor Jerome D. Frank, profesor emérito de psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad Johns Hopkins y director del equipo de investigación psicoterapéutica de la Clínica Henry Phipps, que me inició en las complejas formulaciones y procedimientos de la investigación psicoterapéutica.

La señora Virginia Eicholtz, editora gerente del *Bulletin of the Menninger Clinic*, logró, merced a su paciencia y su no menor firmeza y persuasión, perfeccionar idiomáticamente mi trabajo.

Mi esposa, la doctora Paulina Kernberg, fue mi crítica más minuciosa y creativa; sin su permanente cuestionamiento y al mismo tiempo estimulante revisión, esta obra no habría sido posible.

Por último, estoy profundamente agradecido a la señora Mary Patton, jefa de secretaría del Proyecto de Investigación de la Fundación Menninger y mi secretaria mientras ejercí la dirección del C. F. Menninger Memorial Hospital, y a la señora Jean Thomas, jefa de secretaría del Servicio de Clínica General del Instituto de Psiquiatría del Estado de Nueva York, por la dedicación, la precisión y la extraordinaria eficiencia que demostraron al preparar esta obra para su publicación.



## PREFACIO

Esta obra expone un análisis sistemático de los desórdenes fronterizos —su psicopatología, su diagnóstico, su pronóstico y su tratamiento— que refleja trece años de esfuerzos tendientes a conceptualizar esta amplia y polémica categoría psicopatológica, a la luz de la actual psicología del yo y de la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales.

El estudio de un subgrupo de los pacientes fronterizos, las personalidades narcisistas, constituye un desafío particularmente difícil. Estas personalidades son en apariencia similares a los pacientes fronterizos ordinarios y sin embargo se diferencian de éstos en ciertos aspectos; su organización defensiva parece ser semejante a la que se observa en los desórdenes fronterizos, pero en muchos casos exhiben un funcionamiento psicosocial mucho mejor que el de aquellos pacientes. La dilucidación de ésta y otras peculiaridades clínicas de las personalidades narcisistas determinó mi particular concepción del diagnóstico y el tratamiento de estos pacientes, tema que desarrollo en la segunda parte del presente volumen.

Los diversos capítulos de la primera parte abarcan una revisión de la bibliografía sobre los desórdenes fronterizos: el capítulo I incluye los aportes anteriores a 1967 respecto de su diagnóstico; el capítulo III, la bibliografía de la misma época dedicada al tratamiento, y el capítulo V comprende las contribuciones del período 1968-1972 referentes tanto al diagnóstico como al tratamiento. Consideré preferible mantener esta división cronológica debido a que algunos de mis últimos trabajos han incorporado la influencia de los aportes más recientes a la bibliografía sobre desórdenes fronterizos, mientras que otros constituyen una respuesta a dichos aportes.

O. K.

**PRIMERA PARTE**

**LA ORGANIZACION DE LA PERSONALIDAD FRONTERIZA**

## CAPÍTULO I

### EL SINDROME

Intentaré presentar aquí una descripción metódica de los aspectos sintomáticos, estructurales y genético-dinámicos de los desórdenes de la así llamada personalidad fronteriza. En la literatura especializada se hace referencia a esta psicopatología utilizando denominaciones diversas, por ejemplo, "estados fronterizos" (35), estructura "pre-esquizofrénica" de la personalidad (43), "caracteres psicóticos" (14), "personalidad fronteriza" (40, 44). Ciertos autores no precisan con claridad si los términos "esquizofrenia ambulatoria" (53) y "esquizofrenia seudoneurótica" (24) se refieren a desórdenes de la personalidad fronteriza o a pacientes psicóticos más regresivos cuya sintomatología es semejante a los desórdenes fronterizos. Las investigaciones psicoanalíticas de las personalidades "como si" (2), de las estructuras esquizoides de la personalidad (6) y de los casos de graves distorsiones yoicas (16) parecen ocuparse de individuos que también están vinculados con el grupo de los pacientes fronterizos.

Existe un importante grupo de constelaciones psicopatológicas que comparten una forma bastante específica y notablemente estable de patología de la estructura yoica. Esta patología yoica difiere de la observada en las neurosis y las perturbaciones caracterológicas más moderadas por una parte, y de las psicosis por la otra. Cabe considerar por lo tanto que estos pacientes ocupan un área limítrofe entre la neurosis y la psicosis. El término *organización fronteriza de la personalidad*, más que "estados fronterizos" o cualquier otra denominación, es el que mejor describe a los pacientes que presentan una organización patológica de la personalidad, específica y estable (29) y no un estado transitorio que fluctúa entre la neurosis y la psicosis.

Los síntomas iniciales pueden ser similares a los de las neurosis y los desórdenes caracterológicos; de ahí que sin un exhaustivo estudio diagnóstico se corre el riesgo de pasar por alto la particular organización caracterológica de estos pacientes, limitando así las posibilidades del tratamiento. La organización fronteriza de la personalidad requiere abordajes terapéuticos específicos que sólo pueden surgir de un estudio diagnóstico preciso.

Los pacientes de personalidad fronteriza pueden sufrir episodios psicóticos pasajeros cuando se encuentran en situaciones de gran tensión o bajo los efectos del alcohol o las drogas. Por lo general estos episodios remiten con terapias relativamente breves pero bien estructuradas. Cuando se intentan abordajes analíticos clásicos, estos pacientes suelen experimentar una pérdida de la prueba de realidad e incluso ideas delirantes que aparecen únicamente en la transferencia. Por lo tanto, desarrollan una psicosis transferencial y no una neurosis transferencial (50). Lo usual es que conserven su prueba de realidad, salvo en las circunstancias especiales mencionadas: gran tensión, regresión inducida por alcohol o drogas y psicosis transferencial (14). En las entrevistas clínicas, la organización formal de los procesos de pensamiento aparece intacta. Las pruebas psicológicas, en particular los tests proyectivos no estructurados, revelan a menudo en estos pacientes una tendencia al funcionamiento del proceso primario (43).

Mientras que generalmente es posible identificar las principales diferencias entre la organización fronteriza de la personalidad y los estados psicóticos (14), resulta más difícil identificar las existentes entre aquella y las neurosis. Es precisamente el reconocimiento de tal dificultad lo que me lleva a intentar aquí la dilucidación de esas complejas distinciones.

### Revisión de la bibliografía

Nuestro intento de analizar los aspectos descriptivos, estructurales y genético-dinámicos de la organización fronteriza de la personalidad, con especial énfasis en la típica patología de las relaciones objetales, se basa en la obra de muchos autores pertenecientes a distintas corrientes teóricas y con enfoques terapéuticos diferentes. La bibliografía de las primeras épocas está compuesta en su mayor parte por descripciones clínicas de pacientes que hoy en día serían considerados "fronterizos". Cabe mencionar entre otras las descripciones de Zilboorg (53), de Hoch y Polatin (24) y las de Rapaport, Gill y Schafer, basadas en tests psicológicos (43). Con posterioridad Zilboorg (54) amplió su descripción, en tanto que Hoch y Cattell (23) elaboraron el diagnóstico de "esquizofrenia pseudoneurótica". Bychowsky (1) estudió otros aspectos de la sintomatología de ciertos pacientes fronterizos y describió también algunas de sus características estructurales más importantes, como la persistencia de primitivos estados yoicos disociados y el clivaje de las imágenes parentales en objetos buenos y malos. Es de hacer notar que Zilboorg y Hoch, que hicieron aportes fundamentales al análisis descriptivo de los desórdenes fronterizos, consideraron esquizofrénicos a todos estos pacientes; al parecer, no llegaron a reconocer que se hallaban frente a una forma diferente de psicopatología.

Hasta hace poco tiempo, hubo gran confusión en la bibliografía especializada debido a que el término "fronterizo" se empleaba para referirse tanto a las manifestaciones agudas transitorias de pacientes que regresan rápidamente de una sintomatología neurótica a una franca reacción psicótica, como a pacientes que funcionan crónicamente de manera estable en un nivel limítrofe entre neurosis y psicosis (40, 44, 49). La denominación de "fronterizo" debe quedar reservada para aquellos pacientes que presentan una organización caracterológica crónica que no es ni típicamente neurótica ni típicamente psicótica y que está caracterizada por: 1) constelaciones sintomáticas típicas; 2) una constelación típica de maniobras defensivas del yo; 3) una patología típica de las relaciones objetales internalizadas, y 4) rasgos genético-dinámicos típicos. Frosch (14) contribuyó a elaborar el diagnóstico diferencial entre personalidad fronteriza y psicosis; destacó que si bien los pacientes fronterizos presentan alteraciones en sus relaciones con la realidad y en sus vivencias de la realidad, conservan su prueba de realidad, en contraste con los pacientes que sufren reacciones psicóticas.

La bibliografía que se ocupa de los aspectos estructurales de la personalidad fronteriza puede ser dividida en dos grupos: 1) el que estudia las manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica y la regresión a primitivas estructuras cognitivas vinculadas con el pensamiento del proceso primario, y 2) el que estudia las operaciones defensivas específicas, características de la personalidad fronteriza. El primer grupo recibió la influencia de Rapaport, Gill y Schafer (43), en especial por su descubrimiento de pacientes "preesquizofrénicos" en quienes las pruebas psicológicas revelaron un predominio del pensamiento del proceso primario, que reflejaba también una marcada debilidad yoica, en comparación con los típicos pacientes neuróticos. Knight (35, 36) sintetizó los rasgos descriptivos generales de estos pacientes y la manera en que la labilidad de su yo afecta su tratamiento. Llamó la atención sobre la severa regresión que sufren en la transferencia, así como sobre la necesidad de modificar consecuentemente el abordaje psicoterapéutico de estos pacientes.

Las más importantes contribuciones al segundo grupo, o sea el que estudia las operaciones defensivas específicas que forman parte de la organización estructural de los pacientes fronterizos, provienen de una orientación teórica diferente, en especial de quienes analizaron los procesos de escisión y su particular importancia en los individuos esquizoides, tal como los describieron Fairbairn (6, 7) y Melanie Klein (34). Freud fue quien primero se refirió al mecanismo de escisión (12, 13), que más tarde fue ampliado por Fairbairn. Este autor utilizó el término escisión para referirse a un activo mecanismo de defensa, más que a una cierta falta de integración yoica. Rosenfeld (45, 46) y Segal (47) contribuyeron también al esclarecimiento del concepto escisión como operación defensiva central del yo en niveles regresivos, y de su vinculación con otros mecanismos afi-

nes. En otro trabajo (29), mencioné otra definición del término "escisión", que es algo diferente y por cierto más restrictiva que la utilizada por los autores de la escuela kleiniana.

También Edith Jacobson analizó las defensas específicas de los pacientes fronterizos (25, 26, 27). Por su parte, Anna Freud (10) sugirió la conveniencia general de ordenar cronológicamente las operaciones defensivas del yo, partiendo de aquellas características de las primeras etapas del desarrollo yoico en las que no existe aún una neta separación entre yo y ello, hasta llegar a las defensas típicas de un yo más maduro. Karl Menninger y sus colaboradores (39) propusieron la posibilidad de desarrollar una concepción de enfermedad mental como proceso unitario, y de las diferentes formas de psicopatología en relación con grados o niveles específicos de organización defensiva. La obra de Menninger estimuló mis esfuerzos por ahondar nuestro conocimiento acerca de los específicos niveles "arcaicos" de organización defensiva que se observan en los pacientes fronterizos.

La más importante contribución a la comprensión de la organización fronteriza de la personalidad y su tratamiento surge del análisis de la patología de las relaciones objetales internalizadas de estos pacientes. El artículo de Helene Deutsch sobre las personalidades "como si" (2) constituyó un primer y fundamental aporte. Siguió después las conclusiones formuladas independientemente por Fairbairn (7, 8) y Melanie Klein (34).

Un buen número de estudios acerca de la patología de las relaciones objetales internalizadas proviene de la psicología del yo. Estos análisis se ocupan de fenómenos similares a los descritos con una terminología diferente por autores de la escuela inglesa, influenciada por Fairbairn y Klein; así por ejemplo, cabe mencionar el aporte realizado por Edith Jacobson en *The Self and the Object World* (28), los importantes hallazgos de Greenson (17, 18) y el estudio de Erik Erikson (5) acerca de la difusión de la identidad. Jacobson contribuyó no sólo a clarificar la patología de las relaciones objetales internalizadas de los pacientes fronterizos, sino además al reconocimiento de la vinculación de esta patología con las vicisitudes de la formación del yo y el superyó de estos mismos pacientes. El detallado análisis de Greenson acerca de las relaciones objetales internalizadas patológicas de las personalidades fronterizas y de sus efectos sobre sus relaciones también patológicas con otras personas, demuestra que la comprensión psicoanalítica puede constituir el mejor instrumento no sólo para estudiar los aspectos genéticos y dinámicos de estos pacientes, sino también para llegar a un esclarecimiento descriptivo de su caótica conducta. Khan (30) se ocupó de los elementos estructurales, tanto respecto de las operaciones de defensa específicas como de la típica patología de las relaciones objetales de estos pacientes.

Muchos de los autores mencionados hasta aquí estudiaron también los aspectos genético-dinámicos de la personalidad fronteriza y

todos ellos coinciden en destacar la importancia de los conflictos pregenitales de estos pacientes, sobre todo los orales, así como la inusual intensidad de su agresión pregenital. Subrayan asimismo la peculiar combinación de derivados instintivos pregenitales y genitales. Todos estos fenómenos han sido objeto de una detallada descripción por parte de Melanie Klein (33) y Paula Heimann (22).

No nos detendremos ahora en la bibliografía dedicada al tratamiento de pacientes fronterizos, ya que dicho tema será tratado en otros capítulos del presente volumen. Sin embargo, debido a la significación que tienen respecto del análisis diagnóstico de estos pacientes, debemos mencionar la descripción de Wallerstein (50) de la reacción transferencial psicótica en pacientes que desde el punto de vista diagnóstico no son psicóticos, y el estudio de Main (38) acerca de los efectos que producen las maniobras defensivas de estos pacientes en el entorno hospitalario inmediato. En el capítulo II se aborda la utilización con fines diagnósticos de las reacciones contra-transferenciales que la personalidad fronteriza provoca a menudo en el terapeuta. Se han publicado las presentaciones hechas en el curso de dos paneles (40, 44) acerca de los desórdenes fronterizos, que contribuyeron al esclarecimiento de dichos fenómenos. En un artículo de Gitelson (16) y en el informe del panel del cual aquél forma parte, se plantean muchos interrogantes sobre este tema a los que aún no se ha dado respuesta; son pertinentes asimismo las observaciones realizadas por Rosenfeld en ese mismo panel. Por último, Ekstein y J. Wallerstein (4) y Geleerd (15) sintetizaron las particularidades de los desórdenes fronterizos en la infancia.

Pasaré ahora a analizar los aspectos descriptivos, estructurales y genético-dinámicos de la organización fronteriza de la personalidad.

#### **Análisis descriptivo: elementos del diagnóstico "presuntivo"**

Los pacientes de personalidad fronteriza presentan al comienzo lo que superficialmente parece ser una típica sintomatología neurótica. Sin embargo, sus síntomas neuróticos y su patología caracterológica exhiben ciertas peculiaridades que apuntan a una organización fronteriza subyacente. Sólo un meticuloso examen diagnóstico revelará las particulares combinaciones de diferentes síntomas neuróticos. Ninguno de estos síntomas es por sí solo patognomónico, pero la presencia de dos, o especialmente tres de los enumerados a continuación, constituye un fuerte indicio de una personalidad fronteriza subyacente. Todos estos elementos descriptivos son sólo signos diagnósticos presuntivos de una personalidad fronteriza. El diagnóstico definitivo depende de la patología yoica característica y no de los síntomas descriptivos. Se enumeran a continuación las principales categorías sintomáticas, que sin embargo no componen una lista exhaustiva.



### 1. ANSIEDAD

Estos pacientes suelen presentar una ansiedad flotante, crónica y difusa, que adquiere especial significación cuando está presente toda una variedad de otros síntomas o rasgos patológicos del carácter. Por lo tanto, la ansiedad tiene un carácter más definitorio que los otros síntomas o rasgos caracterológicos, con la excepción de la reacción crónica de ansiedad que secundariamente ha llegado a tener el significado específico de un síntoma de conversión; perc probablemente este fenómeno sólo puede ser detectado mediante la indagación analítica. Asimismo, ciertos pacientes sometidos a psicoterapia intensiva pueden utilizar la ansiedad misma a modo de resistencia, convirtiéndola así en un mecanismo de defensa más o menos crónico; este tipo de ansiedad debe ser excluido de la categoría de ansiedad que nos ocupa en este momento.

### 2. NEUROSIS POLISINTOMÁTICA

Muchos pacientes presentan varios síntomas neuróticos, pero importa considerar aquí únicamente aquellos en los que se observan dos o más de los síntomas enunciados a continuación:

a) Fobias múltiples, sobre todo aquellas que causan graves limitaciones en la vida cotidiana del paciente; son importantes también las fobias vinculadas con el propio cuerpo o la apariencia personal (temor a sonrojarse, a hablar en público, a ser mirado por los demás), en contraste con las fobias relacionadas no con el propio cuerpo sino con objetos externos (fobia a determinados animales, temor a las tormentas, a las alturas, etc.); finalmente, son significativas también las fobias que tienen que ver con elementos de transición hacia una neurosis obsesiva (temor a la suciedad, a la contaminación). Las fobias múltiples, en especial aquellas que ponen de manifiesto tendencias paranoides y que provocan serias inhibiciones sociales, constituyen una evidencia presuntiva de personalidad fronteriza.

b) Síntomas obsesivo-compulsivos que secundariamente se han hecho sintónicos con el yo, adquiriendo en consecuencia el carácter de pensamientos y acciones "sobreevaluados". Si bien la prueba de realidad sigue estando presente y el paciente desea liberarse de sus pensamientos o actos absurdos, tiende al mismo tiempo a racionalizarlos. Por ejemplo, un paciente que se lavaba las manos compulsivamente y observaba rituales con los que buscaba protegerse de la contaminación, había elaborado una serie de consideraciones "razonables" acerca de la pulcritud, los peligros de la suciedad, etc. Importan también a los fines que nos ocupan los pacientes con ideas obsesivas de tipo paranoide o hipocondríaco.

c) Múltiples síntomas de conversión elaborados o grotescos, especialmente si son crónicos, o incluso una reacción de conversión

monosintomática grave de muchos años de duración; asimismo, síntomas de conversión de tipo elaborado que se acercan a alucinaciones corporales o en los que intervienen complejas sensaciones o secuencias de movimientos extraños.

d) Reacciones disociativas, en especial "estados de penumbra" o fugas histéricas, y amnesia asociada con perturbaciones de la conciencia.

e) Hipocondría: esta infrecuente y controvertida constelación está probablemente más relacionada con la patología caracterológica que con la neurosis sintomática. Viene al caso en este contexto únicamente en la medida en que es frecuente observar en las personalidades fronterizas una exagerada preocupación por la salud y un temor crónico a la enfermedad, que se manifiestan como síntomas crónicos, rituales de salud y retiro de la vida social, con el fin de concentrarse en su propio estado de salud. Es de hacer notar que no corresponden a esta categoría los pacientes que sufren una ansiedad intensa con moderadas tendencias hipocondríacas secundarias a la ansiedad misma.

f) Tendencias paranoides e hipocondríacas con cualquier otra neurosis sintomática. Se trata de una combinación típica que justifica el diagnóstico presuntivo de personalidad fronteriza. Naturalmente, hay muchos pacientes que presentan ligeras tendencias paranoides y, como se mencionó antes, ciertos rasgos hipocondríacos secundarios a la ansiedad; pero en este caso me refiero específicamente a los pacientes con tendencias paranoides definidas y relativamente fuertes, y netos rasgos hipocondríacos que no son secundarios a una reacción intensa de ansiedad.

Conviene subrayar nuevamente que ninguno de los síntomas mencionados basta para hacer un diagnóstico presuntivo de personalidad fronteriza. Es la presencia de dos o más de estos síntomas lo que alerta sobre la posibilidad de una patología fronteriza subyacente.

### 3. TENDENCIAS SEXUALES PERVERSO-POLIMORFAS

Se trata de pacientes con una desviación sexual manifiesta en cuyo marco coexisten varias tendencias perversas. Por ejemplo, un paciente correspondiente a esta categoría presentaba promiscuidad heterosexual y homosexual con elementos sádicos. Otro paciente, también homosexual, se exhibía ante las mujeres. Una paciente, presentaba homosexualidad junto con tendencias heterosexuales perverso-masoquistas. No están incluidos en esta categoría los pacientes cuya vida genital está centrada en una desviación sexual estable, y especialmente aquellos en quienes dicha desviación estable se asocia con las relaciones objetales constantes. Por el contrario, existen pacientes con total inhibición de su conducta sexual manifiesta, pero en cuyas

fantasías conscientes, sobre todo las masturbatorias, intervienen múltiples tendencias perversas como requisito indispensable para la gratificación sexual. Estos síntomas constituyen evidencia presuntiva de una organización fronteriza. Cuanto más caóticas y múltiples son las fantasías y los actos perversos y cuanto más inestables son las relaciones objetales vinculadas con esas interacciones, mayores motivos hay para sospechar la presencia de un desorden fronterizo. Las formas más extrañas de perversión, en especial aquellas en las que participan primitivas manifestaciones de agresión o un reemplazo primitivo de objetivos genitales por eliminatorios (micción, defecación) apuntan también a una organización fronteriza subyacente.

#### 4. LAS "CLÁSICAS" ESTRUCTURAS DE LA PERSONALIDAD PREPSICÓTICA

a) Personalidad paranoide (tendencias paranoides de intensidad tal que constituyen en sí mismas el principal elemento del diagnóstico presuntivo).

b) Personalidad esquizoide.

c) Personalidad hipomaniaca y organización "ciclotímica" de la personalidad con marcadas tendencias hipomaniacas.

Importa destacar que los pacientes crónicamente depresivos con marcados rasgos caracterológicos masoquistas, o lo que Laughlin denominó "personalidad depresiva", no están incluidos en esta categoría, a pesar de que su depresión puede exhibir características limítrofes entre los niveles neurótico y psicótico de depresión. Este tipo de pacientes será estudiado más adelante, al analizar las tendencias masoquistas del carácter.

#### 5. NEUROSIS IMPULSIVA Y ADICCIONES

Están comprendidas aquí las formas graves de patología caracterológica en las que hace irrupción de modo crónico y repetitivo un impulso destinado a gratificar necesidades instintivas, de un modo que, fuera de los episodios "impulsivos", resulta distónico con el yo, mientras que dentro del contexto de dichos episodios es sintónico con el yo y altamente placentero. El alcoholismo, las drogadicciones, ciertas formas de obesidad psicogénica y la cleptomanía son típicos ejemplos de esta categoría, que en los hechos se confunde con aquellas formas de desviación sexual en las que el síntoma perverso aparece de manera repentina y episódica y que, fuera de dichas manifestaciones episódicas resulta distónico con el yo y es incluso firmemente rechazado. Se confunde también con las personalidades "actuadoras", presentando con éstas una diferencia de tipo cuantitativo. Las neurosis impulsivas parecen centrarse en la preferencia por un escape temporariamente sintónico con el yo que permite la

directa gratificación de una necesidad instintiva; los caracteres "actuadores", en cambio, muestran una falta de control de los impulsos más generalizada, combinaciones más caóticas de impulsos y defensas en diversas áreas, una sintonicidad con el yo menos neta y una gratificación menos directa y grosera de determinado impulso.

#### 6. DESÓRDENES CARACTEROLÓGICOS DE "NIVEL INFERIOR"

Se trata de la patología caracterológica más severa, típicamente representada por el carácter caótico e impulsivo, en contraposición con los clásicos tipos de formación reactiva y los más moderados "rasgos evitativos". Más adelante profundizaré el esclarecimiento de este punto, al ocuparme del análisis estructural de la personalidad fronteriza, refiriéndome entonces a la proposición, formulada en otro trabajo (29) acerca de la clasificación de la patología caracterológica a lo largo de una secuencia (que va de un "nivel superior" hasta un "nivel inferior") establecida según el predominio de los mecanismos de represión o de disociación. Desde el punto de vista clínico, las más típicas personalidades histéricas no son estructuras fronterizas; lo mismo cabe decir de la mayor parte de las personalidades obsesivo-compulsivas, de la "personalidad depresiva" y de las personalidades masoquistas mejor integradas. Por el contrario, muchas *personalidades infantiles* y las más típicas *personalidades narcisistas* presentan una organización fronteriza subyacente: las personalidades "como si" corresponden también a este último grupo. Asimismo, las *personalidades antisociales* que tuve oportunidad de estudiar mostraron, en todos los casos, una típica organización fronteriza.

Haré seguidamente una breve revisión del diagnóstico diferencial de las personalidades histéricas, las personalidades infantiles y las personalidades narcisistas que, en mi opinión, representan una secuencia en la cual la personalidad histérica es una típica neurosis caracterológica del "nivel superior"; la personalidad infantil corresponde al "nivel medio", penetrando en la típica área fronteriza, y la personalidad narcisista ocupa el "nivel inferior", si bien suele ascender hasta el nivel medio de la secuencia.

a) PERSONALIDAD HISTÉRICA Y PERSONALIDAD INFANTIL. Podríamos agrupar las principales constelaciones caracterológicas de las personalidades histéricas en relación con los siguientes rubros: I) labilidad emocional; II) "excesivo compromiso"; III) combinación de tendencias a la dependencia y al exhibicionismo; IV) pseudohipersexualidad e inhibición sexual; V) tendencias competitivas selectivas con hombres y mujeres, y VI) rasgos masoquistas. Más que examinar la significación de cada uno de estos rubros, quisiera destacar aquellos aspectos que son pertinentes al diagnóstico diferencial entre personalidad histérica y personalidad infantil (3), que en ocasiones suelen ser confundidas.

I) *Labilidad emocional*. En la personalidad histérica, la pseudohiperemocionalidad es empleada como defensa destinada a reforzar la represión; se manifiesta con marcada intensidad en las áreas conflictivas (compromisos sexuales) y como típica resistencia transfe-rencial. En las áreas no conflictivas, en cambio, estos pacientes presentan una relativa estabilidad emocional y sus reacciones suelen ser adecuadas. Por ejemplo, una paciente histérica que pasa de una crisis emocional a otra en sus relaciones con el marido, puede mostrarse notablemente estable y bien adaptada en su trabajo. Por el contrario, la labilidad emocional de la personalidad infantil es generalizada y difusa; las áreas libres de conflicto, si las hay, son escasas, lo cual refleja una mayor inadecuación social en comparación con la personalidad histérica. En esta última, la falta de control de impulsos se manifiesta en determinados campos y sólo en el momento culminante de algún conflicto. En la personalidad infantil, por el contrario, el mismo fenómeno aparece de manera mucho más generalizada.

II) *"Excesivo compromiso"*. El exagerado compromiso que asume la personalidad histérica en sus relaciones con los demás suele impresionar en apariencia como relativamente adecuado. En el caso de las mujeres, puede aparecer ante los ojos de un observador inexperto como un típico rasgo de encanto femenino. El aferramiento de tipo infantil y la necesidad de constante proximidad se manifiestan selectivamente en ciertas relaciones, sobre todo en las heterosexuales, en cuyo contexto constituye una defensa regresiva contra los temores genitales. La "extraversión" de las personalidades histéricas, la rápida pero superficial resonancia intuitiva con los demás y la exagerada identificación con las significaciones emocionales de la fantasía, el arte o la literatura aparecen en el marco de un bien consolidado pensamiento del proceso secundario y de una buena evaluación de la realidad inmediata. En la personalidad infantil, en cambio, la excesiva identificación de tipo infantil tiene características más desesperadas e inadecuadas; refleja un grosero error en la interpretación de las motivaciones y la vida interior de los demás, aunque parezca adaptarse bien a éstas. En sus relaciones más duraderas, manifiestan tendencias a la agresión oral de tipo regresivo e infantil que, por el contrario, no aparecen en las personalidades histéricas.

III) *Necesidades de dependencia y exhibicionismo*. La necesidad de ser amado, de erigirse en el centro de atención y de atracción, adquiere en las personalidades histéricas una significación más sexual, ya que las necesidades de dependencia de tipo oral están ligadas con directas tendencias exhibicionistas de carácter genital. En la personalidad infantil, la necesidad de ser el centro de interés y atracción está menos sexualizada; tiene un carácter fundamentalmente oral, surge más de una sensación de indefensión y expresa demandas inadecuadas; el exhibicionismo, por otra parte, impresiona como "frío", lo cual refleja tendencias narcisistas más primitivas.

IV) *Seudohipersexualidad e inhibición sexual.* La combinación de provocación sexual en un nivel superficial e inhibición sexual por debajo de ese nivel, tal como se refleja en la frigidez, es típica de la personalidad histérica. En la personalidad infantil, los atractivos sexuales suelen ser más directos y menos sutiles; ponen de relieve una deficiente adaptación social y reflejan tendencias exhibicionistas y demandas de naturaleza oral, más que un acercamiento realmente sexualizado al sexo opuesto. La promiscuidad sexual es mucho menos frecuente entre las pacientes histéricas que entre las de personalidad infantil. El carácter histérico muestra fuertes componentes edípicos en sus vínculos sexuales (por ejemplo, compromisos crónicos con hombres de edad avanzada o con quienes la relación no puede llegar a concretarse) y es capaz de mantener un vínculo estable con la pareja sexual, siempre que se satisfagan ciertos requisitos de tipo neurótico indispensables para la relación. En la personalidad infantil, por el contrario, la promiscuidad es más errática, y los vínculos objetales, mucho menos estables. Asimismo, en contraste con el habitual predominio de una represión difusa de las fantasías sexuales en el carácter histérico, en la personalidad infantil suelen aparecer primitivas fantasías sexuales conscientes de tipo perverso-polimorfo.

V) *Tendencias competitivas con hombres y mujeres.* En las personalidades histéricas existe una diferenciación mucho más neta entre la configuración de las tendencias competitivas con el propio sexo y con el sexo opuesto. Las mujeres histéricas que compiten con hombres (para negar su inferioridad sexual) tienden a desarrollar a este respecto patrones caracterológicos estables; en la competencia con otras mujeres la rivalidad edípica suele prevalecer sobre los demás posibles orígenes de sus actividades competitivas. En la personalidad infantil, en cambio, su típico comportamiento ante los hombres y las mujeres está menos diferenciado; en general, sus actitudes competitivas son menos crónicas y hay una rápida alternancia de intensos sentimientos positivos y negativos, o entre momentos de sometimiento e imitación infantil de los otros, por una parte y por la otra, breves raptos de oposición empedernida.

VI) *Masoquismo.* Me referiré más detenidamente a este aspecto al estudiar la personalidad depresivo-masoquista, pero deseo mencionar aquí que lo que denomino masoquismo de "nivel superior", tal como lo reflejan los rasgos caracterológicos dinámicamente relacionados con un superyó rígido y punitivo, forma parte con frecuencia de la personalidad histérica. Por el contrario, en la personalidad infantil prevalecen los rasgos masoquistas de nivel "medio" o "inferior", con menos componentes de culpa y directa interpretación de características sádicas y masoquistas.

En resumen, la personalidad histérica pone de manifiesto mayor integración yoica y superyoica, mayor extensión de las áreas libres de conflicto en las funciones y estructuras yoicas y predominio de los conflictos edípicos sobre los orales, si bien estos últimos también

están presentes. Sus conflictos sexuales son de origen genital más que pregenital (3). En contraste, en la personalidad infantil prevalecen los problemas genitales, sobre todo orales. Hay una disminución de la capacidad de mantener relaciones objetales estables y el fracaso de su barrera represiva da lugar a la aparición de primitivas fantasías sexuales polimorfas. Los caracteres infantiles muestran una actitud de "dependencia" infantil que expresa demandas orales de tipo más agresivo que las que se observan en la personalidad histérica. En un plano más profundo, los pacientes de personalidad infantil son realmente incapaces de depender de los demás, lo cual está ligado con las graves distorsiones que sufren sus relaciones objetales internalizadas.

b) **PERSONALIDAD NARCISISTA.** Ya hemos dicho que la típica personalidad histérica no presenta una organización fronteriza subyacente; sí la presentan en cambio muchas personalidades infantiles y lo mismo cabe decir de la mayoría de las personalidades narcisistas. Haremos a continuación una breve descripción de este último grupo. Al respecto, quisiera acotar que cuando hablamos de pacientes de "personalidad narcisista" refiriéndonos estrictamente a aquellos en quienes se observa la constelación de rasgos caracterológicos detallada a continuación, la mayor parte de dichos pacientes presenta una organización fronteriza subyacente.

"Narcisismo" es un término descriptivo del que se ha hecho uso y abuso. Existe sin embargo un grupo de pacientes cuyo principal problema parece residir en su autoapreciación, en conexión con perturbaciones específicas de sus relaciones objetales, y a quienes podríamos ver casi como un "cultivo puro" de desarrollo patológico del narcisismo (48). En mi opinión, la expresión "personalidad narcisista" debería quedar reservada para estos pacientes. La personalidad narcisista no impresiona como muy regresiva; en muchos casos exhibe un funcionamiento social muy adecuado y en general el control de impulsos es mucho más eficaz que en la personalidad infantil.

Todas las interacciones de estos pacientes con los demás están referidas a sí mismos en medida inusual; tienen gran necesidad de ser amados y admirados y se detecta en ellos una curiosa contradicción entre un concepto muy inflado de sí mismos y la desmedida necesidad de recibir el tributo de los otros. Su vida emocional carece de profundidad; experimentan escasa empatía por los sentimientos de las demás personas; encuentran pocos motivos para disfrutar de la vida, más allá de los que les brindan el homenaje de los otros o sus propias fantasías grandiosas; se sienten inquietos y hastiados cuando el brillo externo se desgasta y no hallan nuevas fuentes para alimentar su autoestima. Envidian a otras personas; tienden a idealizar a determinados individuos de quienes esperan gratificaciones narcisistas, y a despreciar y desvalorizar a otros (a menudo sus anteriores ídolos) de quienes nada pueden esperar. En general, sus relaciones con los demás tienen un carácter netamente explotador y



en ocasiones parásito. Es como si sintieran tener el derecho de controlar y poseer a los otros y de explotarlos sin culpa; bajo su aparente simpatía y encanto, es posible percibir una naturaleza fría y despiadada. Se considera con frecuencia que estos pacientes "dependen" de los demás por su gran necesidad de recibir el tributo y el amor de otras personas, pero la honda desconfianza y el desprecio que sienten por todos los hacen totalmente incapaces de depender de nadie.

La exploración analítica demuestra muchas veces que su comportamiento altanero, grandioso y controlador es una defensa contra rasgos paranoides vinculados con la proyección de su rabia oral, que es un componente fundamental de su psicopatología. En un plano superficial, llama la atención la aparente ausencia de relaciones objetales; pero en un plano más profundo, las interacciones de estos pacientes revelan relaciones objetales internalizadas muy intensas y primitivas, de naturaleza atemorizante, y una incapacidad de depender de objetos buenos internalizados (46). La personalidad antisocial puede ser vista como un subgrupo dentro de la categoría de personalidad narcisista; presenta la misma constelación de rasgos caracterológicos, a la que se agrega una severa patología superyoica.

Este intento de agrupar los desórdenes caracterológicos según el grado en que constituyan indicios presuntivos de organización fronteriza plantea dos interrogantes: 1) ¿Es posible formular con precisión diagnósticos descriptivos diferenciales entre todas estas constelaciones caracterológicas? 2) ¿No se corre el riesgo de caer en una excesiva rigidez al tratar de ubicar la patología caracterológica a lo largo de una secuencia? Lo cierto es que en cualquier forma de organización del carácter tiende a haber gran fluctuación y que, por ejemplo, hay personalidades histéricas relativamente típicas que presentan características fronterizas. Al primer interrogante respondería afirmativamente, sugiriendo que el diagnóstico descriptivo diferencial es posible, dentro de las acostumbradas limitaciones que tienen los diagnósticos descriptivos en la psiquiatría clínica. Desafortunadamente, desarrollar este punto en detalle escapa al alcance de este trabajo. En cuanto al segundo interrogante, mi respuesta sería otra vez afirmativa, con lo cual admito que un paciente que presente cualquiera de las constelaciones caracterológicas mencionadas aquí podría ser ubicado en cualquiera de los puntos de la secuencia que representa la patología del carácter. Por ejemplo, un paciente con un típico carácter narcisista puede no ser "fronterizo" en absoluto. Sin embargo, poco a poco he llegado a la conclusión de que cuando el diagnóstico descriptivo está bien fundamentado y cuando se hace un cuidadoso registro de las particulares características de cada caso, que escapan al alcance del diagnóstico descriptivo, se hace posible ubicar tentativamente al paciente en la secuencia que refleja el grado de gravedad de la patología caracterológica. Su ubicación en el "nivel inferior" constituye una evidencia presuntiva de organización fronteriza.

c) ESTRUCTURAS CARACTEROLÓGICAS DEPRESIVO-MASOQUISTAS. I) *Personalidad depresiva*. La estructura caracterológica depresivo-masoquista es una forma muy compleja de patología del carácter, pero por esa misma razón es útil para ilustrar la secuencia propuesta. La "personalidad depresiva", tal como fue descrita por Laughlin (37), sería un buen ejemplo del "nivel superior" de estructura caracterológica, representada principalmente por las formaciones reactivas. Aunque en su origen predominan los conflictos pregenitales, desde el punto de vista estructural esta forma de patología está muy próxima a los caracteres histéricos y obsesivo-compulsivos. En el mismo nivel de nuestra secuencia cabe considerar una forma en cierto sentido diferente de organización masoquista; me refiero a los rasgos masoquistas que se observan con frecuencia en las personalidades histéricas y que, desde el punto de vista dinámico, representan una actuación de la culpa inconsciente generada por la genitalidad (por ejemplo, una paciente histérica con un superyó severo que refleja la internalización de la madre edípica prohibitiva).

II) *Carácter sadomasoquista*. Existe un nivel más bajo de organización masoquista que en nuestra secuencia se ubicaría en algún punto de la zona "media" y que está típicamente representado por el carácter "sadomasoquista". Estarían incluidos aquí un buen número de "quejosos que rechazan ayuda" (9); también algunas personalidades infantiles presentan estas características. Existe en estos pacientes una combinación de rasgos masoquistas y sádicos, en tanto que el perfeccionismo depresivo está ausente y los derivados de instintos sádicos encuentran un acceso más directo a los impulsos. Algunos de los pacientes incluidos en este grupo presentan una organización fronteriza, en contraste con el "nivel superior" que corresponde a pacientes de personalidad depresiva.

III) *Autodestructividad primitiva*. Existe un "nivel inferior" de caracteres masoquistas, en los cuales se observa una sexualización bastante primitiva de las necesidades masoquistas, la posible presencia de tendencias perverso-masoquistas y una descarga indiscriminada de la agresión hacia el mundo externo y hacia el propio cuerpo. Corresponden a este grupo los pacientes con marcada autodestructividad (pero sin un superyó bien integrado y llamativamente incapaces de sentir culpa). El típico ejemplo está representado por aquellos pacientes que consiguen cierto alivio inespecífico de su ansiedad hiriéndose o infligiéndose alguna otra forma de automutilación, o bien mediante acciones impulsivas de tipo suicida, que llevan a la práctica con un gran monto de rabia y prácticamente sin depresión alguna. Desde el punto de vista dinámico, prevalecen en ellos los conflictos preedípicos, con fusión y defusión bastante primitiva de los impulsos agresivos y sexuales. Si no todos, por lo menos la gran mayoría de estos pacientes presentan una organización fronteriza subyacente.

Al considerar los tres niveles de patología caracterológica vinculados con los rasgos depresivo-masoquistas, es de hacer notar que los pacientes del nivel superior experimentan más depresión que los del nivel inferior, lo cual nos lleva nuevamente a preguntarnos si la depresión como síntoma tiene valor diagnóstico a los fines del análisis de la personalidad fronteriza.

IV) *Depresión sintomática.* En primer lugar, la depresión como síntoma debe ser diferenciada de los rasgos caracterológicos depresivo-masoquistas. En segundo lugar, importa determinar la cualidad de la depresión sintomática, ya que cuanto mayor es la depresión que se asocia con auténticos sentimientos de culpa, remordimiento y preocupación por uno mismo, mayor es la integración superyoica que traduce. La depresión que se acerca más a una rabia impotente o a una combinación de desesperanza e indefensión derivada del derrumbe del concepto idealizado de sí mismo, tiene un valor muy inferior como índice de integración superyoica. Este hecho es importante a los fines de nuestro estudio, porque a una mayor integración del superyó corresponde un nivel más alto de patología caracterológica. En tercer lugar, importa conocer el monto de la depresión sintomática en sí misma y la intensidad de sus efectos desorganizantes sobre todas las funciones yoicas. La depresión severa, que se aproxima al grado psicótico de reacción depresiva, tendiendo a producir una desorganización yoica que se manifiesta como "despersonalización depresiva" o marcado retraimiento de los vínculos emocionales con la realidad, puede ser vista tentativamente como uno más de los índices presuntivos de organización fronteriza. En tales casos, a pesar del (o más bien, a causa del) "intacto" funcionamiento superyoico, el yo es incapaz de soportar a un superyó excesivamente severo y sádico. La consideración de estos tres parámetros (cualidad de la depresión, factores cuantitativos y nivel de la organización depresivo-masoquista) en relación con la presencia de depresión, pone en evidencia que ésta como síntoma no debe ser interpretada directamente como señal de organización fronteriza. Tanto el exceso como la ausencia de depresión pueden indicar un "nivel inferior" de organización caracterológica; el aspecto cualitativo de la depresión es en este caso tan importante como su aspecto cuantitativo.

Este pormenorizado estudio del problema de los caracteres depresivo-masoquistas y de la depresión sintomática tuvo por objeto subrayar que la sugerida secuencia de niveles de la patología caracterológica no es un simple ordenamiento de rótulos diagnósticos y requiere evaluaciones descriptivas dinámicas y estructurales.

En resumen, el análisis de los aspectos descriptivos de la psicopatología, cuando éstos son suficientemente marcados, permite sustentar el diagnóstico presuntivo de organización fronteriza; pero el diagnóstico definitivo depende del análisis estructural de cada caso.

### Análisis estructural

Desde el punto de vista psicoanalítico, el término "análisis estructural" tiene varios significados. En primer lugar, se refiere al análisis de los procesos mentales desde la perspectiva de las tres estructuras psíquicas (yo, ello, superyó). Este es el sentido original con el que Freud usó el término, en contraste con su anterior punto de vista "topográfico". En segundo lugar, análisis estructural en un sentido más amplio se refiere a las proposiciones de Hartmann (20) y sobre todo de Rapaport y Gill (42), según las cuales el yo es una combinación de a) "estructuras" o configuraciones caracterizadas por un lento ritmo de cambio que canalizan los procesos mentales, b) estos procesos o "funciones" mentales en sí mismos y c) los "umbrales". Desde el punto de vista clínico, esta segunda acepción del término "análisis estructural" se traduce en el estudio de las estructuras cognitivas (principalmente la relación entre pensamiento del proceso primario y pensamiento del proceso secundario) (41) y de las estructuras defensivas (constelación de mecanismos de defensa y aspectos defensivos del carácter). Existe un tercer significado de "análisis estructural", que se aplica al análisis de los derivados estructurales de las relaciones objetales internalizadas (8, 29). Los dos primeros significados están, por supuesto, íntimamente conectados y pueden quedar unificados, en la concepción de Hartmann del ello, el yo y el superyó, como tres estructuras generales del aparato psíquico que están definidas por sus respectivas funciones, dentro de las cuales existen subestructuras determinadas por funciones específicas y que, a su vez, dan origen a nuevas funciones. Al estudiar la personalidad fronteriza, aplicaré primero el análisis estructural que considera al yo como una estructura general que integra subestructuras y funciones y pasaré después a explorar los derivados estructurales de las relaciones objetales internalizadas que específicamente importan a esta forma de psicopatología.

#### 1. MANIFESTACIONES INESPECÍFICAS DE LABILIDAD YOICA

La exagerada extensión y el abuso de que ha sido objeto el concepto de "labilidad yoica" han hecho que muchas personas dejen de utilizarlo. Sin embargo, cuando los diversos aspectos de la "labilidad yoica" están adecuadamente individualizados y diferenciados, el concepto sigue siendo útil. Existen aspectos "específicos" de labilidad yoica, como por ejemplo el predominio de primitivos mecanismos de defensa característica de la personalidad fronteriza. Al hablar de aspectos "inespecíficos" de labilidad yoica, me refiero a tres características (51): a) *falta de tolerancia a la ansiedad*, b) *falta de control de impulsos* y c) *insuficiente desarrollo de los canales de sublima-*

*ción.* Un cierto grado de indiferenciación entre las imágenes de sí mismo y de los objetos y el concomitante desvanecimiento de los límites yoicos pueden ser vistos como otra manifestación "inespecífica" de labilidad yoica en los desórdenes fronterizos; sin embargo, por estar íntimamente conectado con la patología de las relaciones objetales internalizadas, este aspecto será abordado al estudiar dicha patología. En ocasiones, la rigidez de los patrones caracterológicos es erróneamente considerado índice de fortaleza yoica. Los caracteres excesivamente rígidos o excesivamente fluidos no reflejan en sí mismos la fortaleza o la debilidad del yo; constituyen más bien modalidades específicas de organización de la patología caracterológica.

La *falta de tolerancia a la ansiedad* se refleja en la medida en que una ansiedad mayor que la experimentada habitualmente provoca en el paciente la formación de nuevos síntomas, actitudes aloplásticas o regresión yoica. Cabe destacar que no es el grado de ansiedad lo que importa en este caso, sino la manera en que el yo reacciona ante toda "carga" adicional de ansiedad. En los pacientes que presentan una marcada ansiedad crónica, esta variable es difícil de observar. La total ausencia de ansiedad no es en sí misma un indicador del grado de tolerancia a la ansiedad. Desde el punto de vista clínico, el único medio para evaluarla adecuadamente es quizás un detenido examen diagnóstico realizado a lo largo de varias semanas.

Los caracteres impulsivos son un típico ejemplo de *alta de control de impulsos*. Sin embargo, es importante diferenciar entre la falta de control inespecífica y generalizada, y la "falta de control de impulsos" altamente individualizada que forma parte de la formación caracterológica defensiva. Destaqué en otro lugar (29) que muchas veces lo que aparenta no ser más que una falta de control de impulsos vinculada con la labilidad del yo, puede reflejar maniobras defensivas muy específicas y la aparición en la conciencia de un sistema de identificación disociado. En tal caso, el carácter específico de esta "falta de control" queda demostrado por varios hechos, a saber: los impulsos que se expresan en los episodios de comportamiento impulsivo son sintónicos con el yo; se repiten los mismos tipos de falta de control; no hay contacto emocional entre el sector involucrado de la personalidad del paciente y el resto de su vivencia de sí mismo, y, por último, se observa una débil negación que secundariamente defiende a esta "irrupción" disociada. Por el contrario, la falta de control de impulsos inespecífica es típica de la personalidad infantil, en la cual se presenta como una impulsividad errática e impredecible que no es más que el reflejo de un incremento de la ansiedad o de cualquier otro derivado instintivo. Constituye un intento de dispersar las tensiones intrapsíquicas, más que la reactuación de un determinado sistema de identificación disociado.

*El insuficiente desarrollo de los canales de sublimación* es también difícil de evaluar; para hacerlo, es necesario tomar en consideración factores constitucionales, como por ejemplo el nivel de

inteligencia y las particulares capacidades del paciente, así como una comparación entre sus potencialidades y sus logros. El ambiente social del paciente es otro de los parámetros a considerar; en un medio estimulante y de alto nivel cultural, la incapacidad de goce y la ausencia de creatividad del paciente fronterizo pueden quedar disimuladas por su aparente adaptación a un entorno óptimo. Por el contrario, los pacientes crónicamente sumergidos en un ambiente social muy carenciado pueden impresionar como débiles, no creativos e incapaces de goce, a pesar de lo cual no presentan necesariamente en un nivel más profundo las manifestaciones más graves de incapacidad de sublimación. Los logros y el goce creativos son los aspectos fundamentales de la capacidad de sublimación; suelen ser los mejores indicadores de la extensión del área libre de conflictos del yo; por lo tanto, su ausencia es una señal importante de labilidad yoica.

## 2. DESVIACIÓN HACIA EL PENSAMIENTO DE PROCESO PRIMARIO

Es oportuno mencionar en conexión con este punto el análisis realizado por Rapaport (41) acerca de los niveles de las estructuras cognitivas según el grado en que predominan en ellas el pensamiento de proceso primario o de proceso secundario. Esta puede ser considerada aún la más confiable de las evidencias clínicas de organización fronteriza. Muchas de las ideas de Rapaport y sus colaboradores (43), en relación con la diferenciación estructural entre pacientes neuróticos, pacientes "preesquizofrénicos" (que en líneas generales corresponden a la personalidad fronteriza) y pacientes psicóticos, están ligadas con su análisis de los niveles de estructuras cognitivas, como lo está también la propuesta de los mismos autores acerca de la batería de tests proyectivos a utilizar para la evaluación del predominio del pensamiento de proceso primario o de proceso secundario. Al examinar clínicamente el estado mental de pacientes fronterizos, rara vez se detecta una alteración formal de sus procesos de pensamiento. En cambio, empleando tests proyectivos y sobre todo en respuesta a estímulos no estructurados, tienden a surgir evidencias del pensamiento de proceso primario, que se manifiestan como fantasías primitivas, disminución de la capacidad de adaptarse a los datos formales de los tests y, en especial, el uso de peculiares verbalizaciones.

Cabría preguntarse si este desvío hacia el funcionamiento del proceso primario representa una regresión formal "inespecífica" del yo, tal como se creía en el pasado (35). Bien podría ser que esa regresión al pensamiento de proceso primario constituya el producto final de una serie de fenómenos ligados con la organización fronteriza, por ejemplo a) la reactivación de relaciones objetales patológicas precozmente internalizadas, conectadas con primitivos derivados instintivos de tipo patológico; b) la reactivación de tempranas

operaciones de defensa, en particular mecanismos generalizados de disociación o escisión, que afectan la integración de los procesos cognitivos; c) la refusión parcial de primitivas imágenes de sí mismo y del objeto, que disminuyen la estabilidad de los límites yoicos, y d) la regresión hacia primitivas estructuras cognitivas del yo a causa de alteraciones inespecíficas en el equilibrio carga-contracarga. Cualquiera que sea su origen, la regresión al pensamiento de proceso primario sigue siendo el más importante de los indicadores estructurales individuales de la organización fronteriza. La posibilidad de detectarla mediante el empleo de tests proyectivos convierte a las pruebas psicológicas más elaboradas en un instrumento indispensable para el diagnóstico de la personalidad fronteriza.

### 3. OPERACIONES DE DEFENSA ESPECÍFICAS EN EL NIVEL DE LA PERSONALIDAD FRONTERIZA

Una de las tareas esenciales para el desarrollo y la integración del yo es la síntesis de las introyecciones e identificaciones primitivas y ulteriores en una identidad yoica estable. En un primer momento, las introyecciones e identificaciones generadas bajo la influencia de derivados de instintos libidinales se constituyen separadamente de aquellas originadas bajo la influencia de derivados de instintos agresivos (objetos internos "buenos" y "malos" o introyecciones "positivas" y "negativas"). Esta división de las relaciones objetales internalizadas en "buenas" y "malas" se debe en un principio a la falta de capacidad de integración del yo temprano. Con posterioridad, lo que falta de capacidad de integración es utilizado defensivamente por el yo en formación, para impedir la generalización de la ansiedad y para proteger al núcleo yoico constituido alrededor de introyecciones positivas (o sea, generadas bajo la influencia de derivados de instintos libidinales). *Esta división defensiva del yo, en la cual lo que fue primero una simple deficiencia de integración es después utilizado para otros fines, constituye en esencia el mecanismo de escisión.* En circunstancias normales, este mecanismo es empleado sólo en las primeras etapas del desarrollo yoico durante el primer año de vida, y más tarde es rápidamente reemplazado por defensas yoicas más elaboradas que se centran en la represión y sus mecanismos afines, tales como la formación reactiva, el aislamiento y la anulación, todos los cuales protegen al yo de los conflictos intrapsíquicos mediante la expulsión fuera del yo consciente de un derivado instintivo, de su representación ideacional o de ambos. Por el contrario, en circunstancias patológicas persiste la escisión (junto con otros mecanismos relacionados con ella y a los cuales me referiré más adelante), que protege al yo de los conflictos mediante la activa separación de introyecciones e identificaciones fuertemente conflictivas, es decir de origen libidinal y de origen agresivo, independientemente de su acceso a la conciencia. En este caso el derivado instintivo se hace



plenamente consciente en el plano de las emociones, la ideación y la motricidad, pero queda separado por completo de los otros sectores de la experiencia psíquica consciente. En este contexto patológico se movilizan de manera alternada estados yoicos contradictorios y mientras se mantiene la separación entre éstos, resulta posible evitar la aparición de ansiedad; pero, por supuesto, este estado de cosas va en detrimento de los procesos de integración que normalmente se cristalizan en una identidad yoica estable y es uno de los factores que subyace al síndrome de difusión de la identidad (5).

Para llegar a la internalización de las relaciones objetales, hay dos tareas esenciales que el yo temprano debe cumplir en rápida sucesión: I) *la diferenciación entre las imágenes de sí mismo y las imágenes objetales que forman parte de las tempranas introyecciones e identificaciones*, y II) *la integración de las imágenes de sí mismo y de los objetos constituidas bajo la influencia de derivados de instintos libidinales con las correspondientes imágenes de sí mismo y de los objetos constituidas bajo la influencia de derivados de instintos agresivos*. La primera tarea se cumple en parte merced al desarrollo de las funciones de la autonomía primaria, que son indispensables para los procesos de introyección e identificación. Las percepciones y los trazos mnémicos, que van siendo almacenados e integrados, permiten discriminar el origen de los estímulos y diferenciar las características de las percepciones, contribuyendo a la gradual separación de las imágenes de sí mismo y de los objetos. Del mismo modo, la gratificación de las necesidades instintivas así como su moderada frustración favorecen dicha separación, porque la gratificación libidinal hace recaer la carga de atención en la interacción entre el sí-mismo\* y los objetos, estimulando así las diferenciaciones en dicho campo, en tanto que la frustración hace consciente la dolorosa ausencia de objetos gratificantes, lo cual contribuye a diferenciar entre sí-mismo y no—sí-mismo. La excesiva gratificación de las necesidades instintivas puede retardar los procesos de diferenciación entre sí mismo y objetos. Sin embargo, desde el punto de vista clínico, la *excesiva frustración* de las tempranas necesidades instintivas (sobre todo orales) es probablemente la principal causa de la falta de diferenciación entre sí-mismo y objetos, porque *refuerza la normal disposición a hacer una fusión regresiva de imágenes de sí mismo y de los objetos* que representa tempranas fantasías fusionadas de sí mismo y de los objetos, con el fin de conservar o recuperar la gratificación absoluta (28). La segunda tarea consiste, como ya se mencionó, en *la integración de las imágenes de sí mismo y de los objetos constituidas bajo la influencia de derivados de instintos libidinales con las correspondientes imágenes de sí mismo y de los objetos constituidas bajo la influencia de derivados de instintos agresivos*. Por lo tanto, las imágenes objetales idealizadas y "totalmente

\* El término *self* —como entidad— se ha traducido en este libro como sí-mismo. [T.]

buenas" deben ser integradas con las imágenes objetales "totalmente malas", y el mismo proceso debe cumplirse con las imágenes buenas y malas de sí mismo. En el curso de esta síntesis, las imágenes parciales de sí mismo y de los objetos van integrándose hasta formar representaciones totales de sí mismo y de los objetos que, en virtud de este proceso, acentúan su recíproca diferenciación y su semejanza con la realidad.

Estos dos procesos fracasan en gran medida en la psicosis y en grado algo menor en el caso de desórdenes fronterizos. En las psicosis hay un grave déficit de diferenciación entre imágenes de sí mismo y de los objetos, cuya fusión regresiva se refleja en primitivas fantasías fusionadas y el *concomitante desvanecimiento de los límites yoicos en el área de la diferenciación entre el sí-mismo y el no-sí-mismo*. La fusión regresiva de imágenes de sí mismo y de los objetos puede ser el resultado de varios factores, por ejemplo I) falta de desarrollo de las funciones de la autonomía primaria; II) intolerancia a la ansiedad de origen constitucional (hasta las menores frustraciones resultan intolerables e inducen fusiones regresivas u otros procesos fusionantes); III) excesivas frustraciones reales, y IV) un consecuente desarrollo excesivo de la agresión (o excesiva intensidad de origen constitucional de los instintos agresivos). *Los círculos viciosos generados por la proyección de la agresión y reintroyección de imágenes de sí-mismo y de los objetos derivadas de la agresión proyectada* son quizás el factor central del desarrollo de la psicosis y de la personalidad fronteriza. *En las psicosis, su principal efecto es la refusión de imágenes de sí mismo y de los objetos; en el caso de la personalidad fronteriza, lo predominante no es dicha fusión sino una intensificación y fijación patológica de los procesos de escisión.*

En las personalidades fronterizas, los factores patógenos mencionados en relación con las psicosis, o sea la fusión regresiva de imágenes de sí mismo y de los objetos o deficiente desarrollo y diferenciación de dichas imágenes, pueden estar presentes, pero no prevalecen. La principal deficiencia del desarrollo radica en este caso en la incapacidad de sintetizar introyecciones e identificaciones positivas y negativas; hay asimismo una falta de capacidad para reunir imágenes de sí-mismo y de los objetos de origen agresivo y libidinal. Es probable que en las personalidades fronterizas, los defectos constitucionales del desarrollo de las funciones de la autonomía primaria no tengan demasiada importancia. Entre los factores patógenos constitucionales quizá los más importantes sean la falta de tolerancia a la ansiedad, que obstaculiza la síntesis de introyecciones de signo opuesto y, sobre todo, la gran intensidad de los derivados de instintos agresivos. Como se mencionó antes, el exceso de agresión puede derivar tanto de la excesiva intensidad de origen constitucional de los instintos agresivos como de graves frustraciones tempranas; y precisamente *en la personalidad fronteriza se observan reiteradamente tendencias agresivas y autoagresivas de extraordinaria inten-*

*idad, vinculadas con tempranas imágenes de sí mismo y de los objetos.*

Cuando las imágenes de sí mismo y de los objetos están relativamente bien diferenciadas y por lo tanto no se produce su refusión regresiva, la diferenciación de los límites yoicos puede desarrollarse sin mayores inconvenientes; en consecuencia, el típico paciente fronterizo conserva prácticamente intactos los límites de su yo y su prueba de realidad. En cambio, *el déficit de síntesis de las imágenes contradictorias de sí mismo y de los objetos* tiene innumerables consecuencias patológicas. Persiste la escisión como mecanismo esencial destinado a impedir la difusión de la ansiedad dentro del yo y a proteger las introyecciones e identificaciones positivas. La necesidad de salvaguardar al sí-mismo bueno, a las buenas imágenes objetales y a los buenos objetos externos ante la peligrosa presencia del sí-mismo y las imágenes objetales totalmente malas hace entrar en acción una serie de defensas subsidiarias. Pasaré ahora a describir estas defensas, diferenciándolas de las ulteriores, que son su contraparte menos patológica; es decir, aquellas que aparecen asociadas con la represión en los pacientes con desórdenes neuróticos y no fronterizos.

1) *Escisión*. Es una operación de defensa esencial en la personalidad fronteriza, que subyace a todas las que siguen. Importa subrayar que utilizo el término "escisión" en un sentido limitado y restrictivo, para referirme únicamente al proceso activo de mantener la separación entre las introyecciones e identificaciones de calidad opuesta. Es conveniente diferenciar este sentido limitado del sentido más amplio con que otros autores emplean el término. Sugerí en otro trabajo (29) que la integración o síntesis de las introyecciones e identificaciones de signo opuesto es quizás el más importante factor de neutralización de la agresión (ya que como parte de dicha integración se produce la fusión y organización de los derivados de instintos libidinales y agresivos) y que una de las consecuencias de los estados patológicos caracterizados por un exceso de escisión es que no se logra un suficiente grado de neutralización, haciendo fracasar así una fuente de energía esencial para el crecimiento yoico. La escisión es, por lo tanto, una causa fundamental de labilidad yoica y, puesto que no requiere tanta contracarga como la represión, un yo débil es proclive a la utilización de este mecanismo, lo que crea un círculo vicioso en el cual la labilidad yoica y la escisión se refuerzan mutuamente. En la experiencia clínica, una de las manifestaciones directas de este mecanismo en ciertos desórdenes caracterológicos es la expresión alternada de las facetas complementarias de un conflicto, ligada con una débil negación y falta de preocupación por la contradicción reflejada en el comportamiento y en la vivencia interna del paciente. Otra de las manifestaciones directas de la escisión puede consistir en una "falta de control de impulsos" *selectiva*, que se expresa en episódicas irrupciones de impulsos primitivos que son

sintónicos con el yo durante los lapsos en que se exteriorizan (recordamos en este sentido que la escisión es un mecanismo predominante en las neurosis impulsivas y las adicciones). Quizá la más conocida manifestación de la escisión es la división de los objetos externos en "totalmente buenos" y "totalmente malos", lo cual trae aparejada la posibilidad de que un objeto oscile de manera radical y abrupta de un extremo al otro; esto es, puede haber una total y repentina reversión de todos los sentimientos y conceptualizaciones acerca de una determinada persona. Del mismo modo, también puede producirse una alternancia repetitiva y radical entre conceptos contradictorios de sí mismo. La disociación no aparece sólo como mecanismo aislado, sino además asociado con otros. Naturalmente, lo mismo ocurre con la represión, que se combina con mecanismos de un "nivel superior". La escisión suele aparecer ligada con uno o varios de los mecanismos siguientes:

II) *Idealización primitiva*. Es la tendencia a ver a los objetos externos como totalmente buenos para poder contar con su protección contra los objetos "malos", y para asegurarse de que no habrán de ser contaminados, dañados o destruidos por la agresión propia o la proyectada en otros objetos. La idealización primitiva crea imágenes objetales totalmente buenas, poderosas y alejadas de la realidad y tiene además efectos negativos sobre el desarrollo del ideal del yo y el superyó. "Idealización primitiva" es un término que sugiero para marcar el contraste con formas ulteriores de idealización, como por ejemplo la que es típica de los pacientes depresivos, que idealizan a los objetos debido a la culpa generada por su propia agresión contra dichos objetos. En un trabajo anterior propuse para este mecanismo la denominación "idealización predepresiva" (29); sin embargo, ahora considero preferible la de "idealización primitiva". Queda excluido de su contexto el reconocimiento consciente o inconsciente de la agresión hacia el objeto, la culpa derivada de la agresión y la preocupación por el objeto. Por ende, no es una formación reactiva, sino la expresión directa de una fantasía primitiva que opera como estructura protectora, en la cual no hay verdadera estima por el objeto ideal, sino una simple necesidad de protección contra un mundo de objetos peligrosos. Otra de las funciones del objeto ideal es servir de receptáculo para la identificación omnipotente, compartiendo la grandeza del objeto idealizado a modo de protección contra la agresión y como gratificación directa de las necesidades narcisistas. Esta idealización refleja por lo tanto la omnipotencia subyacente, otra de las defensas fronterizas que mencionaré más adelante. Por último, la idealización primitiva puede ser vista como precursora de las ulteriores formas de idealización.

III) *Tempranas formas de proyección, en especial identificación proyectiva*. Los pacientes de personalidad fronteriza suelen exhibir fuertes tendencias a la proyección. Lo característico, sin embargo, no es sólo el aspecto cuantitativo de este mecanismo, sino también

su aspecto cualitativo. En este contexto, el principal propósito de la proyección es externalizar las imágenes del sí-mismo agresivo y totalmente malo y las de los objetos de iguales características; esta externalización da lugar a la aparición de objetos peligrosos y vengativos, de los cuales el paciente busca protegerse, pero lo logra en muy escasa medida. Aunque en este tipo de pacientes los límites yoicos están lo bastante desarrollados como para diferenciar entre sí mismo y objetos en la mayoría de los aspectos de su vida, la misma intensidad de sus tendencias proyectivas, sumada a su típica labilidad yoica, debilita los límites de su yo en el área de la proyección de la agresión. Esto hace que los pacientes sientan que aún pueden identificarse con el objeto en el cual proyectaron la agresión; de manera que su persistente "empatía" con ese objeto ahora amenazante mantiene e incluso incrementa el temor a la propia agresión proyectada. En consecuencia, necesitan controlar al objeto para impedir que éste los ataque bajo la influencia de los impulsos agresivos (proyectados). Deben atacar y controlar al objeto antes de que éste los ataque y destruya (tal como lo temen). En resumen, la identificación proyectiva se caracteriza por la falta de diferenciación entre sí mismo y objeto en esa particular área, por la continuada vivencia del impulso y del temor a dicho impulso mientras la proyección se encuentra activa y por la necesidad de controlar al objeto externo (29, 45). En niveles superiores de desarrollo yoico, las formas ulteriores de proyección ya no presentan las características mencionadas. En los pacientes histéricos, por ejemplo, la proyección de los impulsos sexuales simplemente refuerza la represión. La mujer histérica que desprecia a los hombres o les teme debido a los intereses sexuales que éstos demuestran, es por completo inconsciente de sus propios impulsos sexuales y por lo tanto no siente una temerosa "empatía" con el "enemigo". Todas estas distorsiones que la agresión provoca en las imágenes objetales tienen también efectos patológicos sobre el desarrollo del superyó.

IV) *Negación*. Es típico observar en los pacientes de personalidad fronteriza fuertes evidencias del empleo de este mecanismo, en especial manifestaciones primitivas de la negación, como opuestas a sus formas más elaboradas. En este contexto, un típico ejemplo de este mecanismo es la "negación mutua" de dos áreas emocionalmente independientes de la conciencia (en cuyo caso cabría decir que la negación no hace más que reforzar la escisión). El paciente está consciente de que en determinado momento sus percepciones, pensamientos y sentimientos acerca de sí mismo y de los demás son por completo opuestos a los que tuvo en otros momentos; sin embargo, este recuerdo carece de repercusión emocional y no puede modificar la manera de sentir del paciente. Quizás éste regrese más tarde a su anterior estado yoico y niegue el actual, pero no obstante recordarlo, será otra vez totalmente incapaz de ligar emocionalmente ambos estados. En el tipo de pacientes que nos ocupa, la negación

puede manifestarse también como una simple desestimación de un sector de su experiencia subjetiva o del mundo externo. Cuando hay circunstancias que lo presionan, el paciente reconoce intelectualmente el sector negado, pero no logra integrarlo con el resto de su experiencia emocional. Es importante destacar que lo negado ahora es algo que el paciente reconoce en otras áreas de su conciencia; es decir, niega emociones que ha experimentado (y que recuerda haber experimentado) y niega asimismo el reconocimiento de la resonancia emocional de una cierta situación real, de la cual el paciente fue consciente o puede volver a serlo. Todo esto difiere de la forma más sutil de este mecanismo, descrita por Freud (11), y caracterizada por la presencia de un contenido mental "con signo negativo"; el paciente dice saber que él mismo, el terapeuta u otras personas *podrían* pensar algo, pero esa particular posibilidad es rechazada como una especulación puramente intelectual. En este caso, la resonancia emocional de lo negado nunca ha tenido acceso a la conciencia y permanece reprimida. Este tipo de negación corresponde a los niveles más elaborados de este mecanismo y está relativamente cerca del aislamiento. Un nivel intermedio de la negación, que también se observa con cierta frecuencia en los pacientes fronterizos, es aquél en el cual se niega una emoción contraria a la que se experimenta con intensidad en el momento actual, en especial la negación mágica característica de la depresión. Es importante subrayar que en este último tipo de negación, si bien hablamos sólo de una emoción negada, tanto las tendencias maníacas como las depresivas dan lugar a la movilización de determinadas relaciones objetales patógenas. En esta forma de negación, se utiliza un afecto opuesto y extremo para reforzar la posición del yo contra un sector amenazante de la vivencia de sí mismo. El hecho de que en la clínica la negación maníaca aparezca muchas veces íntimamente conectada con la depresión, revela una disociación yoica menos patológica y "grosera" que la que tiene lugar en las formas menos sutiles de negación. En consecuencia, la negación abarca una amplia gama de operaciones defensivas, cuyo nivel superior está probablemente vinculado con el aislamiento y otras defensas contra los afectos que corresponden a un tipo más elaborado (desapego, negación en la fantasía, negación "en palabras y actos"), en tanto que su nivel inferior está ligado con la escisión.

V) *Omnipotencia y desvalorización.* Ambos mecanismos están estrechamente conectados con la escisión y son al mismo tiempo manifestaciones directas del empleo defensivo de las introyecciones e identificaciones primitivas. Los pacientes que los utilizan suelen alternar entre la necesidad de establecer una relación que refleja su aferramiento y sus exigencias a un objeto "mágico" idealizado, en determinados momentos, y en otros, fantasías y actitudes que revelan el profundo sentimiento de su propia omnipotencia mágica. Ambos estados representan su identificación con un objeto "totalmente bue-

no", idealizado y poderoso, a modo de protección contra los malos objetos "persecutorios". No existe verdadera "dependencia" en el sentido de amor y preocupación por el objeto ideal. En un plano más profundo, la persona idealizada es tratada de manera despiadada y posesiva, como una extensión del propio paciente. En efecto, aun en los momentos de aparente sometimiento a un objeto externo idealizado, es posible detectar las profundas fantasías omnipotentes que subyacen en el paciente. Bajo los sentimientos de inseguridad, auto-crítica e inferioridad que exhiben los pacientes de personalidad fronteriza, se observan muchas veces tendencias omnipotentes y grandiosas que suelen expresarse como un firme convencimiento inconsciente de que tienen derecho a esperar de los demás gratificaciones y tributos y a ser tratados como personas especiales y privilegiadas. La desvalorización de los objetos externos es en parte un corolario de la omnipotencia; cuando un objeto externo ya no puede proporcionar gratificación o protección, es abandonado y dejado de lado, en primer lugar porque el paciente no tiene verdadera capacidad de amor por este objeto. Pero existen además otras fuentes que alimentan esta tendencia a la desvalorización; una de ellas es la destrucción vengativa del objeto que frustró las necesidades del paciente (sobre todo su avidez oral); otra es la desvalorización defensiva de los objetos, con el fin de impedirles transformarse en "perseguidores" temidos y odiados. Todos estos motivos están incluidos en las maniobras defensivas contra los sentimientos de necesidad y de temor hacia los demás. La desvalorización de objetos significativos del pasado del paciente tiene efectos muy perjudiciales sobre las relaciones objetales internalizadas y en especial sobre las estructuras que intervienen en la formación e integración del superyó.

#### 4. PATOLOGÍA DE LAS RELACIONES OBJETALES INTERNALIZADAS

Se ha mencionado ya que en estos pacientes el mecanismo de escisión separa estados yoicos vinculados con tempranas relaciones objetales patológicas. Podemos agregar ahora que la persistencia de dichas relaciones objetales en estado más o menos "no metabolizado" como parte de los estados yoicos disociados es en sí misma patológica y refleja los obstáculos que opone la escisión a las operaciones de síntesis que normalmente producen la despersonalización, abstracción e integración de las relaciones objetales internalizadas. Cada uno de estos sectores yoicos disociados contiene una cierta imagen objetal primitiva ligada con una imagen complementaria de sí mismo y la disposición afectiva que estuvo activa en el momento en que se produjo la internalización. Contrariamente a lo que ocurre en las psicosis, en la personalidad fronteriza las imágenes de sí mismo y de los objetos están lo bastante diferenciadas como para permitir una discriminación relativamente buena entre las representaciones

de sí mismo y de los objetos y la consecuente integridad de los límites yoicos en la mayor parte de los campos. Los límites yoicos se desvanecen únicamente en aquellas áreas en las que se produce una identificación proyectiva y una fusión con objetos idealizados, tal como ocurre especialmente en la transferencia de estos pacientes. Este parece ser uno de los motivos fundamentales por los que desarrollan una psicosis transferencial y no una neurosis transferencial.

Corresponde examinar ahora el área específicamente patológica de las relaciones objetales internalizadas de la personalidad fronteriza; esto es, su incapacidad para sintetizar las introyecciones e identificaciones buenas y malas. Como se puntualizó antes, los principales factores etiológicos parecen ser el exceso de la agresión primaria o de la agresión secundaria o la frustración, a los cuales probablemente contribuyen ciertas deficiencias en el desarrollo de las funciones yoicas primarias y la falta de tolerancia a la ansiedad. La persistencia de introyecciones "totalmente buenas" y "totalmente malas" escindidas tiene múltiples consecuencias. En primer término, la falta de interpretación de los derivados de instintos libidinales y agresivos interfiere con la normal modulación y diferenciación de las disposiciones afectivas del yo y permite la crónica irrupción de estados afectivos primitivos. Cuando no se concilian las introyecciones positivas y negativas, no es posible lograr la particular disposición afectiva que se refleja en la capacidad yoica de experimentar depresión, preocupación y culpa. La capacidad del yo de hacer una reacción depresiva parece depender en gran medida de la tensión entre diferentes imágenes contradictorias de sí mismo, que se desarrolla cuando las imágenes buenas y malas de sí mismo están integradas, permitiendo por consiguiente el reconocimiento de la propia agresión, y cuando los objetos ya no son vistos como totalmente malos o totalmente buenos, lo cual hace posible reconocer la combinación de amor y agresión hacia los objetos "totales" integrados, dando lugar a sentimientos de culpa y preocupación por éstos (31, 32, 52). Los pacientes fronterizos suelen adolecer de deficiencias en su capacidad de experimentar culpa y preocupación por los objetos. Sus reacciones depresivas asumen la forma de rabia impotente y sentimientos de derrota ante fuerzas externas, más que de duelo por la pérdida de objetos buenos y pena por la propia agresión hacia ellos mismos y hacia los demás.

La imposibilidad de integrar imágenes objetales "totalmente buenas" y "totalmente malas" opone serios obstáculos a la integración del superyó. Los primitivos precursores superyoicos sádicos son demasiado dominantes para ser tolerados y por lo tanto son re proyectados como objetos externos malos. Las imágenes objetales exageradamente idealizadas y las imágenes "totalmente buenas" de sí mismo sólo pueden crear fantásticos ideales de poder, grandeza y perfección, y no las demandas y objetivos más reales a que daría lugar un superyó integrado. En otras palabras, en estos casos los



componentes del ideal del yo interfieren también con la integración del superyó. Por último, las demandas de las imágenes parentales reales no pueden ser conciliadas ni con las imágenes ideales de sí mismo y de los objetos y su correspondiente ideal del yo, ni con los precursores superyoicos sádicos, prohibitivos y amenazantes, porque tanto el carácter sádico como el excesivamente idealizado de los precursores superyoicos distorsionan la percepción de las imágenes parentales e impiden su integración.

Debido a los obstáculos que se oponen a la integración del superyó, se produce una permanente proyección de los aspectos prohibitivos y exigentes de los componentes superyoicos. Están ausentes las normales presiones superyoicas que favorecen la integración del yo, y el yo es incapaz de experimentar culpa. La tendencia a desvalorizar los objetos (véase más arriba) dificulta también la integración del superyó, en especial la esencial internalización de demandas reales provenientes de figuras parentales; la desvalorización de imágenes parentales significativas impide que estos pacientes internalicen un factor fundamental para la formación superyoica (25, 26).

En resumen, persisten en el yo imágenes de sí mismo primitivas, irreales y de características extremadamente contradictorias, lo cual impide la formación de un concepto integrado de sí mismo; tampoco es posible la integración de las imágenes objetales ni la concomitante evaluación realista de los objetos externos. La constante proyección de imágenes "totalmente malas" de sí mismo y de los objetos perpetúa un mundo de objetos peligrosos y amenazantes, contra el cual se emplean defensivamente las imágenes "totalmente buenas" de sí mismo, dando lugar a representaciones megalomaniacas del sí-mismo ideal. La discriminación entre sí-mismo y objetos (y la estabilidad de los límites yoicos) se mantiene en grado suficiente como para permitir una inmediata adaptación práctica a las demandas de la realidad, pero la internalización más profunda de estas demandas, sobre todo de las provenientes de la realidad social, se ve imposibilitada por la manera en que estas imágenes no integradas de sí mismo y de los objetos interfieren con la integración del superyó. Las estructuras superyoicas que se desarrollan en tales circunstancias reciben la influencia de precursores sádicos íntimamente ligados con derivados de instintos agresivos pregenitales y de otros precursores, que no representan los efectos moderadores del ideal del yo, sino la primitiva fusión de imágenes ideales de sí mismo y de los objetos, tendiente a reforzar la omnipotencia y las demandas megalomaniacas. En general, las funciones superyoicas tienden a quedar personificadas sin llegar a la abstracción, y son fácilmente re proyectadas en el mundo externo (21, 28).

Todas estas características de las relaciones objetales internalizadas se reflejan en los típicos rasgos caracterológicos de la personalidad fronteriza. Estos pacientes poseen escasa capacidad para evaluar de manera realista a los demás y para entablar con ellos una

relación de verdadera empatía; experimentan a las otras personas como objetos distantes a quienes se adaptan de un modo "real" siempre que no tengan un compromiso emocional con ellos. Toda situación que en circunstancias normales deriva en una vinculación interpersonal más profunda, revela cuando se presenta en relación con estos pacientes, su incapacidad de vivenciar o empatizar con los demás, su percepción distorsionada de éstos y la superficialidad de sus vínculos emocionales. Esta superficialidad tiene fines defensivos y diferentes causas. Por una parte, refleja la falta de fusión entre derivados de instintos libidinales y agresivos y el concomitante carácter estrecho, rígido y primitivo de sus disposiciones afectivas. Por otra parte, está también directamente conectada con su incapacidad de sentir culpa y preocupación y la consecuente imposibilidad de profundizar su reconocimiento de los demás y su interés por ellos (52). Otro de los motivos de su superficialidad emocional es el esfuerzo que con fines defensivos realizan para alejarse de todo compromiso afectivo demasiado hondo, que podría provocar la activación de sus primitivas operaciones de defensa, sobre todo la identificación proyectiva, y el temor de ser atacados por el objeto que se está haciendo importante para ellos. La superficialidad los defiende asimismo de la primitiva idealización del objeto, de la consecuente necesidad de someterse a dicho objeto idealizado y de fusionarse con él, y de la eventual rabia por la frustración de necesidades pregenitales, en particular las demandas orales, activadas en la relación con el objeto idealizado (46). La falta de desarrollo del superyó, la deficiente integración yoica y la inmadurez de sus sentimientos, objetivos e intereses, contribuyen también a mantenerlos en la ignorancia de los aspectos más evolucionados, maduros y diferenciados de la personalidad de otras personas.

Otra de las características de estos pacientes es la manifestación, más o menos sutil o grosera, según los casos, de sus objetivos pregenitales y genitales, que están fuertemente infiltrados de agresión. Es posible detectar con relativa facilidad sus tendencias explotadoras, sus irrazonables demandas y la manipulación de que hacen objeto a los demás sin consideración ni tacto alguno. En este sentido, ocupa un lugar preponderante la ya mencionada tendencia a desvalorizar a los objetos. La tendencia a manejar a los demás responde a la necesidad defensiva de controlar el entorno con el fin de impedir la aparición de temores paranoides más primitivos, vinculados con la proyección de imágenes agresivas de sí mismos y de los objetos. Cuando fracasan sus intentos por controlar, manipular y desvalorizar a los objetos y cuando la explotación de los demás no les ofrece la directa gratificación de sus necesidades, muchos de estos pacientes tienden a retraerse y a recrear en la fantasía un tipo de relación con los otros que les permite expresar todas estas necesidades. Aun en aquellos pacientes fronterizos que en apariencia se muestran más o menos "sociables", es posible observar un cierto grado de retrai-

miento usado con fines de protección y de gratificación en el plano de la fantasía.

Superficialmente, estos pacientes suelen experimentar sentimientos de inseguridad, incertidumbre e inferioridad respecto de sus capacidades y en su trato con los demás. Estos sentimientos son en parte un reflejo de los aspectos más reales de la evaluación de sus vinculaciones con personas significativas, de su trabajo y de su vida en general; a menudo traducen también una apreciación real de algunas de sus carencias y fracasos. Sin embargo, en un plano más profundo, los sentimientos de inferioridad reflejan muchas veces estructuras defensivas. Es sorprendente la frecuencia con que, bajo su superficial inseguridad e incertidumbre, se observan fantasías omnipotentes y algo así como un ciego optimismo basado en la negación, que representa la identificación del paciente con primitivas imágenes "totalmente buenas" de sí mismo y de los objetos. En este sentido, el paciente muestra también el profundo convencimiento de que tiene derecho a explotar a los demás y a ser gratificado —en otras palabras, manifiesta lo que clásicamente se ha denominado el "narcisismo" de estos pacientes—, que no representa un simple apartamiento de los objetos externos, sino la movilización de primitivas relaciones objetales en las que revive una fusión primitiva de imágenes idealizadas de sí mismo y de los objetos, usada con fines defensivos contra imágenes "malas" de sí mismo y de los objetos y contra "malos" objetos externos. Los sentimientos de inferioridad representan a menudo un estrato superficial secundario que oculta los rasgos narcisistas del carácter.

La presencia de introyecciones e identificaciones contradictorias es lo que determina la cualidad "como si" de estos pacientes. A pesar del mencionado carácter contradictorio y de la recíproca disociación de estas identificaciones, sus manifestaciones superficiales persisten como remanentes de actitudes yoicas. Esto permite que algunos de estos pacientes "reactúen" identificaciones parciales, casi todas disociadas, en la medida en que ello les resulta útil a los fines de su aparente adaptación a la realidad. Su adaptabilidad adquiere así características de mimetismo, merced a las cuales lo que *finger* ser es en realidad la vestidura vacía de lo que en otros momentos tienen que ser de un modo más primitivo. Este fenómeno provoca confusión a los propios pacientes. *Todo esto representa también lo que Erikson (5) denominó difusión de la identidad; es decir, la falta de un concepto integrado de sí y de un concepto igualmente integrado y estable de los objetos totales en relación con el sujeto. En verdad, la difusión de la identidad es un típico síndrome de la personalidad fronteriza que no se observa en las formas más benignas de patología caracterológica ni en pacientes neuróticos y que es una consecuencia directa de la activa escisión de aquellas introyecciones e identificaciones cuya normal síntesis produciría una estable identidad yoica.*

Para hacer una somera diferenciación entre pacientes psicóticos,

fronterizos y neuróticos, cabría decir que los individuos adolecen de un grave déficit del desarrollo yoico, con imágenes de sí mismo y de los objetos en su mayor parte indiferenciadas y una concomitante falta de desarrollo de los límites yoicos (19, 28); en los pacientes fronterizos, el yo está mejor integrado que en los psicóticos, las imágenes de sí mismo y de los objetos están en su mayoría diferenciadas y los límites yoicos están bien definidos en todas las áreas, salvo aquellas que corresponden a compromisos interpersonales profundos; es típico en ellos el síndrome de difusión de la identidad (5, 29); los pacientes neuróticos muestran un yo bien consolidado, con completa separación entre imágenes de sí mismo y de los objetos y la concomitante definición de los límites yoicos; no se observa en ellos el síndrome de difusión de la identidad. Presentan una identidad yoica estable, con la consecuente integración, despersonificación e individualización de las estructuras yoicas generadas por las relaciones objetales; y un superyó bien consolidado en el que se integran los primitivos precursores de origen pregenital y los precursores ulteriores, que representan la internalización de imágenes parentales reales. Aunque su superyó sea severo o sádico en exceso, está lo suficientemente integrado como para promover el desarrollo yoico y un funcionamiento por lo menos parcialmente eficiente y libre de conflictos.

#### **Análisis genético-dinámico .**

Pasaremos ahora del análisis estructural al examen del típico contenido instintivo de los conflictos que caracterizan las relaciones objetales internalizadas de los pacientes de personalidad fronteriza. La agresión pregenital, sobre todo la oral, tiene una participación decisiva en esta constelación psicopatológica. Melanie Klein y sus colaboradores (22, 34, 48) esclarecieron los aspectos dinámicos de la personalidad fronteriza. Es atinente a este tema su descripción de la íntima conexión que existe entre los conflictos pregenitales, en especial los orales, por una parte, y por la otra los conflictos edípicos, tal como se observa en pacientes que presentan exceso de agresión pregenital.

Desafortunadamente, ciertas premisas básicas de Melanie Klein, a las que se adhirió de manera bastante dogmática y que fueron justificadamente cuestionadas por muchos autores —la no consideración de los factores estructurales en sus escritos, su desestimación del desarrollo epigenético y, por último, su peculiar terminología— hacen que sus observaciones resulten en muchos casos difíciles de aceptar. Para evitar malos entendidos, quisiera puntualizar primero aquellos aspectos de los puntos de vista kleinianos acerca de problemas vinculados con el tema que nos ocupa y con los que estoy en total desacuerdo: I) su suposición de que los conflictos edípicos se

desarrollan casi por completo durante el primer año de vida; sugiero que lo que caracteriza a la personalidad fronteriza, en contraste con las patologías más benignas, es una específica condensación de conflictos pregenitales y genitales, y un *prematuro* desarrollo de los conflictos edípicos a partir de la edad de dos a tres años. II) Melanie Klein postula un conocimiento inconsciente innato de los órganos genitales en ambos sexos, que por mi parte considero inaceptable y que ella vincula con el desarrollo edípico extremadamente temprano. III) La conceptualización kleiniana de los objetos internalizados no toma en cuenta los desarrollos estructurales que tienen lugar dentro del yo, exclusión que Fairbairn criticó justificadamente; por otra parte, sus descripciones se ven seriamente debilitadas porque desestiman los hallazgos de la psicología del yo contemporánea. IV) También la conceptualización kleiniana del superyó deja de lado los conceptos estructurales; si bien coincidiría con Klein en que las funciones superyoicas se desarrollan mucho antes de lo que supuso la teoría clásica, sus escritos tienden a una exagerada simplificación, al no discriminar diferentes niveles y diferentes formas de relaciones objetales internalizadas.

Es frecuente que la historia de los pacientes de personalidad fronteriza consigne experiencias de frustración extrema e intensa agresión (secundaria o primaria) en los primeros años de vida. La excesiva agresión pregenital, sobre todo la oral, tiende a ser proyectada y provoca una distorsión paranoide de las tempranas imágenes parentales, en especial las de la madre. En virtud de la proyección de impulsos predominantemente sádico-orales pero también sádico-anales, la madre es vista como potencialmente peligrosa y el odio hacia ella se hace extensivo a ambos padres, a quienes más tarde el niño experimenta como un "grupo unido". La "contaminación" de la imagen del padre por la agresión primariamente proyectada en la madre y la indiscriminación entre ambas figuras parentales provocada por las excesivas maniobras de escisión que impiden una diferenciación realista entre los diversos objetos, tienden a producir en ambos sexos una peligrosa imagen combinada padre-madre, como resultado de la cual todas las relaciones sexuales son vistas después como peligrosas e infiltradas de agresión.

Al mismo tiempo, se produce un prematuro desarrollo de las tendencias genitales, mediante el cual se intenta evitar la rabia y los temores orales; este intento fracasa a menudo debido a la intensidad de la agresión pregenital, que contamina también las tendencias genitales, provocando numerosas consecuencias patológicas que en cada sexo se manifiestan de modo diferente.

En el niño, el prematuro desarrollo de las tendencias genitales, destinado a negar las necesidades de dependencia oral, fracasa debido a que los temores y prohibiciones edípicos contra los impulsos sexuales hacia la madre encuentran un poderoso refuerzo en los temores pregenitales a la madre, de lo cual deriva la típica aparición

de una imagen materna peligrosa y castradora. Asimismo, la proyección de la agresión pregenital incrementa los temores edípicos al padre y, en particular la angustia de castración, y éstos, a su vez, vuelven a reforzar la agresión y los temores pregenitales, creando circunstancias que obstaculizan seriamente el complejo edípico positivo. En cambio, un frecuente intento de solución consiste en el refuerzo del Edipo negativo y, específicamente, en lo que Paula Heimann (22) describió como la "posición femenina" en los niños, que representa una tentativa de someterse sexualmente al padre para obtener de él las gratificaciones orales que fueron negadas por la madre peligrosa y frustradora. Es ésta una constelación típica de la homosexualidad masculina de origen predominantemente oral. Importa destacar que en algún nivel, tanto el padre como la madre son vistos como peligrosos, al igual que la heterosexualidad; la homosexualidad es utilizada entonces como un modo sustitutivo de gratificar las necesidades orales. El peligro de la reaparición de la frustración y la agresión orales, como consecuencia de las relaciones homosexuales, está siempre presente. Otro intento de solución consiste en gratificar las necesidades de agresión oral mediante una relación heterosexual, que en un nivel más profundo representa el intento de "robar" sexualmente a la madre lo que ella negó en el plano oral. Esta constelación se observa con frecuencia en hombres narcisistas de conducta promiscua, que inconscientemente buscan vengarse de las frustraciones orales que les infligió su madre, mediante vinculaciones seudogenitales con las mujeres. El desarrollo de cualquiera de las tendencias infantiles perverso-polimorfas, sobre todo de aquellas que permiten la manifestación de la agresión, constituye un intento de solución más, ante el peligro generado por la prematura condensación de los objetivos pregenitales y genitales.

En las niñas, la severa patología de tipo oral, descrita más arriba, tiende a desarrollar prematuramente tendencias edípicas positivas. Las tendencias genitales hacia el padre son utilizadas como gratificación sustitutiva de las necesidades de dependencia oral, que fueron frustradas por la madre peligrosa. Sin embargo, este intento puede resultar infructuoso debido a que la agresión pregenital desviada de la madre y proyectada en el padre contamina la imagen de este último, y también debido a que la rabia oral y en especial la envidia oral actúan como un poderoso refuerzo de la envidia del pene en las mujeres. La negación de la agresión mediante el amor heterosexual suele fracasar porque se produce una reactivación patológicamente intensa de la envidia del pene, y también porque la imagen de la madre edípica prohibitiva es reforzada por la de la peligrosa madre pregenital. A menudo se busca solucionar esta situación refugiándose en la promiscuidad, lo cual refleja el intento de negar la envidia del pene y la dependencia de los hombres, así como la manifestación de sentimientos inconscientes y particularmente intensos de culpa, derivados de las tendencias genitales.

Otra solución consiste en un refuerzo general de las tendencias masoquistas, con el que se busca gratificar las presiones superyoicas provenientes de imágenes maternas pregenitales y genitales, internalizadas bajo la influencia de la reintroyección de la agresión proyectada. La total renuncia a la heterosexualidad, junto con la búsqueda de gratificación de las necesidades orales por parte de una imagen materna idealizada, escindida por completo de la otra imagen materna peligrosa y amenazante, es una de las causas importantes de la homosexualidad femenina, relativamente frecuente en la personalidad fronteriza. Las vinculaciones homosexuales, que representan no sólo una renuncia a los hombres y un sometimiento a la madre edípica, sino además un esfuerzo por obtener gratificación oral y otros tipos de gratificaciones pregenitales por parte de figuras maternas "parciales" idealizadas, suelen terminar en fracaso debido a la persistente presencia de necesidades y temores derivados de la agresión oral, otra de cuyas consecuencias son las relaciones homosexuales de tipo sadomasoquista. También en las niñas pueden desarrollarse otras tendencias sexuales polimorfas, del mismo modo en que fueron descritas en el caso de los varones.

En resumen, *en ambos sexos el exceso de agresión pregenital, y en especial de agresión oral, tiende a inducir el prematuro desarrollo de tendencias edípicas, como consecuencia de una particular condensación patológica de objetivos pregenitales y genitales, causada por el predominio de las tendencias agresivas.* Uno de los habituales resultados de este fenómeno es la presencia de varias de las soluciones transaccionales patológicas, que dan lugar a la típica persistencia de las tendencias sexuales perverso-polimorfas en los pacientes de personalidad fronteriza. Lo que en apariencia impresiona como una caótica perduración de impulsos y temores primitivos, es decir la "pansexualidad" del caso fronterizo, representa la combinación de varias de estas soluciones patológicas. Todas éstas constituyen fallidos intentos de hacer frente a la agresividad de las tendencias genitales y, en general, a la agresión que infiltra todas las necesidades instintivas. Los tests psicológicos de los pacientes fronterizos revelan la ausencia del normal predominio de las tendencias genitales heterosexuales por sobre los impulsos polimorfos parciales. Aquello que aparece como una caótica combinación de tendencias preedípicas y edípicas, es un reflejo de la mencionada condensación patológica. Sobre la base del resultado de los tests psicológicos, se suele decir que estos pacientes presentan una "falta de identidad sexual", lo cual es probablemente una denominación errónea. Si bien es cierto que adolecen de difusión de la identidad, este síndrome se remonta a orígenes más precoces y complejos que los de la simple ausencia de diferenciación de una determinada orientación sexual (28). Su "falta de identidad sexual" no refleja una falta de definición sexual, sino la combinación de varias poderosas fijaciones tendientes a hacer frente a los mismos conflictos.

Cerramos así este intento de aplicar la metapsicología psicoanalítica a los problemas clínicos que plantea la organización fronteriza de la personalidad.

### Resumen

Los desórdenes "fronterizos" de la personalidad son examinados aquí desde los puntos de vista descriptivo, estructural y genético-dinámico. Se sugiere que comparten las siguientes características: I) ciertas constelaciones sintomáticas, como por ejemplo ansiedad difusa, formas especiales de neurosis polisintomáticas y patología caracterológica "prepsicótica" y de "nivel inferior"; II) ciertas constelaciones de defensas yoicas, por ejemplo, la combinación de manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica y desviación hacia el pensamiento del proceso primario por una parte, y por la otra determinados mecanismos de defensa primitivos (escisión, idealización primitiva, formas tempranas de proyección, negación, omnipotencia); III) una particular patología de las relaciones objetales internalizadas, y IV) típicas vicisitudes de los instintos, reflejadas en la particular condensación patológica de objetivos pregenitales y genitales, que es producto de la intensidad de la agresión pregenital. Se incluye un breve examen de estos aspectos de la personalidad fronteriza y de sus recíprocas vinculaciones.



## BIBLIOGRAFIA

1. Bychowski, G.: The problem of latent psychosis. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 1, 484-503, 1953.
2. Deutsch, H.: Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia. *Psychoanal. Quart.*, 11, 301-321, 1942.
3. Easser, B. R. y Lesser, S. R.: Hysterical personality: a re-evaluation. *Psychoanal. Quart.*, 34, 390-405, 1965.
4. Ekstein, R. y Wallerstein, J.: Observations on the psychotherapy of borderline and psychotic children. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 11, 303-311. Nueva York, International Universities Press, 1956.
5. Erikson, E. H.: The problem of ego identity. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 4, 56-121, 1956.
6. Fairbairn, W. R. D.: Schizoid factors in the personality (1940). En *An Object-Relations Theory of the Personality*. Nueva York, Basic Books, 1952, págs. 3-27.
7. — Endopsychic structure considered in terms of object-relationships (1944). En *An Object-Relations Theory of the Personality*. Nueva York, Basic Books, 1952, págs. 82-136.
8. — A synopsis of the development of the author's views regarding the structure of the personality (1951). En *An Object-Relations Theory of the Personality*. Nueva York, Basic Books, 1952, págs. 162-179.
9. Frank, J. D. y col.: Two behavior patterns in therapeutic groups and their apparent motivation. *Hum. Rel.*, 5, 289-317, 1952.
10. Freud, A.: *The Ego and the Mechanisms of Defense* (1936). Nueva York, International Universities Press, 1946. págs. 45-57. [Hay versión castellana: *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires, Paidós, 1977, 11ª ed.]
11. Freud, S.: Negation (1925). *Standard Edition*, 19, 235-239. Londres, Hogarth Press, 1961. [Hay versión castellana: La negación. *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967/68.]
12. — Fetishism (1927). *Standard Edition*, 21, 149-157. Londres, Hogarth Press, 1961. [Hay versión castellana: Fetichismo. *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967/68.]
13. — Splitting of the ego in the process of defence (1938). *Standard Edition*, 23, 275-278. Londres, Hogarth Press, 1964. [Hay versión castellana: Escisión del yo en el proceso de defensa. *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967/68.]
14. Frosch, J.: The psychotic character: clinical psychiatric considerations. *Psychiat. Quart.*, 38, 81-96, 1964.
15. Geleerd, E. R.: Borderline states in childhood and adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 13, 279-295. Nueva York, International Universities Press, 1958.
16. Gitelson, M.: On ego distortion. *Int. J. Psycho-Anal.*, 39, 245-257, 1958.
17. Greenson, R. R.: The struggle against identification. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 2, 200-217, 1954.

18. — On screen defenses, screen hunger, and screen identity. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 6, 242-262, 1958.
19. Hartmann, H.: Contribution to the metapsychology of schizophrenia (1953). *Essays on Ego Psychology*. Nueva York, International Universities Press, 1964, págs. 182-206.
20. Hartmann, H.; Kris E. y Loewenstein, R. M.: Comments on the formation of psychic structure. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 2, 11-38. Nueva York, International Universities Press, 1946.
21. Hartmann, H. y Loewenstein, R. M.: Notes on the superego. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 17, 42-81. Nueva York, International Universities Press, 1962.
22. Heimann, P.: A contribution to the re-evaluation of the oedipus complex: the early stages. En *New Directions in Psycho-Analysis*, comps. M. Klein, P. Heimann y R. E. Money-Kyrle. Nueva York, Basic Books, 1955, págs. 23-38. [Hay versión castellana: Una contribución a la reevaluación del complejo de Edipo: las etapas tempranas. En M. Klein, *Obras completas*, vol. 4, Buenos Aires, Paidós, 1976.]
23. Hoch, P. H. y Cattell, J. P.: The diagnosis of pseudoneurotic schizophrenia. *Psychiat. Quart.*, 33, 17-43, 1959.
24. Hoch, P. H. y Polatin, P.: Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiat. Quart.*, 23, 248-276, 1949.
25. Jacobson, E.: Contribution to the metapsychology of cyclothymic depression. En *Affective Disorders*, comp. P. Greenacre. Nueva York, International Universities Press, 1953, págs. 49-83.
26. — Contribution to the metapsychology of psychotic identifications. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 2, 239-262, 1954.
27. — Denial and repression. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 5, 61-92, 1957.
28. — *The Self and the Object World*. Nueva York, International Universities Press, 1964.
29. Kernberg, O.: Structural derivatives of object relationships. *Int. J. Psychoanal.*, 47, 236-253, 1966.
30. Khan, M. M. R.: Clinical aspects of the schizoid personality; affects and technique. *Int. J. Psychoanal.*, 41, 430-437, 1960.
31. Klein, M.: A contribution to the psychogenesis of manic-depressive states (1934). En *Contributions to Psycho-Analysis 1921-1945*. Londres, Hogarth Press, 1948, págs. 282-310. [Hay versión castellana: Una contribución a la psicogénesis de los estados maníaco-depresivos. *Obras completas*, vol. 2, Buenos Aires, Paidós, 1975.]
32. — Mourning and its relation to manic-depressive states (1940). En *Contributions to Psycho-Analysis 1921-1945*. Londres, Hogarth Press, 1948, págs. 311-338. [Hay versión castellana: El duelo y su relación con los estados maníaco-depresivos. *Op. cit.*]
33. — The oedipus complex in the light of early anxieties: general theoretical summary (1945). En *Contributions to Psycho-Analysis 1921-1945*. Londres, Hogarth Press, 1948, págs. 377-390. [Hay versión castellana: El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas. *Op. cit.*]
34. — Notes on some schizoid mechanisms (1946). En *Developments in Psycho-Analysis*, comp. J. Riviere. Londres, Hogarth Press, 1952, págs. 292-320. [Hay versión castellana: Nota sobre algunos mecanismos esquizoides. *Obras completas*, vol. 3, Buenos Aires, Paidós, 1978.]
35. Knight, R. P.: Borderline states (1953). En *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*, comps. R. P. Knight y C. R. Friedman. Nueva York, International Universities Press, 1954, págs. 97-109. [Hay versión castellana: *Psiquiatría psicoanalítica. Psicoterapia y psicología médica*. Buenos Aires, Hormé.]
36. — Management and psychotherapy of the borderline schizophrenic patient (1953). En *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*, comps. R. P. Knight y C. R. Friedman. Nueva York, International Universities Press, 1954, págs. 110-122.

37. Laughlin, H. P.: *The Neuroses in Clinical Practice*. Filadelfia, Saunders, 1956, págs. 394-406.
38. Main, T. F.: The ailment. *Brit. J. Med. Psychol.*, 30, 129-145, 1957.
39. Menninger, K. A., Mayman, M. y Pruyser, P.: *The Vital Balance*. Nueva York, Viking Press, 1963, págs. 213-249.
40. Rangell, L.: Informe del panel sobre: The borderline case. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 3, 285-298, 1955.
41. Rapaport, D.: Cognitive structures. En *Contemporary Approaches to Cognition*. Cambridge, Harvard University Press, 1957, págs. 157-200.
42. Rapaport, D. y Gill, M. M.: The points of view and assumptions of metapsychology. *Int. J. Psycho-Anal.*, 40, 153-162, 1959.
43. Rapaport, D., Gill, M. M. y Schafer, R.: *Diagnostic Psychological Testing*, 2 Vols. Chicago, Year Book Publishers, 1945 y 1946, 1, 16-28; 2, 24-31, 329-366.
44. Robbins, L. L.: Informe del panel sobre: The borderline case. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 4, 550-562, 1956.
45. Rosenfeld, H.: Notes on the psychopathology and psychoanalytic treatment of schizophrenia. En *Psychotherapy of Schizophrenic and Manic-Depressive States*, comps. A. Hassan y B. C. Glueck, (h.) [Psychiatric Research Report N° 17]. Washington, D.C.: American Psychiatric Association, 1963, págs. 61-72.
46. — On the psychopathology of narcissism: a clinical approach. *Int. J. Psycho-Anal.*, 45, 332-337, 1964.
47. Segal, H.: *Introduction to the Work of Melanie Klein*. Nueva York, Basic Books, 1964. [Hay versión castellana: *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires, Paidós, 1977, 7ª ed.]
48. Van der Waals, H. G.: Problems of narcissism. *Bull. Menninger Clin.*, 29, 293-311, 1965.
49. Waelder, R. y col.: Ego distortion (discusión de panel). *Int. J. Psycho-Anal.*, 39, 243-275, 1958.
50. Wallerstein, R. S.: Reconstruction and mastery in the transference psychosis. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, págs. 551-583.
51. Wallerstein, R. S. y Robbins, L. L.: The psychotherapy research project of The Menninger Foundation (Part IV: Concepts). *Bull. Menninger Clin.*, 20, 239-262, 1956.
52. Winnicott, D. W.: The depressive position in normal emotional development. *Brit. J. Med. Psychol.*, 28, 89-100, 1955.
53. Zilboorg, G.: Ambulatory schizophrenias. *Psychiatry*, 4, 149-155, 1941.
54. — Further observations on ambulatory schizophrenia. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 27, 677-682, 1957.

## CAPÍTULO II

### LA CONTRATRANSFERENCIA

#### El concepto de contratransferencia

El concepto de contratransferencia ha dado lugar a dos enfoques opuestos. El primero, al que llamaremos "clásico", define a la contratransferencia como la reacción inconsciente del analista ante la transferencia del paciente, en consonancia con el uso que Freud (8) dio a este término y a su recomendación acerca de la necesidad de que el analista resuelva su contratransferencia, cuya principal fuente, según este enfoque, radica en los conflictos neuróticos del analista.

De acuerdo con el segundo punto de vista, que denominaremos "totalístico", la contratransferencia abarca la totalidad de la respuesta emocional del analista ante el paciente en la situación terapéutica. En este contexto, las reacciones conscientes e inconscientes del analista representan, según este enfoque, reacciones a la realidad del paciente y a su transferencia, así como a las necesidades derivadas de la realidad del propio analista y de sus conflictos neuróticos. Este segundo abordaje considera que las reacciones emocionales del analista están íntimamente fusionadas y, si bien también aboga por la resolución de la contratransferencia, la considera útil para profundizar la comprensión acerca del paciente. En resumen, el enfoque "totalístico" se basa en una definición más amplia de la contratransferencia y postula su aplicación técnica. Algunos de los autores que adhieren a este enfoque estudiaron el efecto que en determinadas circunstancias produce la contratransferencia en los pacientes, como parte del trabajo analítico.

Reich (32, 33), Glover (15), Fliess (6) y en cierta medida Gitelson (14), son los principales representantes del enfoque "clásico", mientras que entre los del enfoque "totalístico" se encuentran Cohen (2), Fromm-Reichmann (11), Heimann (16), Racker (31), Weigert (43), Winnicott (45, 46) y, hasta cierto punto, Thompson (41). La definición de contratransferencia que formula Little (23, 24) se aproxima al enfoque "clásico", pero la utilización por la que aboga está más cercana al ala "radical" del enfoque "totalístico". En efecto, esta

autora se cuenta entre quienes más han contribuido al empleo de la contratransferencia como material apto para ser comunicado al paciente. Por último, Menninger (26) y Orr (29) representan una posición intermedia.

La principal objeción al enfoque totalístico por parte de quienes abogan por el enfoque clásico es que la ampliación del concepto de contratransferencia hasta hacerlo abarcar todos los fenómenos emocionales que ocurren en el terapeuta, provoca confusión y hace que el término pierda todo significado específico. Los representantes del enfoque clásico consideran que la ampliación del concepto tiende a exagerar la importancia de las reacciones emocionales del analista, a costa de un perjudicial apartamiento de la posición de neutralidad que idealmente aquél debería conservar: advierten además acerca del riesgo de que, al ubicar tan en primer plano a las reacciones emocionales del analista, su personalidad asuma una participación excesiva. Por otra parte, Reich (33) señala que quienes adhieren al enfoque totalístico no hacen justicia al enfoque clásico, al sugerir que la neutralidad implica un frío apartamiento y falta de humanidad por parte del analista. Freud (10) manifiesta con claridad que neutralidad no significa pérdida de espontaneidad o de la natural calidez del analista, agregando que una "desatenta indiferencia" por parte de aquél puede ser en sí misma causa de resistencias en el paciente.

Las principales críticas que la orientación totalística formula al enfoque clásico son las siguientes: I) la definición restrictiva del concepto tiende a oscurecer su importancia, al sugerir que la contratransferencia es algo básicamente "malo", con lo cual se estimula una actitud fóbica en el analista respecto de sus respuestas emocionales, limitando así su comprensión de la situación analítica. II) La influencia conjunta de la transferencia y la realidad del paciente por una parte, y por la otra de la realidad pasada y presente del terapeuta proporciona muchos datos importantes acerca de la comunicación no verbal entre paciente y analista, información que tiende a perderse cuando en lugar de tomar en cuenta las reacciones emocionales del analista y sus orígenes, se intenta eliminarlos del cuadro. Cuando el analista percibe que su respuesta emocional es un buen instrumento técnico para comprender y ayudar al paciente, se siente más libre para hacer frente a los efectos positivos y negativos que se manifiestan en él en la situación transferencial, tiene menos necesidad de bloquearlos y puede ponerlos al servicio de su labor analítica. III) Existe un numeroso grupo de pacientes —aquellos con graves desórdenes caracterológicos y los que presentan una organización de tipo fronterizo y psicótico no obstante la cual tienen posibilidades de beneficiarse con una psicoterapia de orientación psicoanalítica— que, merced a su transferencia intensa, prematura y rápidamente fluctuante, tienden a provocar en el terapeuta fuertes reacciones contratransferenciales que, en ocasiones, revelan la esencia más significativa de las caóticas manifestaciones del paciente (19).

Para continuar desarrollando algunas de las formulaciones del enfoque totalístico, es oportuno agregar que no sólo la transferencia del paciente sino también su realidad (tanto en la situación analítica como en su vida fuera del análisis) son capaces de despertar en el analista intensas reacciones emocionales que de hecho son justificadas. Winnicott (45) observa que existe una "contratransferencia objetiva", denominación que asigna a las naturales reacciones del analista ante manifestaciones extremas de la conducta del paciente hacia él. Asimismo, como lo menciona Fromm-Reichmann (11), ciertos aspectos de la reacción del terapeuta ante el paciente están determinados por la especial naturaleza profesional de aquél, ya que el terapeuta no trabaja en un vacío aislante, sino representando una condición, un grupo y una serie de pautas de carácter profesional, que constituyen aspectos de su realidad en su trabajo con los pacientes.

Racker (30) se refiere a lo que denomina "contratransferencia indirecta", esto es, la respuesta emocional del terapeuta ante terceros que de una u otra manera tienen cierta influencia sobre el tratamiento. Tower (42) analiza los efectos que sobre la labor terapéutica de un analista ejerce su analista didáctico.

Gitelson (14) coincide en que todos estos aspectos de la realidad participan de las reacciones contratransferenciales, pero los diferencia de lo que denomina "respuestas transferenciales" del analista. Según él, las respuestas transferenciales representan las reacciones "totales" del analista ante la personalidad del paciente; tienden a manifestarse sobre todo al comienzo del tratamiento y pueden incluso descalificarlo para continuar su trabajo con ese particular paciente. Por el contrario, las reacciones contratransferenciales son, en opinión de Gitelson, de carácter parcial y fluctuante, y cambian de acuerdo con la naturaleza del material aportado por el paciente. Sin embargo, como lo señala Cohen (2), estas reacciones "totales" ante la personalidad del paciente persisten durante todo el curso del análisis y no se limitan a su período inicial, por lo cual difícilmente pueden ser diferenciadas de lo que Gitelson llama reacciones contratransferenciales. Heimann (18) formula una crítica similar a la de Cohen. Thompson (41) destaca las dificultades que se presentan al intentar trazar un límite entre la reacción normal del analista ante el paciente y las reacciones derivadas de sus propios problemas.

El enfoque totalístico de la contratransferencia concibe la situación analítica como un proceso de interacción en el cual el pasado y el presente de los dos participantes, así como sus mutuas reacciones ante su pasado y su presente, se fusionan en una única posición emocional que los abarca a ambos. Este concepto de interacción interpersonal se convirtió en la piedra basal de las teorías de Sullivan (39, 40); por su parte, Menninger (26) lo subraya específicamente en relación con la contratransferencia.

La mayoría de los ejemplos de contratransferencia que aparecen en la bibliografía especializada se refieren a reacciones emocionales que por lo general son conscientes y cuyos aspectos inconscientes se manifiestan como "escotomas" transitorios que con posterioridad el terapeuta resuelve al sacar a la luz su respuesta afectiva. Naturalmente, cabría alegar que sólo el "escotoma" inicial e inconsciente es contratransferencia, pero tal aseveración no tiene en cuenta el hecho de que muy a menudo el problema del terapeuta no consiste tanto en dilucidar el aspecto de su vivencia del cual pudo no haber estado consciente, sino en cómo manejar las intensas emociones que experimenta y que afectan el tratamiento. Menninger (26) dice que "las manifestaciones de la contratransferencia pueden ser conscientes, no obstante lo cual las condiciones intrapsíquicas que motivaron su aparición pueden ser inconscientes". Esta observación tiene importancia para el manejo de la contratransferencia, por cuanto implica la posibilidad de que el analista comprenda el funcionamiento de su reacción contratransferencial en la interacción analítica concreta, aunque no llegue a discernir de entre las motivaciones de su reacción aquellas atribuibles a su propio pasado. Si bien el analista puede no descubrir las raíces pasadas de una determinada posición contratransferencial, tiene sin embargo la posibilidad de reconocer no sólo la intensidad y el significado de su respuesta afectiva, sino además la proporción en que ésta estuvo determinada por aspectos de la realidad propia y del paciente, lo cual le permite precisar la intervención de su propio pasado.

Reich (32, 33) discrimina entre reacciones contratransferenciales "permanentes" y "agudas", definiendo a las primeras como el resultado de un desorden caracterológico del analista, y a las segundas como la consecuencia de diferentes manifestaciones transferenciales del paciente. Considera que las reacciones contratransferenciales permanentes plantean dificultades más serias y que la manera ideal de resolverlas sería la profundización del análisis del propio analista. Sin embargo, incluso las respuestas contratransferenciales que reflejan predominantemente problemas caracterológicos no resueltos del terapeuta, están íntimamente conectadas con su interacción analítica con el paciente. Mediante el funcionamiento del mecanismo de regresión empática en el analista, ciertos conflictos del paciente pueden reactivar conflictos similares del pasado del analista, así como antiguas defensas caracterológicas que éste ya había abandonado. Asimismo, cuando las intensas reacciones contratransferenciales negativas se prolongan durante un período considerable, cualquiera que sea su origen, el analista puede volver, en su interacción con determinado paciente, a antiguos patrones neuróticos que ya había eliminado de su interacción con otros pacientes y de su vida fuera de las horas analíticas. Por decirlo así, el analista se muestra en su peor aspecto en su relación con un paciente en particular. Basándose en el concepto restrictivo de contratransferencia, cabría atribuir la

totalidad de la reacción a un conflicto caracterológico del analista, pero ello equivaldría a no tener suficientemente en cuenta la manera específica en que el paciente provoca esa reacción en el analista.

Podríamos describir una secuencia de reacciones contratransferenciales, que se extiende desde las vinculadas con las neurosis sintomáticas en un extremo, hasta las reacciones psicóticas en el otro, y en la cual los diversos componentes de la transferencia y de la realidad tanto del paciente como del analista varían de manera significativa. A medida que avanzamos desde el "polo neurótico" al "polo psicótico", las manifestaciones transferenciales van adquiriendo preeminencia en la contribución del paciente a la reacción contratransferencial del analista, desplazando en importancia a aquellos aspectos contratransferenciales que surgen del pasado del terapeuta. Al tratar pacientes fronterizos o muy regresivos, en contraste con lo que ocurre en el tratamiento de neurosis sintomáticas o de muchos desórdenes caracterológicos, el analista tiende a experimentar desde etapas relativamente tempranas de la terapia, fuertes reacciones emocionales vinculadas con la prematura, intensa y caótica transferencia del paciente y con su propia capacidad para soportar la ansiedad y la tensión psicológica, más que con cualquier problema específico de su pasado. En otras palabras, si planteamos una hipotética situación en la que varios terapeutas razonablemente bien equilibrados tratan a un mismo paciente muy regresivo y desorganizado, sus respectivas respuestas contratransferenciales serán más o menos similares, ya que reflejarán predominantemente problemas del paciente, más que cualquier conflicto específico del pasado de cada uno de ellos. Little (23) afirma que cuanto más desintegrado es el paciente, mayor es la necesidad de integración en el analista, y agrega que con pacientes psicóticos, la contratransferencia es quizás el único medio en que se puede basar el tratamiento, contando probablemente, como mecanismo subyacente, con la identificación con el ello del paciente. En igual dirección apuntan las observaciones de Will (44).

La contratransferencia se transforma así en un importante instrumento diagnóstico, que informa acerca del grado de regresión del paciente, de la actitud emocional de éste respecto del terapeuta y de las modificaciones de esta actitud. Cuanto más intensa y precoz es la respuesta emocional del analista ante el paciente, mayor es el peligro que representa para su neutralidad, y cuanto más fluctuante, caótica y rápidamente cambiante es aquella reacción, más motivos hay para pensar que el terapeuta está en presencia de un paciente gravemente regresivo. Pasando al otro extremo de la secuencia, en el tratamiento de pacientes que sufren neurosis sintomáticas o desórdenes caracterológicos no demasiado graves, estas intensas reacciones emocionales se manifiestan en el terapeuta sólo de manera temporal, después de haber ido "estructurándose" durante un cierto tiempo



(por lo general una vez pasado el período inicial de la terapia), sin llegar a constituir mayores riesgos para su estabilidad y su neutralidad.

### **Regresión e identificación en la contratransferencia**

Fliess (5) sostiene que la actitud del analista está basada en la empatía, que a su vez depende de una "transitoria identificación tentativa" con el paciente. Según Spitz (38) este proceso de identificación tentativa puede ser visto como una forma de regresión al servicio del yo. En un artículo posterior, Fliess (6) describe la identificación tentativa transitoria en casos en que la contratransferencia tiene lugar en un contexto marcadamente regresivo; esta regresión da lugar a que en el analista se manifieste lo que este autor llama "contraidentificación", esto es, una excesiva y más permanente identificación con el paciente, que importa una duplicación en el analista de determinada identificación esencial del paciente. Según Fliess, la contraidentificación constituye un grave y permanente obstáculo para la labor del analista. Al elaborar este concepto de Fliess, Reich (33) afirma que la contratransferencia es precisamente el resultado del fracaso de la identificación tentativa transitoria y de la aparición de la "contraidentificación". Según esta autora, una de las consecuencias del mencionado fracaso es el retorno de impulsos que siguen la ley de Talión, bajo cuya influencia el analista tiende a dar amor por amor y odio por odio, o a "encasillarse" en una identificación que le brinda gratificaciones narcisistas.

Lo que Fliess considera una identificación esencial en el terapeuta y una duplicación de la identificación esencial equivalente del paciente, está vinculado con lo que Erikson (3, 4) denominaría temprana identidad yoica, es decir, un precipitado de identificaciones en el que participan relaciones objetales muy precoces. El peligro de "encasillarse" en una "identificación esencial" tiene que ver con el hecho de que en ella participa una temprana identidad yoica reprimida o disociada, que contiene experiencias interpersonales dolorosas o traumáticas que el yo no logró integrar en el momento en que se produjeron aquellas identificaciones. Esta precoz identidad yoica disociada contiene además derivados de impulsos agresivos pregenitales; en consecuencia, las identificaciones que incluye son de carácter marcadamente hostil, debido a la movilización, proyección y reintroyección de aquellos impulsos agresivos en las tempranas interacciones. Por último, en la mencionada identidad yoica participan también defensas arcaicas del yo, entre las cuales, a mi juicio, es de especial interés el mecanismo de identificación proyectiva, tal como fue descrito por Klein (20, 21), Heimann (17) y Rosenfeld (34, 35).

Sugerí en el capítulo I que la identificación proyectiva puede ser vista como una forma temprana del mecanismo de proyección. Desde el punto de vista de los aspectos estructurales del yo, la identifica-

ción proyectiva difiere de la proyección, por cuanto el impulso proyectado en un objeto externo no aparece como algo ajeno y distante del yo, pues al persistir la conexión del sí mismo con el impulso proyectado, aquél "empatiza" con el objeto. La ansiedad que en un primer momento llevó a proyectar el impulso en un objeto, se transforma después en temor a ese objeto, acompañado de la necesidad de controlarlo para evitar que ataque al sí-mismo bajo la influencia del impulso proyectado. Como consecuencia del funcionamiento del mecanismo de proyección, o a modo de fenómeno paralelo al mismo, se produce un desvanecimiento de los límites entre el sí-mismo y el objeto (pérdida de los límites yoicos), ya que parte del impulso proyectado sigue estando presente dentro del yo, causando una caótica fusión entre el sí-mismo y el objeto.

Cuando en la transferencia se manifiestan relaciones objetales conflictivas de muy temprano origen, como ocurre con frecuencia con pacientes muy desorganizados y con serias perturbaciones caracterológicas, el terapeuta se ve envuelto en un proceso de regresión empática, al tratar de preservar su contacto emocional con el paciente. En algún momento de la regresión pueden reactivarse tempranas identificaciones del propio terapeuta, al tiempo que entra en funcionamiento el mecanismo de identificación proyectiva. El terapeuta se ve entonces amenazado por varios peligros de origen interno, como por ejemplo: I) la reaparición de la ansiedad vinculada con tempranos impulsos, sobre todo de carácter agresivo, que se dirigen ahora hacia el paciente; II) una cierta pérdida de los límites yoicos en la interacción con ese paciente, y III) la fuerte tentación de controlar al paciente, como consecuencia de la identificación de éste con un objeto del pasado del analista.

Fliess y Reich subrayaron los peligros que encierra la aparición de los fenómenos descritos en la contratransferencia. En tales circunstancias, sin embargo, la experiencia emocional del propio analista puede actuar como una eficaz fuente de información acerca del tipo de temor que siente el paciente y de las fantasías asociadas con él, ya que este proceso aparece en el analista como "duplicado" de un proceso del paciente. Asimismo, cuando el terapeuta logra reconocer sus propios impulsos agresivos sin sentirse demasiado amenazado por ellos, está en condiciones de transmitir seguridad emocional a su paciente.

Afortunadamente, en el analista entran en funcionamiento importantes mecanismos compensatorios. Algunos aspectos de su yo permanecen intactos, en tanto que otros se ven envueltos en la regresión empática, en la medida en que surgen identificaciones proyectivas como parte de la activación en él de una "identificación esencial". Continúa funcionando en un nivel maduro el sector fundamental de su yo, que incluye su identidad yoica más elaborada y las estructuras adaptativas y cognitivas ligadas con ella. La pérdida de límites yoicos en el analista, causada por la identificación proyectiva,

se restringe al área de su interacción con el paciente y, a modo de compensación, se ejerce una especial presión sobre sus funciones yoicas más avanzadas, que normalmente están a cargo del mantenimiento de los límites del yo.

Es posible que ante pacientes muy regresivos, el terapeuta pierda su "objetividad analítica" durante las sesiones, pero una vez terminadas éstas o al cabo de unas pocas horas, recobra paulatinamente su equilibrio. Tiene lugar en él un proceso de elaboración, en el cual las estructuras adaptativas y cognitivas estables, formadas alrededor de su identidad yoica más reciente y madura, actúan en apoyo del sector de su yo en el que se activaron las identificaciones, las defensas y los impulsos primitivos y cuyos límites sufrieron el consecuente debilitamiento. Cuando este proceso fracasa, el analista pierde poco a poco la capacidad de "recobrase" de la posición contratransferencial creada por determinado paciente. A medida que pasan las semanas o los meses, se ve cada vez más envuelto en una permanente distorsión emocional en relación con ese paciente. Además de los síntomas generales de reacción contratransferencial mencionados en la bibliografía (2, 15, 24, 26, 46), los síntomas específicos de esta "fijación" a una posición contratransferencial son, entre otros, la aparición de suspicacia en relación con determinado paciente, e incluso fantasías paranoides acerca de eventuales ataques por parte de éste y de la modalidad que habrán de asumir; una extensión de la reacción interna experimentada frente a ese paciente, que hace que el terapeuta manifieste ante otras personas las mismas respuestas emocionales características de su relación con aquél; y, por último, el desarrollo de lo que podríamos llamar una reacción "microparanoide". La causa de todos estos fenómenos es que el proceso de elaboración que se cumple dentro del yo del analista ha fracasado, fundamentalmente porque en el contexto de la relación terapéutica, el paciente ha conseguido destruir la identidad yoica más estable y madura del analista y éste, sin control sobre su yo, reproduce la posición emocional del paciente.

Debemos tener en cuenta que el analista experimenta una regresión al servicio del yo, que le permite mantenerse en contacto con el paciente, y no una reacción ante el asalto de la conducta de aquél. La tolerancia y la neutralidad del analista, que son parte de sus esfuerzos por preservar su proximidad emocional con el paciente, pueden incluso aumentar el riesgo de que carezca de la protección necesaria para hacer frente al comportamiento marcadamente inadecuado y agresivo de los individuos fronterizos. En efecto, ciertos analistas especialmente interesados en trabajar con pacientes muy regresivos se convierten, sin quererlo, en las víctimas pasivas de la conducta de aquéllos, porque gran parte de sus esfuerzos quedan absorbidos en su lucha contra las reacciones emocionales internas que desencadenan los pacientes de este tipo.

La premisa de que la identidad del yo depende de la continuidad y la confirmación del concepto de sí mismo es válida también para el analista en su relación con los pacientes. Dicha confirmación se ve imposibilitada en la interacción con pacientes cuya misma conducta representa una amenaza para el analista y que son capaces de inducir en él una fuerte regresión contratrtransferencial. La identidad del analista es constantemente socavada, hasta que terminan por desaparecer las fuerzas que en otras circunstancias habrían servido para compensar su regresión al servicio del yo, es decir las estructuras de su identidad yoica más madura. Desde el punto de vista práctico, estas observaciones ponen de relieve la importancia de un cierto grado de estructuración externa, como parte de la labor analítica con pacientes muy regresivos, como por ejemplo fijar límites a lo que el paciente puede hacer y a lo que se le permitirá hacer, límites que el analista debe observar con firmeza y sin concesiones, y señalarle directamente las actitudes que no le serán admitidas durante las sesiones; la hospitalización contribuye también a reforzar la estructuración, así como otras medidas terapéuticas subsidiarias.

Racker (31) realizó un detallado estudio de la utilización de la contratrtransferencia como fuente de información acerca de la constelación emocional interna del paciente, clasificando las identificaciones que tienen lugar en las reacciones contratrtransferenciales en dos tipos: "identificaciones concordantes" e "identificaciones complementarias". De acuerdo con Racker, la "identificación concordante" es la identificación del analista con el sector correspondiente del aparato psíquico del paciente; esto es, el yo con el yo, el superyó con el superyó. Merced a esta identificación, el analista experimenta en sí mismo la principal emoción que el paciente está sintiendo en ese momento; al respecto —acota Racker— podríamos considerar que la empatía es una expresión directa de la identificación concordante.

La "identificación complementaria" (concepto que Helene Deutsch fue la primera en formular) se refiere a la identificación del analista con los objetos transferenciales del paciente. En el contexto de este tipo de identificación el analista experimenta la emoción que el paciente atribuye a su objeto transferencial, en tanto que el propio paciente experimenta la emoción que vivió en el pasado, en su interacción con esa particular imagen parental. Por ejemplo, el analista puede identificarse con una imagen paterna rígida y prohibitiva que despierta en él la tendencia a criticar y controlar al paciente, mientras éste revive el temor, el sometimiento o la rebeldía que sintió en la relación con su padre. Según Racker, el analista fluctúa entre estos dos tipos de identificaciones contratrtransferenciales.

Es precisamente en el nivel de regresión en el que se produce la identificación proyectiva del analista, donde la identificación complementaria alcanza su máximo desarrollo. Y, tal como se mencionó antes, mientras el analista lucha contra los primitivos impulsos que se manifiestan en él y contra la tendencia a controlar al paciente,

que forma parte de sus esfuerzos por controlar aquellos impulsos, al mismo tiempo está reproduciendo la temprana relación del paciente con una importante figura parental. Se configura así una situación específica y muy significativa que, cuando es adecuadamente comprendida y elaborada, puede brindar la piedra fundamental para el trabajo analítico con ese paciente en particular. En tales circunstancias, el analista está en condiciones de promover cambios esenciales en la estructura yoica del paciente, en virtud de la experiencia correctiva implícita en la situación analítica. Por el contrario, el mayor peligro que amenaza a la situación analítica en ese momento es que sirva de marco para la repetición traumática de experiencias de frustración de la infancia del paciente; cuando el analista no consigue "escapar" de su atadura contratransferencial, restablece el círculo vicioso de la interacción entre el paciente y la imagen parental, con la cual aquél está identificado.

### **Fijaciones contratransferenciales crónicas**

Ya mencionamos la reaparición de antiguos patrones caracterológicos de tipo neurótico en el analista, que no obstante haber sido abandonados, se reactivan en el trato con determinado paciente. Esta reaparición suele asumir una modalidad muy peculiar; la patología del analista va moldeándose en la interacción terapéutica y llega a asemejarse o a complementar la estructura de la personalidad del paciente hasta tal punto que ambos parecen estar recíprocamente "preensamblados". Por supuesto, este tipo de ligadura contratransferencial crónica es muy perjudicial tanto para el analista como para el paciente. Lo que ocurre en estas circunstancias es que las defensas caracterológicas de tipo neurótico son la protección más segura que encuentra el analista contra las ansiedades primitivas que tienden a aparecer en su contratransferencia, y la particular formación caracterológica complementaria que establece con el paciente es el resultado de la mutua influencia que la identificación proyectiva ejerce en ambos.

Se ha observado que en las reacciones fronterizas y psicóticas, o en períodos muy regresivos del tratamiento analítico de pacientes de todo tipo, adquieren preeminencia los conflictos centrados en la agresión pregenital (12, 13, 20, 22, 24, 36, 46). En los ejemplos que a lo largo de toda la bibliografía ilustran los más graves problemas contratransferenciales y las dificultades que plantea su resolución, figura siempre este tipo de intensa agresión arcaica que se manifiesta en el paciente; la típica expresión de aquellos problemas es la respuesta emocional del terapeuta ante pacientes que necesitan morder la mano que los alimenta. Cualquiera que sea la opinión de cada uno respecto de la controversia de si la agresión es producto de un instinto de muerte o secundaria a la frustración, existen suficientes

pruebas de que el aparato psíquico tiene una fuerte predisposición a volver la agresión contra el propio sujeto. La agresión y la auto-agresión se combinan en las tentativas del paciente por destruir la capacidad del analista de ayudarlo, y ambos elementos están presentes también en la respuesta emocional de este último.

Para expresarlo en términos muy sencillos, la experiencia de dar algo bueno y recibir en retribución algo malo, sin poder modificar la situación mediante los recursos habituales del trato con la realidad, forma parte de la labor del analista. Tiene alguna semejanza con aquella otra experiencia básica que refleja el fracaso de la erección, de lo que Erikson llamó "confianza básica" o de la "preservación del objeto interno bueno", según la expresión de Melanie Klein. Es como si en su relación con determinado paciente, el analista perdiera confianza en las fuerzas capaces de neutralizar la agresión lo cual a su vez reactiva su masoquismo. Money-Kyrle (28) señaló la manera en que la agresión del paciente estimula las funciones super-voicas del analista, despertando en él temores paranoides y culpa depresiva.

Al tratar pacientes fronterizos, cualquiera que sea el nivel de capacitación o experiencia de los terapeutas, éstos suelen pasar por momentos de sometimiento casi masoquista a algunas de las manifestaciones agresivas del paciente, de dudas injustificadas acerca de la propia capacidad y de exagerado temor a las críticas de terceros. Durante estos períodos, el analista llega a identificarse con la agresión, la proyección paranoide y la culpa del paciente, si bien esta situación básica suele quedar disimulada por las defensas secundarias, en particular las caracterológicas, que erige contra su posición emocional.

Una de las formas que asume esta fijación contratransferencial crónica es la reaparición en el analista de antiguas estructuras caracterológicas de tipo neurótico en una peculiar integración complementaria con la patología caracterológica del paciente. Otra frecuente defensa secundaria consiste en un retraimiento o alejamiento narcisista del analista respecto del paciente que acarrea la pérdida de la empatía y la eventual imposibilidad de continuar la relación analítica con ese particular paciente. Hay casos en que el tratamiento está caracterizado por la discontinuidad emocional y termina por fracasar al cabo de algún tiempo. Otro intento de solución defensiva, quizá más patológico que los anteriores, es el retraimiento narcisista que aleja al analista de la realidad y despierta en él la infundada certeza de poder ayudar al paciente (cabría hablar aquí de una reaparición de la omnipotencia arcaica). El terapeuta tiende entonces a aislarse en una especie de isla con el paciente y contribuye a que éste desvíe hacia los objetos externos la agresión originalmente dirigida hacia él; sin embargo absorbe parte de esta agresión, sometiéndose de modo masoquista al paciente, actitud que racionaliza como una "total dedicación" y que también le proporciona cierta gratificación narcisista.

Pasado algún tiempo, esta última maniobra defensiva suele fracasar, muchas veces de manera bastante abrupta; reaparecen entonces los síntomas del paciente y con frecuencia simultáneamente el tratamiento llega a su fin. El "espíritu mesiánico" puesto de manifiesto en este caso nada tiene que ver con una auténtica preocupación por el paciente, en la cual la realidad está necesariamente incluida.

El retraimiento narcisista del terapeuta respecto del paciente, que se expresa como indiferencia pasiva o abandono interno por parte de aquél, y su alejamiento narcisista de la realidad, que se manifiesta en la relación complementaria que establece con el paciente, son dos peligros que amenazan sobre todo a los analistas cuyo narcisismo no ha sido suficientemente elaborado en sus propios análisis, y que por lo tanto son más propensos a replegarse en sus defensas caracterológicas de tipo narcisista. Esto ocurre no sólo debido al retorno defensivo de antiguas estructuras del carácter, sino también porque las mismas defensas caracterológicas están a menudo dirigidas contra conflictos pregenitales en los que intervienen tempranas formas de agresión. En tales casos la regresión contratransferencial resulta especialmente peligrosa.

### **Importancia de la preocupación como rasgo general en el analista**

Un importante factor que participa activamente en la neutralización y la superación de los efectos que la agresión y la autoagresión ejercen sobre la contratransferencia, es la capacidad del analista de experimentar preocupación. En este contexto, la preocupación importa el reconocimiento, por parte del analista, de la intensidad de los impulsos destructivos y autodestructivos del paciente, de la posibilidad de que dichos impulsos se manifiesten en él mismo, y de las limitaciones inherentes a sus esfuerzos terapéuticos con el paciente. En la preocupación intervienen también el auténtico deseo y la necesidad de ayudar al paciente, no obstante su pasajera "maldad". En un plano más abstracto, cabría decir que la preocupación significa reconocer la intensidad de la destructividad y la autodestructividad de los seres humanos en general, y la esperanza —no la certeza— de que en el nivel individual, aquellas tendencias puedan ser combatidas con éxito. En su estudio acerca de la esperanza como tendencia humana básica, Menninger (27) la describe como una manifestación del instinto de vida contra las fuerzas de la destructividad y la autodestructividad. Money-Kyrle (28) afirma que la preocupación del analista por el bienestar del paciente deriva de impulsos reparatorios que contrarrestan sus tempranas tendencias destructivas y de sus identificaciones con figuras parentales. En otro contexto, Frank (7) subraya que la fe que el analista tiene en sí mismo y en su técnica es un requisito importante del éxito terapéutico. También podríamos describir la preocupación en sentido negativo, diciendo que no signi-

fica abandono de la posición analítica ni de la neutralidad del analista, como tampoco significa abandono de la realidad.

Psicoanalistas pertenecientes a diferentes corrientes de pensamiento atribuirían la capacidad de preocupación a diferentes factores genéticos y dinámicos. Winnicott (47) sugiere que es el resultado de sentimientos de culpa medidos y modulados. En su opinión, es la exitosa elaboración que hace el niño de reiterados ciclos de agresión, culpa y reparación, lo que permite el desarrollo de la capacidad de preocupación. Cualquiera que sea su origen, esta capacidad se manifiesta en el analista en conexión con la realidad inmediata de la situación terapéutica del paciente; implica una permanente autocrítica, la predisposición necesaria para no aceptar pasivamente situaciones imposibles y una búsqueda constante de nuevas maneras de manejar crisis prolongadas. Importa asimismo un activo compromiso por parte del analista, en contraposición con el retraimiento narcisista, y la capacidad de admitir en todo momento la conveniencia de recurrir a la consulta y la ayuda de colegas. Este último punto es importante ya que, en efecto, la disposición a rever determinado caso con un colega o un consultor, en contraste con la tendencia a mantener en secreto el propio trabajo, es una buena señal de la capacidad de preocupación.

Sobre el analista suelen obrar presiones de carácter profesional que tienden a disminuir su capacidad de aceptar sus limitaciones y sus esfuerzos por superarlas. Durante el período de entrenamiento, el estudiante debe luchar contra la tentación de utilizar narcisísticamente a sus pacientes; puesto que el tratamiento de pacientes es parte de los requisitos para la graduación, los deseos y temores del estudiante en relación con la satisfacción de dichos requisitos pueden ejercer una poderosa influencia sobre sus reacciones contratransferenciales, que se traducen en una cierta inclinación a conservar el paciente "bueno" y liberarse del paciente "malo". Benedek (1) describe asimismo algunos de los problemas contratransferenciales que surgen en el analista en el marco de una sociedad psicoanalítica. Las presiones que operan sobre el analista cuando éste forma parte de un encuadre terapéutico complejo afectan también su contratransferencia y pueden llegar a limitar, realmente o en sus fantasías, su libertad interior para enfrentar situaciones terapéuticas difíciles. Savage (37) menciona este punto con referencia a la terapia de orientación psicoanalítica de pacientes esquizofrénicos en un encuadre hospitalario. Por su parte, Main (25) dirigió una esclarecedora investigación destinada a estudiar las respuestas contratransferenciales que se observan en el contexto de tratamientos hospitalarios.

Sin embargo, no todas las crisis y dificultades que obstaculizan una terapia son el resultado de problemas contratransferenciales. Es importante diferenciar entre las reacciones contratransferenciales de un analista y su falta de experiencia o de conocimientos técnicos y



teóricos, si bien esta diferenciación no es sencilla ya que ambos factores ejercen una recíproca influencia.

La comprensión del analista acerca del significado de su reacción contratransferencial no es en sí misma una ayuda para el paciente. En lo que atañe a la contratransferencia, la ayuda al paciente se hace efectiva cuando el analista utiliza en sus interpretaciones transferenciales la información que aquélla le proporciona; cuando toma las medidas necesarias para proteger al paciente y protegerse a sí mismo contra situaciones terapéuticas realmente imposibles de manejar, y cuando mediante la relación que establece con él, le ofrece pruebas de su disposición y su capacidad para acompañarlo en la incursión a su pasado, sin perder de vista el presente.

### Resumen

Se describen puntos de vista dispares acerca de la contratransferencia y su utilización clínica, planteando la posibilidad de su aplicación para evaluar el grado de regresión del paciente y para clarificar las pautas transferenciales de las personalidades fronterizas.

Los pacientes que presentan fuertes tendencias regresivas en el análisis o la psicoterapia expresiva, suelen provocar serios problemas contratransferenciales, en especial "contraidentificaciones".

Se sugiere que este último fenómeno está ligado con la reactivación parcial en el analista de primitivas identificaciones yoicas y mecanismos de defensa tempranos. Si bien las contraidentificaciones pueden proporcionar valiosa información acerca de la situación analítica, representan al mismo tiempo una seria amenaza para el tratamiento y predisponen al analista a desarrollar una "fijación contratransferencial crónica".

Entre las señales que indican la presencia de una fijación contratransferencial crónica, se describen las siguientes: reaparición en el analista de rasgos caracterológicos de tipo neurótico previamente abandonados y que vuelven a manifestarse en su interacción con determinado paciente; "discontinuidad emocional" del análisis; una inauténtica "dedicación total" y actitudes "microparanoides" hacia el paciente. Estos problemas contratransferenciales se presentan con mayor frecuencia en el tratamiento de pacientes con tendencia a hacer regresiones severas, en especial las personalidades fronterizas.

Se destaca la importancia de la "preocupación" como rasgo general del analista, que contribuye a evitar los problemas contratransferenciales mencionados. Se describen algunas de las características y los requisitos de la capacidad de preocupación, así como ciertos factores que limitan su desarrollo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Benedek, T.: Countertransference in the training analyst. *Bull. Menninger Clin.*, 18, 12-16, 1954.
2. Cohen, M. B.: Countertransference and anxiety. *Psychiatry*, 15, 231-243, 1952.
3. Erikson, E. H.: Growth and crises of the healthy personality (1950). En *Identity and the Life Cycle* [Psychological Issues, 1, 50-100]. Nueva York, International Universities Press, 1959.
4. — The problem of ego identity. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 4, 56-121, 1956.
5. Fliess, R.: The metapsychology of the analyst. *Psychoanal. Quart.*, 11, 211-227, 1942.
6. — Countertransferences and counteridentification. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 1, 268-284, 1953.
7. Frank, J. D.: The dynamics of the psychotherapeutic relationship. *Psychiatry*, 22, 17-39, 1959.
8. Freud, S.: The future prospects of psycho-analytic therapy (1910). *Standard Edition*, 11, 139-151. Londres, Hogarth Press, 1957. [Hay versión castellana: El porvenir de la terapia psicoanalítica. *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967/68.]
9. — Recommendations for physicians on the psycho-analytic method of treatment (1912). *Standard Edition*, 12, 109-120. Londres, Hogarth Press, 1958. [Hay versión castellana: Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico. *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967/68.]
10. — *Psychoanalysis and Faith. The Letters of Sigmund Freud and Oskar Pfister*, comps. H. Meng y E. L. Freud. Nueva York, Basic Books, 1963, pág. 113. [Hay versión castellana: *Correspondencia*. México, FCE, 1966.]
11. Fromm-Reichmann, F.: *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago, University of Chicago Press, 1950. [Hay versión castellana: *Principios de psicoterapia intensiva*. Buenos Aires, Hormé.]
12. — Some aspects of psychoanalytic psychotherapy with schizophrenics. En *Psychotherapy with Schizophrenics*, comps. E. B. Brody y F. C. Redlich. Nueva York, International Universities Press, 1952.
13. — Basic problems in the psychotherapy of schizophrenia. *Psychiatry*, 21, 1-6, 1958.
14. Gitelson, M.: The emotional position of the analyst in the psycho-analytic situation. *Int. J. Psychoanal.*, 33, 1-10, 1952.
15. Glover, E.: *The Technique of Psycho-Analysis*. Nueva York, International Universities Press, 1955.
16. Heimann, P.: On counter-transference. *Int. J. Psychoanal.*, 31, 81-84, 1950.
17. — A combination of defence mechanisms in paranoid states. En *New Directions in Psycho-Analysis*, comps. M. Klein, P. Heimann y R. E. Money-Kyrle. Londres, Tavistock Publications, 1955, págs. 240-265. [Hay versión castellana: Una combinación de mecanismos de defensa en estados paranoides. En M. Klein, *Obras completas*, vol. 4, Buenos Aires, Paidós, 1976.]
18. — Countertransference. *Brit. J. Med. Psychol.*, 33, 9-15, 1960.
19. Kernberg, O.: Manejo de la contratransferencia en la escuela analítica de

- Washington. Presentado en la Sociedad Chilena de Psicoanálisis, diciembre de 1960.
20. Klein, M.: Notes on some schizoid mechanisms. *Int. J. Psychoanal.*, 27, 99-110, 1946. [Hay versión castellana: Nota sobre algunos mecanismos esquizoides. *Obras completas*, vol. 3, Buenos Aires, Paidós, 1978.]
  21. — On identification. En *New Directions in Psycho-Analysis*, comps. M. Klein, P. Heimann y R. E. Money-Kyrle. Londres, Tavistock Publications, 1955, págs. 309-345. [Hay versión castellana: Sobre la identificación. *Obras completas*, vol. 4, Buenos Aires, Paidós, 1976.]
  22. Lidz, R. W. y Lidz, T.: Therapeutic considerations arising from the intense symbiotic needs of schizophrenic patients. En *Psychotherapy with Schizophrenics*, comps. E. B. Brody y F. C. Redlich. Nueva York, International Universities Press, 1952.
  23. Little, M.: Countertransference and the patient's response to it. *Int. J. Psychoanal.*, 32, 32-40, 1951.
  24. — Countertransference. *Brit. J. Med. Psychol.*, 33, 29-31, 1960.
  25. Main, T. F.: The ailment. *Brit. J. Med. Psychol.*, 30, 129-145, 1957.
  26. Menninger, K. A.: *Theory of Psychoanalytic Technique*. Nueva York, Basic Books, 1958.
  27. — Hope. *Amer. J. Psychiat.*, 116, 481-491, 1959.
  28. Money-Kyrle, R. E.: Normal countertransference and some of its deviations. *Int. J. Psychoanal.*, 37, 360-366, 1956.
  29. Orr, D. W.: Transference and countertransference: a historical survey. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 2, 621-670, 1954.
  30. Racker, H.: A contribution to the problem of countertransference. *Int. J. Psychoanal.*, 34, 313-324, 1953.
  31. — The meaning and uses of countertransference. *Psychoanal. Quart.*, 26, 303-357, 1957.
  32. Reich, A.: On countertransference. *Int. J. Psychoanal.*, 32, 25-31, 1951.
  33. — Further remarks on countertransference. *Int. J. Psychoanal.*, 41, 389-395, 1960.
  34. Rosenfeld, H.: Remarks on the relation of male homosexuality to paranoia, paranoid anxiety and narcissism. *Int. J. Psychoanal.*, 30, 36-47, 1949.
  35. — Transference-phenomena and transference-analysis in an acute catatonic schizophrenic patient. *Int. J. Psychoanal.*, 33, 457-464, 1952.
  36. — Notes on the psychoanalysis of the super-ego conflict in an acute schizophrenic patient. En *New Directions in Psycho-Analysis*, comps. M. Klein, P. Heimann y R. E. Money-Kyrle. Londres, Tavistock Publications, 1955, págs. 180-219. [Hay versión castellana: Observaciones sobre el psicoanálisis del conflicto del superyó en un paciente esquizofrénico agudo. En M. Klein, *Obras completas*, vol. 4, Buenos Aires, Paidós, 1976.]
  37. Savage, C.: Countertransference in the therapy of schizophrenics. *Psychiatry*, 24, 53-60, 1961.
  38. Spitz, R. A.: Countertransference: comments on its varying role in the analytic situation. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 4, 256-265, 1956.
  39. Sullivan, H. S.: *Conceptions of Modern Psychiatry*. Nueva York, Norton, 1953.
  40. — *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Nueva York, Norton, 1953.
  41. Thompson, C. M.: Countertransference. *Samiksa*, 6, 205-211, 1952.
  42. Tower, L. E.: Countertransference. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 4, 224-255, 1956.
  43. Weigert, E.: Contribution to the problem of terminating psychoanalyses. *Psychoanal. Quart.*, 21, 465-480, 1952.
  44. Will, O. A.: Human relatedness and the schizophrenic reaction. *Psychiatry*, 22, 205-223, 1959.
  45. Winnicott, D. W.: Hate in the countertransference. *Int. J. Psychoanal.*, 30, 69-75, 1949.
  46. — Countertransference. *Brit. J. Med. Psychol.*, 33, 17-21, 1960.
  47. — The development of the capacity for concern. *Bull. Menninger Clin.*, 27, 167-176, 1963.

## CAPITULO III

### PRINCIPIOS GENERALES DEL TRATAMIENTO

#### Introducción

Continuaremos en este capítulo el estudio de las personalidades fronterizas. Sugerí en otro lugar (15) que existen dos niveles de organización yoica, que dependen del grado de síntesis de los "sistemas de identificación". En esta expresión están incluidas la introyección, la identificación y la identidad del yo, ordenadas como una secuencia progresiva en el proceso de internalización de las relaciones objetales. La organización de los sistemas de identificación tiene lugar primero en un nivel básico de funcionamiento yoico, en el cual la disociación o "escisión" primitiva es el mecanismo central de la organización defensiva del yo. Esta organización llega después a un nivel más avanzado, en el que la represión reemplaza a la escisión como mecanismo de defensa central. En este contexto restringido, cabe definir la escisión como el proceso activo de mantener la separación entre sistemas de identificación de calidad opuesta.

Mencioné también que en los pacientes que presentan los así llamados "desórdenes fronterizos", se observa una fijación patológica al nivel inferior de organización yoica, en el que predominan la escisión y otros mecanismos de defensa afines. La persistencia del nivel inferior de organización yoica constituye en sí misma un obstáculo para el normal desarrollo e integración de los sistemas de identificación y, por lo tanto, también para el normal desarrollo del yo y del superyó.

En el capítulo I, sugerí la conveniencia de usar la expresión "organización fronteriza de la personalidad" para definir la condición descrita, en lugar de "estados fronterizos" o cualquier otra denominación, porque la personalidad de estos pacientes exhibe una organización patológica específica y estable, y no estados transitorios que pasan de la neurosis a la psicosis o viceversa. Los síndromes clínicos que traducen una personalidad fronteriza comparten las siguientes características: I) típicas constelaciones sintomáticas; II) típicas constelaciones de maniobras defensivas del yo; III) típica patología

de las relaciones objetales internalizadas, y IV) características vicisitudes de los instintos. Cuando estos pacientes se encuentran en situaciones de gran tensión o bajo los efectos del alcohol o las drogas, pueden sufrir episodios psicóticos pasajeros, que por lo general remiten con una terapia relativamente breve pero bien estructurada. Cuando reciben tratamiento psicoanalítico, se suele observar en ellos una peculiar forma de pérdida de la prueba de realidad, e incluso ideas delirantes que se manifiestan sólo en la transferencia —en otras palabras, desarrollan una psicosis transferencial y no una neurosis transferencial—.

En el capítulo I se hizo un pormenorizado análisis estructural de la personalidad fronteriza, abordando fundamentalmente dos aspectos: I) la fortaleza yoica y las típicas operaciones defensivas del yo, y II) la patología de las relaciones objetales internalizadas. Respecto del primer aspecto, la personalidad fronteriza exhibe manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica, en especial intolerancia a la ansiedad, falta de control sobre los impulsos e insuficiente desarrollo de los canales de sublimación. Se observan además ciertas expresiones específicas de labilidad yoica que desde el punto de vista clínico reflejan las distorsiones del funcionamiento yoico provocadas por las particulares defensas de estos pacientes. Por consiguiente, la anulación de estas defensas lograda merced al tratamiento no incrementará la debilidad del yo sino que, por el contrario, puede contribuir a fortalecerlo. La escisión, la idealización primitiva, las tempranas formas de proyección (en especial la identificación proyectiva), la negación y la omnipotencia componen la típica constelación defensiva de los pacientes fronterizos.

Respecto del segundo aspecto considerado en el análisis estructural de las personalidades fronterizas, es decir la patología de sus relaciones objetales, se estudiaron sus orígenes y sus efectos sobre el desarrollo del yo y del superyó, con especial énfasis en el síndrome de difusión de la identidad.

Sugerí por último que en estos pacientes, el excesivo desarrollo de la agresión pregenital, sobre todo la oral, tiende a inducir la prematura aparición de tendencias edípicas, produciéndose en consecuencia una particular condensación patológica de los objetivos pregenitales y genitales, bajo la predominante influencia de los impulsos agresivos. Es precisamente esta constelación de conflictos instintivos lo que determina las peculiares características de los patrones transferenciales de estos pacientes, tema que abordaremos a continuación.

En este capítulo examinaré las dificultades que plantea el tratamiento de estos pacientes, postulando algunas propuestas generales acerca de la estrategia psicoterapéutica a adoptar en estos casos.

Muchos de los pacientes fronterizos no toleran la regresión que tiene lugar en el tratamiento psicoanalítico, no sólo debido a su labilidad yoica y a su propensión a desarrollar una psicosis transfe-

rencial, sino además y sobre todo, porque la exoactuación [acting out] en la transferencia de sus conflictos instintivos gratifica sus tendencias patológicas y bloquea el ulterior progreso del análisis. Lo que aparenta ser un proceso de "elaboración" repetitiva, es en realidad una formación transaccional relativamente estable, centrada en una exoactuación de la transferencia en el contexto de la relación terapéutica.

La terapia de apoyo en estos pacientes termina muchas veces por fracasar. La finalidad de este tipo de psicoterapia es reforzar la organización defensiva del paciente, impidiendo la aparición de las pautas transferenciales primitivas y contribuyendo a la formación de una relación operativa destinada a ayudar al paciente a lograr patrones de conducta más adaptativos. Al impedir la regresión en la transferencia y el desarrollo de la psicosis transferencial, este abordaje terapéutico evita que el tratamiento se estanque; no obstante, fracasa a menudo porque las características defensas de estos pacientes dificultan la formación de una relación operativa o, dicho de otra manera, de la "alianza terapéutica" (38, 51). Los aspectos negativos de la transferencia, en especial la extrema intensidad de las disposiciones transferenciales negativas latentes, tienden a reforzar más aún las defensas patológicas, dando por resultado una escisión de la transferencia negativa, frecuentes actuaciones fuera de las sesiones y falta de profundidad emocional en la situación terapéutica. La prolongada "vacuidad" de la interacción terapéutica, que puede ser consecuencia de la terapia de apoyo, en sí misma contribuye a detener el progreso del tratamiento. En tal caso, en lugar de las reiteradas y turbulentas exoactuaciones de la transferencia durante las sesiones, se produce una situación en la cual el terapeuta se esfuerza por brindar un apoyo que el paciente parece incapaz de integrar.

Para la mayoría de las personalidades fronterizas puede resultar indicada una forma especial de análisis o psicoterapia psicoanalítica modificada, que difiere del psicoanálisis clásico y de las modalidades más usuales de psicoterapias expresivas y de apoyo, de orientación psicoanalítica. Siguiendo a Eissler (3), cabe decir que este procedimiento psicoterapéutico se caracteriza por la introducción de varios "parámetros técnicos" en la situación analítica, sin esperar que los mismos sean totalmente resueltos. Cuando la modificación se produce en el contexto de una psicoterapia de orientación psicoanalítica y no de un psicoanálisis clásico, parece preferible hablar de "modificación de la técnica" más que de "parámetros técnicos" (7).

Las principales características de la modificación a introducir en el procedimiento psicoanalítico son las siguientes: I) elaboración sistemática de la transferencia negativa manifiesta y latente, sin intentar la total reconstrucción genética de sus motivaciones, seguida de la "desviación" de la transferencia negativa manifiesta fuera de la interacción terapéutica, mediante el sistemático examen de aquella en las relaciones del paciente con los demás; II) señalamiento e

interpretación de las maniobras defensivas patológicas que caracterizan a los pacientes fronterizos, a medida que aparecen en la transferencia negativa; III) estructuración precisa de la situación terapéutica mediante todas las medidas necesarias para bloquear la exoactuación de la transferencia en el tratamiento propiamente dicho (por ejemplo, indicando de manera explícita las condiciones dentro de las cuales habrá de desarrollarse la terapia y estableciendo límites estrictos para la agresión no verbal que se admitirá durante las sesiones); IV) utilización de factores estructurantes ambientales, como por ejemplo internación, hospital de día u hogares adoptivos, en los casos en que las exoactuaciones fuera de las horas terapéuticas amenacen con producir una situación crónica de gratificación patológica de las necesidades instintivas; V) abordaje selectivo de aquellos aspectos de la transferencia y de la vida del paciente en los que se ponen de manifiesto sus defensas patológicas, en la medida en que éstas inducen un debilitamiento yoico y una disminución de la prueba de realidad; VI) utilización de las expresiones de transferencia positiva para el mantenimiento de la alianza terapéutica y señalamiento sólo parcial de aquellas defensas destinadas a proteger la transferencia positiva, y VII) estimulación de modalidades de expresión más adecuadas a la realidad para aquellos conflictos sexuales que, debido a la condensación patológica de la agresión pregenital con las tendencias genitales, dificultan la adaptación del paciente; dicho de otra manera, se intentará "liberar" la capacidad de desarrollo genital más maduro de sus intrincaciones con la agresión pregenital.

### **Revisión de la bibliografía pertinente**

En el capítulo I se incluyó una revisión de la bibliografía acerca de los desórdenes fronterizos. Desde el punto de vista de su tratamiento, Knight (18, 19) y Stone (42) realizaron el estudio más exhaustivo. El principal interrogante planteado en la literatura es si estos pacientes pueden ser tratados mediante psicoanálisis o si requieren alguna forma de psicoterapia. En íntima conexión con este interrogante, surge el problema de precisar qué es y qué no es psicoanálisis. Así por ejemplo, Fromm-Reichmann (6), que hizo aportes significativos al tratamiento de pacientes fronterizos y psicóticos, infiere que es posible utilizar con ellos el procedimiento psicoanalítico, pero al respecto cabe acotar que para ella el concepto de psicoanálisis incluye procedimientos que muchos otros autores definirían decididamente como psicoterapia de orientación psicoanalítica.

Gill (8, 9) intentó diferenciar el psicoanálisis clásico de las psicoterapias de orientación psicoanalítica, diciendo que el psicoanálisis, en sentido estricto, significa una permanente observancia de la neutralidad por parte del analista (neutralidad que, según agrega acertadamente Gill, no equivale a una mecánica rigidez de conducta

ni a la supresión de las respuestas espontáneas). A su juicio, el psicoanálisis requiere el desarrollo de una total neurosis transferencial regresiva y la utilización de técnicas interpretativas como único medio para la resolución de la transferencia. Gill dice más adelante que, por el contrario, las terapias de orientación psicoanalítica importan una observancia menos estricta de la neutralidad y el reconocimiento de los fenómenos y las resistencias transferenciales, pero utilizando en grados variables la interpretación de estos fenómenos, sin llegar a un pleno desarrollo de la neurosis transferencial y sin que las técnicas interpretativas sean el único medio empleado para resolver la transferencia.

Si bien esta diferenciación es útil, cabe hacer una salvedad a la inferencia de Gill (9) cuando dice que en el psicoanálisis, el analista "produce activamente" la neurosis transferencial regresiva. En coincidencia con MacAlpine (25), Gill (9) sostiene que "la situación analítica está específicamente destinada a producir una neurosis transferencial regresiva". Sin embargo, la situación analítica da lugar al desarrollo del movimiento regresivo inherente a la aparición de los conflictos patógenos de la infancia, hasta entonces reprimidos. La descripción que hace MacAlpine de lo que ella denomina encuadre infantil regresivo de la situación analítica, adolece de una seria desestimación de los elementos progresivos presentes en esa situación, tales como el respeto del analista por el material del paciente, por su independencia y la implícita confianza que tiene aquél en la capacidad del paciente para madurar y elaborar sus propias soluciones (46).

Volviendo al punto central, la definición de Gill es de suma utilidad para diferenciar al psicoanálisis propiamente dicho de las psicoterapias exploratorias o de orientación psicoanalítica. Eissler (3) profundizó el esclarecimiento de este tema, al ocuparse de los "parámetros técnicos" que representan las modificaciones del encuadre analítico habitualmente necesarias para tratar pacientes con graves distorsiones yoicas. Sugiere que el tratamiento sigue siendo psicoanálisis siempre que dichos parámetros sean introducidos sólo cuando es indispensable sin exceder un mínimo inevitable y cuando son empleados únicamente en circunstancias que permiten su autoeliminación y su resolución mediante técnicas interpretativas, previamente a la terminación del análisis mismo. En realidad, tal como lo señala Gill (9), esta formulación importa la posibilidad de convertir una psicoterapia en psicoanálisis. Stone (41), Bibring (1) y Wallerstein y Robbins (48) son otros de los autores que contribuyeron a clarificar las diferencias entre psicoanálisis y otras psicoterapias afines.

Sobre la base de la definición de psicoanálisis postulada por Gill, los autores que se ocuparon del tratamiento de desórdenes frontorizos podrían ser ubicados en una secuencia que abarca desde aquellos que recomiendan el psicoanálisis hasta quienes creen que el



tratamiento de elección no es el psicoanálisis sino la psicoterapia, en especial la de apoyo. En un nivel intermedio de la secuencia se encuentran los autores que opinan que ciertos pacientes de personalidad fronteriza pueden beneficiarse con el psicoanálisis, mientras que otros requieren una psicoterapia expresiva; están por último aquellos que no hacen una neta diferenciación entre psicoanálisis y psicoterapia.

Las primeras referencias detalladas que aparecen en la bibliografía acerca de los problemas terapéuticos de los pacientes fronterizos, se inclinan por la psicoterapia modificada de apoyo, en contraposición con el psicoanálisis clásico. Stern (39, 40) recomienda una terapia expresiva, con permanente abordaje de la transferencia más que del material histórico y constantes esfuerzos por disminuir la tendencia al aferramiento y las necesidades de dependencia infantil del paciente respecto del analista. A su juicio, estos pacientes necesitan una relación nueva y real que marque el contraste con los vínculos traumáticos de su infancia; considera que en ellos se desenvuelve poco a poco la capacidad de desarrollar una neurosis transferencial similar a la del paciente analítico convencional, por lo cual el psicoanálisis debería quedar reservado para fases ulteriores del tratamiento. Schmideberg (35) recomienda un abordaje cuya denominación más ajustada sería quizá psicoterapia expresiva y opina que estos pacientes no pueden ser tratados mediante el análisis clásico. Las importantes contribuciones de Knight (18, 19) a la estrategia psicoterapéutica a emplear con casos fronterizos apuntan sin titubeos hacia un tratamiento puramente de apoyo, ubicándose por lo tanto en un extremo de la secuencia. Su autor subraya la importancia de fortalecer el yo de estos pacientes y de respetar sus defensas neuróticas; considera que las "interpretaciones profundas" son peligrosas debido a sus efectos regresivos y además porque a causa de su labilidad yoica, estos pacientes tienen dificultades para mantener el funcionamiento del proceso secundario. Destaca la importancia de la estructuración, tanto la promovida dentro del encuadre psicoterapéutico como la que se obtiene recurriendo a la internación o al hospital de día, como parte del programa total de tratamiento.

Los enfoques recomendados por Stone (42) y Eissler (3) se ubican en un nivel medio de la secuencia. Stone opina que los pacientes fronterizos pueden requerir psicoterapia preparatoria pero que por lo menos parte de ellos están en condiciones de ser tratados con análisis clásico, ya sea desde el comienzo o después del tiempo necesario para formar un vínculo operativo con el terapeuta. Coincide con Eissler en que es posible intentar el análisis clásico en etapas ulteriores del tratamiento, siempre y cuando la psicoterapia previa no haya creado distorsiones transferenciales de tal magnitud que impidan la resolución, mediante técnicas interpretativas, de los parámetros técnicos introducidos. Eissler sugiere que en ciertos casos podría ser necesario cambiar de analista en la segunda fase del tra-

tamiento. Según Glover (10), por lo menos algunos de estos casos son "moderadamente accesibles" al psicoanálisis.

Los analistas que en distinta medida adhieren a la escuela inglesa (2, 13, 21, 31, 36, 49, 50) se ubican en el otro extremo de la secuencia. A su juicio, el psicoanálisis clásico es sin dudas viable, si no con todos, por lo menos con gran parte de los pacientes fronterizos. Algunas de sus contribuciones han sido de importancia crucial para la mejor comprensión de la organización defensiva y de las particulares resistencias que caracterizan a estos pacientes. No obstante mi desacuerdo con su hipótesis general acerca de la factibilidad de tratar a la mayoría de los casos fronterizos con psicoanálisis clásico, pienso que los hallazgos de estos analistas permiten modificar las terapias de orientación psicoanalíticas, adaptándolas específicamente a las complicaciones transferenciales de estos pacientes; me refiero en especial a los trabajos de Little (22, 23, 24), Winnicott (49), Heimann (13), Rosenfeld (33) y Segal (36).

Las propuestas terapéuticas que bosquejé al comienzo de este capítulo corresponderían a un nivel intermedio de la secuencia. A mi juicio, en la mayoría de los pacientes de personalidad fronteriza lo indicado es, más que el psicoanálisis clásico, un procedimiento analítico modificado o una forma especial de psicoterapia psicoanalítica expresiva. Este abordaje expresivo debe incluir la interpretación sistemática de las maniobras defensivas en las que se manifiesta la transferencia negativa y que directa o indirectamente contribuyen a perpetuar la labilidad yoica del paciente. Existen ciertos pacientes de personalidad fronteriza para quienes el psicoanálisis está terminantemente indicado y a quienes trataré de identificar a continuación.

### **Características de la transferencia y la contratransferencia**

Un aspecto importante de los problemas terapéuticos que plantean los pacientes fronterizos es el desarrollo de la psicosis transferenceal. Varios autores han descrito las características de esta regresión transferenceal y un trabajo de Wallerstein (47) presenta un resumen general de este tema.

Quizás el rasgo más llamativo de las manifestaciones transferenciales de los pacientes de personalidad fronteriza es la prematura activación en la transferencia de relaciones objetales muy tempranas y conflictivas, en el contexto de estados yoicos recíprocamente disociados. Es como si cada uno de estos estados yoicos representara una pauta transferenceal total, una reacción transferenceal regresiva altamente desarrollada que sirve de marco para la activación en la transferencia de una determinada relación objetal internalizada. Este fenómeno contrasta con el que se observa en los típicos casos neuróticos, caracterizados por un desenvolvimiento más gradual de las relaciones objetales internalizadas, a medida que el paciente regresa.

La experiencia clínica demuestra que en las personalidades fronterizas están ausentes gran parte de los niveles superiores de estructuras superyoicas despersonificadas y abstractas, así como muchas de las estructuras yoicas autónomas, en especial las estructuras caracterológicas neutralizadas secundariamente autónomas. La activación prematura de los mencionados estados yoicos refleja entonces la patológica persistencia de tempranas relaciones objetales internalizadas de naturaleza conflictiva.

Los conflictos que típicamente surgen en conexión con la reactivación de las primitivas relaciones objetales internalizadas suelen caracterizarse por una particular condensación patológica de objetivos pregenitales y genitales, bajo la influencia preponderante de la agresión pregenital. Esta excesiva agresión pregenital, en especial la oral, tiende a ser proyectada y causa una distorsión paranoide en las imágenes parentales, sobre todo en las de la madre. Desde el punto de vista clínico, el resultado final en sí —o sea la distorsión paranoide de las tempranas figuras parentales— tiene más importancia que el hecho de discernir si aquélla es consecuencia de graves frustraciones tempranas o de la agresión real por parte de la madre, o si refleja un exceso constitucional de los derivados de instintos agresivos, una falta de capacidad para neutralizar la agresión o una intolerancia a la ansiedad de origen constitucional. Merced a la proyección de impulsos predominantemente sádico-orales y también sádico-anales, la madre es vista como potencialmente peligrosa y más tarde el odio dirigido en un principio contra ella se hace extensivo a ambos padres, cuando el hijo los percibe como un "grupo unido". La "contaminación" de la imagen paterna por la agresión primariamente proyectada en la madre, y la falta de diferenciación entre madre y padre, tienden a producir una peligrosa imagen combinada padre-madre y la posterior conceptualización de todas las relaciones sexuales como peligrosas y contaminadas de agresión. Al mismo tiempo y a modo de tentativa de escapar de la rabia y los temores orales, se produce una "huida" hacia las tendencias genitales, huida que a menudo fracasa debido a la intensidad de la agresión pregenital que penetra los impulsos genitales (12).

En un principio, las manifestaciones transferenciales de los pacientes de personalidad fronteriza pueden impresionar como totalmente caóticas. Sin embargo, poco a poco surgen patrones repetitivos, que reflejan primitivas representaciones de sí mismo y sus correspondientes representaciones objetales bajo la influencia de los conflictos mencionados arriba, y que se expresan en el tratamiento como pautas transferenciales predominantemente negativas. Las resistencias transferenciales de estos pacientes son vehiculizados por sus típicas maniobras defensivas (escisión, identificación proyectiva, negación, idealización primitiva y omnipotencia). El hecho de que estas defensas ejercen por sí mismas un efecto debilitante sobre el yo (véase 15 y capítulo I), podría ser un factor crucial de la grave

regresión que pronto viene a complicar los prematuros fenómenos transferenciales de estos pacientes.

¿Qué significa "labilidad yoica" en los pacientes fronterizos? Parece insuficiente concebirla como el resultado de una barrera yoica frágil que, ante el asalto de los derivados instintivos, es incapaz de impedirles que "irrumpan" en el yo o que lo "inunden". Los estudios de Hartmann y colaboradores (11) y de Rapaport (28), que describen al yo como una estructura global dentro de la cual existen subestructuras que determinan funciones específicas y que a la vez son determinadas por éstas, permiten inferir que la labilidad yoica debe ser conceptualizada no simplemente como ausencia o debilidad de dichas estructuras, sino como el reemplazo de estructuras de un nivel superior por otras de un nivel inferior. Uno de los aspectos de la labilidad yoica en los pacientes fronterizos se pone de manifiesto en la organización defensiva "inferior" del yo, cuyos mecanismos centrales son la escisión y otras defensas afines, en contraste con la organización defensiva que se centra en los mecanismos más elaborados de represión y sus defensas afines, características de las neurosis (15). Asimismo, el fracaso de la normal integración de las estructuras derivadas de las relaciones objetales internalizadas (concepto integrado de sí mismo, representaciones de objetos reales, integración del sí-mismo ideal y de las representaciones de objetos ideales formando el ideal del yo, integración de los precursores superyoicos con introyecciones más reales de imágenes parentales formando el superyó, etcétera) dificulta el proceso de formación de la identidad e individualización, así como la neutralización y abstracción de las funciones yoicas y superyoicas. Todo esto se traduce en una reducción del área libre de conflictos del yo que, desde el punto de vista clínico, queda demostrada por la presencia de manifestaciones "inespecíficas" de labilidad yoica, en especial intolerancia a la ansiedad, falta de control sobre los impulsos e insuficiente desarrollo de los canales de sublimación (véase capítulo I).

Por otra parte, y muy importante desde la perspectiva del tratamiento de estos pacientes, la labilidad yoica "inespecífica" se pone de manifiesto también en los pacientes en los cuales esta patológica organización yoica se expresa como una relativa incapacidad de disociar tentativamente su yo en un sector experiencial y un sector de observación, con la concomitante incapacidad de establecer una alianza terapéutica. La dinámica de la personalidad fronteriza es mucho más compleja de lo que hace pensar la metáfora de la "inundación" del yo debido a sus "frágiles" barreras, ya que debajo de esa "debilidad" existen estructuras yoicas patológicas extremadamente fuertes, rígidas y primitivas.

Volvamos ahora al tema de la regresión transferencial en estos pacientes. Una vez embarcados en el tratamiento, los factores descompensadores cruciales son los crecientes esfuerzos que hacen los pacientes por defenderse contra la amenazante aparición de reaccio-

nes transferenciales primitivas, en especial las negativas, utilizando precisamente las mismas operaciones de defensa que contribuyeron a su labilidad yoica. Uno de los principales "culpables" en este sentido es quizás el mecanismo de identificación proyectiva, descrito por Melanie Klein (16) y otros autores (13, 26, 32, 36). La identificación proyectiva es una forma primitiva de proyección, destinada sobre todo a externalizar imágenes agresivas de sí mismo y de los objetos; como persiste la "empatía" con los objetos en los cuales se ubicó la proyección, el paciente siente la necesidad de controlarlos, ya que ahora les teme debido a lo que proyectó en ellos (véanse capítulos I y II).

La típica manifestación transferencial de estos fenómenos es el intenso temor y la desconfianza que inspira el terapeuta, que es vivido como atacando al paciente, en tanto que éste "empatiza" con la fuerte agresión proyectada y trata de controlar al terapeuta de manera sádica y arrolladora. El paciente puede estar en parte consciente de su propia hostilidad, pero siente que no hace más que responder a la agresión del terapeuta, lo cual justifica su enojo y su agresividad. Es como si su vida dependiera del hecho de mantener al terapeuta bajo control. Al mismo tiempo, la conducta agresiva del paciente tiende a provocar en el terapeuta sentimientos y actitudes contraagresivos. Es como si el paciente tratara de introducir su propia parte agresiva en el terapeuta, representando la contratransferencia la aparición de dicha parte del paciente desde dentro del terapeuta (26, 27).

Importa destacar que lo proyectado de manera tan ineficaz y contraproducente no es "agresión pura", sino una representación de sí mismo o una representación objetal ligadas con dicho derivado instintivo. Las primitivas representaciones de sí mismo y de los objetos están en realidad recíprocamente vinculadas, formando unidades básicas de relaciones objetales primitivas (15); lo que parece ser típico de los pacientes fronterizos es la rápida oscilación entre momentos en que se proyecta una representación de sí mismo mientras el paciente permanece identificado con la correspondiente representación objetal, y momentos en que se proyecta la representación objetal mientras el paciente se identifica con la correspondiente representación de sí mismo. Por ejemplo, el terapeuta puede recibir la proyección de una imagen materna primitiva y sádica, en tanto que el paciente se experimenta a sí mismo como un hijo atacado y aterrorizado; un momento más tarde, éste se percibe como la primitiva imagen materna rígida, prohibitiva, moralista (y extremadamente sádica), mientras ve al terapeuta como el hijo culpable, atemorizado, a la defensiva, pero rebelde. Esta situación es un ejemplo de la "identificación complementaria" (27).

El riesgo que esto encierra es que, debido a los efectos de la intensa agresión expresada por el paciente, la realidad de la situación transferencial-contratransferencial asuma características tales que la

lleven a reproducir la interacción proyectada originalmente establecida entre imágenes internalizadas de sí mismo y de los objetos. En tales circunstancias se crean círculos viciosos en los que el paciente proyecta su agresión en el terapeuta y reintroyecta imágenes de éste gravemente distorsionadas por la acción de los derivados de impulsos agresivos proyectados, perpetuando así la primitiva relación objetal patológica. Al analizar las defensas paranoides, Heimann (13) ejemplificó estos círculos viciosos formados alrededor de la identificación proyectiva y la reintroyección distorsionada del terapeuta. Strachey (43) se refirió en general al tema de la introyección normal y patológica del analista como un aspecto esencial de los efectos de la interpretación, en especial en lo que atañe a la modificación del superyó. Esto nos lleva al problema de la influencia de las "interpretaciones mutativas" (43) sobre el establecimiento y la conservación de la alianza terapéutica.

Se mencionó más arriba que uno de los aspectos de la labilidad yoica de los pacientes fronterizos es la relativa ausencia de un yo observador. Podemos agregar ahora que en esta carencia interviene la distorsionada percepción del terapeuta por parte del paciente, que resulta de las excesivas operaciones proyectivas a que dio lugar la transferencia negativa. Formar una alianza terapéutica con el analista equivale en este caso a someterse a un enemigo fuerte y peligroso, vivencia que contribuye a acentuar la incapacidad de movilizar al yo observador.

Los estudios acerca de la psicoterapia de pacientes fronterizos realizados en el contexto del Proyecto de Investigación Psicoterapéutica de la Fundación Menninger, pusieron de relieve reiteradamente el alto precio que se paga cuando el terapeuta trata de dejar de lado la transferencia negativa latente e intenta formar una relación terapéutica con el paciente en una atmósfera de negación de la transferencia negativa. Con frecuencia los resultados son una falta de profundidad emocional en la relación terapéutica y un seudosometimiento por parte del paciente a lo que éste experimenta como las demandas del terapeuta. Se observó que después de períodos en que el terapeuta creía que el paciente estaba "estableciendo una identificación" con él o "introyectando sistemas de valores" suyos, cuando en realidad se mantenía emocionalmente alejado, surgieron graves exoactuaciones e incluso se llegó a interrumpir el tratamiento. Cabe inferir de esta observación que la sistemática anulación de la transferencia negativa manifiesta y latente es un requisito importante, quizás indispensable, para la ampliación del yo observador y la consolidación de la alianza terapéutica.

La gradual extensión de la esfera libre de conflictos del yo y del yo observador, lograda en el curso de la terapia, facilita el rompimiento del círculo vicioso formado en la transferencia por la proyección y la reintroyección de imágenes sádicas de sí mismo y de los objetos. Al describir las interpretaciones mutativas, Strachey (43)

identifica dos fases: la primera consiste en una modificación cualitativa del superyó del paciente; la segunda, en una expresión más libre de los impulsos por parte de aquél, lo cual da lugar a que el analista le señale la discrepancia entre su percepción de él —el analista— como objeto de una fantasía arcaica y como objeto externo real. Según Strachey, el paciente se permite primero manifestar más libremente su agresión, a medida que disminuyen las prohibiciones superyoicas, y recién después está en condiciones de tomar conciencia de lo excesivo e inapropiado de su agresividad hacia el objeto externo y de reconocer el origen de su reacción; disminuye entonces poco a poco la necesidad de proyectar nuevamente esa agresión en el analista. Por mi parte, agregaría que el yo observador es necesario por igual en la fase de modificación superyoica y en la de diferenciación del analista como objeto de la fantasía del paciente y como objeto externo. Se produce así un recíproco reforzamiento entre el yo que observa y la interpretación de los ciclos de proyección e introyección.

El estudio de la identificación proyectiva lleva a considerar la manera en que la intensidad de la proyección y la reintroyección de los derivados de impulsos agresivos en la transferencia interfiere con las funciones yoicas de observación; esta interferencia contribuye en sí misma a la regresión transferencial. Sin embargo, la contribución fundamental de la identificación proyectiva a la regresión transferencial está representada por la rápida oscilación de la proyección de imágenes de sí mismo y del objeto, oscilación que deteriora la estabilidad de los límites yoicos del paciente en sus interacciones con el terapeuta.

Me referí en otro lugar (15; véase también capítulo I) a la discriminación de las representaciones de sí mismo y de los objetos que forman parte de las tempranas introyecciones e identificaciones, subrayando la función organizativa que cumple esta diferenciación con respecto a los límites yoicos. En la psicosis, esta discriminación no se produce en grado suficiente y en consecuencia los límites yoicos están prácticamente ausentes. Por el contrario, en la personalidad fronteriza la discriminación alcanza un nivel adecuado, por lo cual sus límites yoicos son más estables. El paciente fronterizo es capaz de diferenciar entre sí mismo y los objetos externos así como entre vivencia interna y percepción externa, conservando además su prueba de realidad, pero pierde esta capacidad en el contexto de la regresión transferencial.

La rápida alternancia de la proyección de imágenes de sí mismo y de los objetos, que representan tempranas relaciones objetales internalizadas patológicas, produce una confusión entre lo que es "adentro" y "afuera" en la vivencia del paciente de sus interacciones con el terapeuta. El paciente mantiene habitualmente su discriminación respecto del terapeuta, pero en ese preciso momento siente como si se produjera un intercambio de sus respectivas personali-

dades. Se trata de una experiencia atemorizante que refleja el derrumbe de los límites yoicos que se produce en la interacción y como consecuencia de la cual el paciente pierde su prueba de realidad en la transferencia. Esta pérdida de la prueba de realidad en la transferencia constituye el más poderoso obstáculo para la capacidad del paciente de discriminar entre fantasía y realidad y entre pasado y presente, e interfiere además con su capacidad de distinguir a sus objetos transferenciales proyectados, del terapeuta como persona real. En tales circunstancias se ve seriamente amenazada la posibilidad de que la interpretación mutativa resulte eficaz. En la clínica, esta situación se pone de manifiesto en una vivencia del paciente que podría ser verbalizada más o menos como sigue: "Sí, tiene razón al pensar que lo veo a usted como veía a mi madre, porque en realidad usted y mi madre son idénticos". Es en este momento cuando el paciente manifiesta lo que se ha calificado de psicosis transferencial.

El terapeuta y el objeto transferencial han llegado así a hacerse idénticos; la pérdida de la prueba de realidad se pone en evidencia con la aparición de delirios e incluso se producen alucinaciones que vienen a complicar la reacción transferencial. El terapeuta puede ser identificado como una imagen parental, así por ejemplo, una paciente sentía que el analista se había transformado en su padre y que la violaría; en otros momentos, en cambio, puede ser identificado con una representación de sí mismo disociada y proyectada en él, tal como ocurrió en el caso de un paciente que llegó a convencerse de que su analista tenía amoríos con su madre y amenazó con matarlo.

"Psicosis transferencial" es una expresión que debería quedar reservada para aquellas situaciones en que la pérdida de la prueba de realidad y la aparición de delirios en la transferencia no afectan de manera notable el funcionamiento del paciente fuera del tratamiento. Existen pacientes que durante la terapia sufren una descompensación psicótica que a todos los fines resulta indistinguible de cualquier otra forma de colapso psicótico y que afecta por igual a su vida en general y a la situación terapéutica. Si bien la regresión que se produce en la transferencia contribuye al colapso, cabe preguntarse hasta qué punto es válido hablar de psicosis transferencial en este caso. Por el contrario, los pacientes con una típica psicosis transferencial suelen exhibir durante varios días, e incluso meses, ideas delirantes y un comportamiento que se puede calificar de psicótico en la situación terapéutica, sin que dichas manifestaciones se hagan presentes fuera de las sesiones. En ciertos casos estos pacientes pueden requerir internación y no siempre es sencillo diferenciar la reacción psicótica que se limita a la transferencia de otra de mayores alcances. Sin embargo, en muchos pacientes fronterizos esta diferenciación resulta más o menos fácil, y a menudo es posible resolver la psicosis transferencial en el contexto de la psicoterapia (14, 22, 29, 30, 48), para lo cual es de primordial importancia controlar las exoactuaciones transferenciales en la relación terapéutica.



La exoactuación transferencial en la relación terapéutica se refiere a la actuación de la reacción transferencial en las sesiones, dentro del encuadre terapéutico propiamente dicho. Como parte de la regresión transferencial, el paciente, cualquiera que sea su patología, puede tender a actuar con respecto al terapeuta más que a reflexionar acerca de sus sentimientos hacia él. Por ejemplo, en lugar de expresar verbalmente su intenso enojo y de reflexionar sobre la significación y los orígenes de este sentimiento, es posible que durante varias semanas o meses, el paciente le grite al analista, lo insulte y manifieste sus emociones mediante lo que podemos considerar acciones directas y no verbalizaciones. Por supuesto, ésta no es una característica exclusiva de los pacientes fronterizos, pero en el típico tratamiento analítico de pacientes neuróticos este tipo de exoactuación durante las sesiones sólo aparece en momentos muy regresivos, después de haber ido estructurándose a lo largo de muchos meses y en general la interpretación basta para resolverlas. Con los pacientes de personalidad fronteriza no ocurre lo mismo y con frecuencia fracasan los esfuerzos del terapeuta por manejar la exoactuación dentro de la relación terapéutica valiéndose sólo de la interpretación, en especial cuando las exoactuaciones forman parte de la psicosis transferencial. En parte esto se debe a la pérdida del yo observador causada por los ciclos de proyección e introyección ya mencionados, así como al desvanecimiento de los límites yoicos y la concomitante pérdida de la prueba de realidad. Sin embargo, la razón fundamental para que estas exoactuaciones transferenciales sean tan resistentes a la interpretación es que también gratifican las necesidades instintivas del paciente, sobre todo las vinculadas con los intensos derivados de la agresión preedípica, tan característicos de la personalidad fronteriza. Es precisamente esta gratificación de las necesidades instintivas lo que constituye la principal resistencia transferencial. Los dos fragmentos clínicos que siguen ilustrarán este punto.

Una paciente fronteriza hospitalizada gritaba a su terapeuta durante sus primeras entrevistas de media hora con voz tan estridente que se oía desde todas las dependencias del hospital. Este comportamiento se prolongó durante más o menos dos semanas, sin que el terapeuta lograra modificarlo mediante ningún recurso psicoterapéutico. Al cabo de dicho lapso aquél se encontró por casualidad con la paciente al salir de su consultorio. Lo sorprendió verla tan calma cuando él mismo todavía estaba prácticamente temblando después de la entrevista que habían mantenido. En ese momento la paciente conversaba con otros internos conocidos e incluso le sonrió al pasar. Antes de ingresar en el hospital, había sostenido amargas disputas con sus padres durante muchos años. Una vez en el hospital, todas sus disputas se centraron en el terapeuta, en contraste con la llamativa calma que mostraba con el resto del personal. Poco a poco se puso en evidencia que sus estallidos de enojo hacia el terapeuta le

ofrecían una gratificación de sus necesidades instintivas mucho mayor que cualquier otra que hubiera obtenido antes de su internación y que precisamente esta gratificación constituía su principal resistencia transferencial. Cuando el terapeuta le señaló este hecho y puso límites a los arranques de ira e insultos que le serían tolerados en las sesiones, la paciente se mostró mucho más ansiosa fuera de las sesiones, sus patrones conflictivos se hicieron más evidentes en el hospital en general y en la transferencia manifestó actitudes cambiantes, todo lo cual demostró que el tratamiento no estaba estancado.

Otro paciente que recibía psicoterapia expresiva exigió un aumento de sesiones de manera extremadamente airada y desafiante. Durante algún tiempo se le había interpretado que le resultaba difícil tolerar los sentimientos de culpa que le ocasionaba su propia voracidad y que proyectaba esa culpa en el terapeuta fantaseando que éste lo odiaba y despreciaba. Se le imputó también que al exigir ver al terapeuta más a menudo buscaba cerciorarse del amor e interés de aquél, como un modo de neutralizar la suspicacia y la desconfianza que le despertaba el fantaseado odio del terapeuta. El paciente pareció comprender la interpretación pero no logró modificar su conducta, por lo que el terapeuta llegó a la conclusión de que los estallidos de ira representaban una directa gratificación de su agresión oral que podía contribuir a una fijación de la transferencia. Le comunicó entonces al paciente su decisión de no aumentar el número de sesiones, planteándole además, como condición para continuar el tratamiento, que ejerciera algún control sobre la manifestación de sus sentimientos durante las sesiones. Con la puesta en práctica de esta modificación técnica se produjo un cambio notable en pocos días. El paciente se mostró más reflexivo e incluso llegó a admitir que el hecho de habersele permitido expresar su intenso enojo con el terapeuta de manera tan directa le había proporcionado gran satisfacción.

La exoactuación transferencial dentro de la relación terapéutica, que se convierte en la principal resistencia al cambio en estos pacientes, hace necesario introducir en la situación terapéutica parámetros técnicos destinados a controlarla. Al introducir estos parámetros, el terapeuta corre el riesgo de entrar en el círculo vicioso creado por la proyección y reintroyección de imágenes sádicas de sí mismo y de los objetos, ya que es posible que el paciente lo perciba como sádico y prohibitivo. Este peligro puede quedar contrarrestado si empieza por interpretar la situación transferencial, introduce después los parámetros técnicos estructurantes que sean necesarios y por último vuelve a interpretar la situación transferencial sin abandonar los parámetros. Algunos aspectos de esta técnica fueron ilustrados en otro contexto por Sharpe (37), que describió la manera de manejar los episodios de ansiedad aguda.

En muchos casos, el sistemático bloqueo de la exoactuación

transferencial dentro de la relación terapéutica reduce y limita la psicosis transferencial lo suficiente como para permitir que el ulterior trabajo interpretativo la resuelva. El mismo hecho de que el terapeuta adopte una posición firme y cree en la situación terapéutica una estructura que no habrá de abandonar, permite que el paciente se diferencie de aquél y anule así la confusión causada por el frecuente "intercambio" de representaciones objetales y de sí mismo a que dan lugar sus proyecciones. Asimismo, esta estructuración contribuye a impedir que el propio terapeuta exoactúe su contratransferencia, en especial las reacciones crónicas tan perjudiciales que suelen aparecer en la psicoterapia intensiva de pacientes fronterizos (44).

Las fijaciones contratransferenciales crónicas surgen en buena medida porque el paciente ha logrado destruir la identidad yoica madura y estable del analista en el contexto de la relación entre ambos (véase capítulo II). Para preservar su contacto emocional con el paciente, el analista que trata individuos fronterizos debe ser capaz de tolerar la regresión que se produce dentro de él mismo y que en ocasiones puede reactivar remanentes de tempranas relaciones conflictivas. Surgen en él impulsos agresivos, que debe controlar y poner al servicio de su comprensión del paciente. La tensión que afecta al analista se ve incrementada por los esfuerzos adicionales que le impone su propia contratransferencia y por la tolerancia y la neutralidad que necesita mantener frente al paciente, como parte de sus intentos de preservar el contacto emocional con aquél. Al mismo tiempo, el comportamiento agresivo de los pacientes que hacen una severa regresión transferencial deteriora continuamente en la interacción terapéutica la autoestima y el concepto de sí mismo del analista, así como su identidad yoica, en lo que atañe a su función de conservar la integridad del yo. Así, es posible que el analista luche simultáneamente contra la aparición de impulsos primitivos en sí mismo, contra la tendencia a controlar al paciente, que es parte de sus esfuerzos por controlar aquellos impulsos, y contra la tentación de someterse de modo masoquista a los activos intentos del paciente por controlarlo (26). En tales circunstancias, pueden reactivarse en el analista operaciones defensivas patológicas previamente abandonadas, en especial rasgos caracterológicos de tipo neurótico y, en consecuencia, las estructuras de la personalidad del paciente y del analista aparecen como recíprocamente "preensambladas" o entretejidas en una ligazón transferencial-contratransferencial estable e insoluble. A esta altura, el establecimiento y la conservación de parámetros estructurantes o modificaciones de la técnica se convierten en una condición fundamental para proteger la relación terapéutica, condición que a menudo debe ser mantenida en vigor durante gran parte de la psicoterapia de pacientes fronterizos.

En el capítulo VI nos ocuparemos de aquellos casos en que la hospitalización está indicada como medio de obtener una estructu-

ración imposible de conseguir de otra manera. Sólo quisiera anticipar que con ciertos pacientes la hospitalización es indispensable para crear y mantener una estructura ambiental capaz de controlar eficazmente las actuaciones transferenciales.

Cabría preguntarse si la psicosis transferencial constituye también la reproducción de relaciones objetales inconscientes patógenas del pasado, en cuyo caso sería una fuente de información más acerca de los conflictos del paciente. A veces resulta difícil encontrar en el pasado del paciente rastros de interacciones con figuras parentales que presenten la calidad violenta y primitiva de la reacción surgida en el marco regresivo de una psicosis transferencial; otras veces, en cambio, la transferencia parece reflejar experiencias reales muy traumáticas que el paciente sufrió en su infancia o en los primeros años de su niñez (7, 14). Es probable que la transferencia de todos estos pacientes se origine en gran parte en las fantasías distorsionadas que acompañaron a las tempranas relaciones objetales patógenas, así como en estas mismas relaciones y en las maniobras defensivas patológicas que durante su infancia pusieron en acción para liberarse de los vínculos interpersonales amenazantes. La psicosis transferencial representa así una condensación de experiencias reales, una grosera elaboración de las mismas en el plano de la fantasía y los esfuerzos por modificarlas o liberarse de ellas (17). Esto nos lleva a abordar nuevamente los problemas técnicos que plantea el manejo de las operaciones defensivas patológicas típicas de los pacientes fronterizos. El trabajo interpretativo destinado a anular las defensas patológicas a medida que éstas se manifiestan en la transferencia, puede contribuir a resolver la psicosis transferencial y a fortalecer el yo del paciente.

Puesto que la exoactuación de la transferencia en la relación terapéutica parece ser una tan significativa reproducción de los conflictos, fantasías, maniobras defensivas y relaciones objetales internalizadas del pasado del paciente, el analista puede caer en la tentación de interpretar las repetitivas exoactuaciones transferenciales como evidencia de una elaboración de aquellos conflictos. Sin embargo, la compulsión repetitiva expresada en las exoactuaciones transferenciales no puede ser vista como una elaboración mientras la relación transferencial esté gratificando las necesidades instintivas patológicas del paciente, en especial las agresivas. En este sentido, ciertos pacientes obtienen de la transferencia una gratificación mucho mayor que la que podrían alcanzar en cualquier interacción extraterapéutica. Las exoactuaciones del paciente en el nivel regresivo superan los esfuerzos del analista por conservar una atmósfera de "abstinencia". Pasando al otro extremo, el mantenimiento de una estructura terapéutica tan rígida y controlada que bloquee por completo la transferencia y sobre todo que oculte la transferencia negativa, también puede provocar un estancamiento del proceso terapéutico que, en cuanto a sus efectos, es tan perjudicial como la

exoactuación transferencial incontrolada. Una relación "puramente de apoyo", o sea aquella que evita el abordaje de la transferencia, produce a menudo una crónica falta de profundidad del vínculo terapéutico, exoactuaciones fuera de las sesiones rígidamente escindidas de la transferencia propiamente dicha, un seudosometimiento al terapeuta y ausencia de cambios aun después de años de tratamiento. Hay pacientes que a pesar de todos los esfuerzos no pueden tolerar la regresión transferencial ni el establecimiento de una relación significativa que, de una u otra manera, terminan por romper; no obstante ello, las posibilidades psicoterapéuticas generales mejoran considerablemente cuando se procura superar la chatura emocional y producir un auténtico compromiso emocional dentro del tratamiento. El precio es alto, y el peligro de una excesiva regresión transferencial, inevitable; pero con una cuidadosa y sistemática estructuración de la relación terapéutica, en la mayoría de los casos es posible impedir el desarrollo de fijaciones transferenciales-contratransferenciales insolubles.

¿En qué medida debe el terapeuta aparecer como "persona real" ante los ojos del paciente? Varios autores subrayaron la importancia de que el analista se muestre como "persona real", permitiendo que el paciente lo utilice como objeto de identificación y de introyección superyoica. Gill (9) dijo que "no hemos sabido trasladar a nuestra psicoterapia una buena parte del espíritu no directivo de nuestro análisis". Si la idea de ser una "persona real" se refiere a las intervenciones francas y directas del terapeuta, a su facultad de fijar límites y proporcionar la estructuración necesaria y a su activa renuencia a ser llevado a fijaciones contratransferenciales regresivas, por supuesto, el analista debe ser una persona real. Por el contrario, si por ser una "persona real" se entiende que a las reacciones transferenciales regresivas de los pacientes fronterizos, y a sus desmedidas exigencias de amor, atención y protección se debe responder "dando" más de lo que justifica una relación terapeuta-paciente objetiva y profesional, cabe oponer reparos a que el analista sea una "persona real" en tal sentido. Lo que en estos pacientes ha sido calificado de excesiva "necesidad de dependencia" es en realidad una incapacidad para depender verdaderamente de nadie, debido al odio y la desconfianza que los caracterizan y que caracterizaron además a las imágenes objetales internalizadas del pasado reactivadas en la transferencia. Lo más beneficioso en estos casos es lograr que el paciente elabore la transferencia negativa y tome conciencia de su desconfianza y su odio, así como de la manera en que estos sentimientos destruyen su capacidad de depender de lo que el terapeuta realmente puede ofrecerle. La experiencia clínica ha demostrado en repetidas ocasiones que de poco o nada sirve que el psicoterapeuta se muestre ante el paciente como individuo, franqueándole su vida, sus sistemas de valores, sus intereses y sus emociones.

Resulta muy cuestionable suponer que el paciente pueda identi-

ficarse con el terapeuta cuando existen fuertes tendencias transferenceles negativas latentes que se interponen o que están siendo actuadas fuera del encuadre terapéutico. El desarrollo del yo observador no depende de que el terapeuta se ofrezca como amigo incondicional; más bien parece ser el resultado de abordar al mismo tiempo los ciclos patológicos de proyección e introyección, las distorsiones y exoactuaciones transferenceles y el yo observador en sí mismo. A este respecto, las observaciones de Ekstein y Wallerstein (4) acerca de los niños fronterizos son aplicables también a los adultos:

El mantenimiento de la relación terapéutica, posibilitado a menudo por la interpretación dentro de un contexto regresivo, echa los cimientos para el desarrollo de nuevos procesos identificatorios, más que para la sobreimpresión de una fachada imitativa...

El abordaje sistemático y el análisis de la transferencia negativa manifiesta y latente es esencial para romper el ciclo vicioso de la proyección y reintroyección de tempranas representaciones patológicas de sí mismo y de los objetos, bajo la influencia de derivados de instintos agresivos. Este análisis sistemático, junto con el bloqueo de la exoactuación transferencele y el abordaje directo de la función yoica de observación, son las condiciones básicas para lograr cambios y crecimiento en la terapia. Además, la interpretación de la transferencia negativa debe detenerse en el nivel del "aquí y ahora", remontándose sólo de manera parcial a sus raíces genéticas, es decir a los conflictos inconscientes originales del pasado. Al mismo tiempo, el abordaje y la interpretación de la transferencia negativa deben ser complementados con el análisis sistemático de sus manifestaciones fuera de la relación terapéutica, en todas las interacciones interpersonales de la vida inmediata del paciente.

Esta proposición se funda en que la naturaleza regresiva de la reacción transferencele hace difícil que el paciente diferencie al terapeuta como persona real, de los objetos transferenceles proyectados; además, las reconstrucciones genéticas, al abrir nuevos canales de regresión, pueden disminuir más aún la prueba de realidad del paciente. Esto no significa que el pasado deba ser excluido de la interpretación de la transferencia en los casos en que dicho pasado sea un recuerdo consciente del paciente y no una reconstrucción genética y cuando refleje aspectos reales y distorsiones producidas en su fantasía preconsciente. En ocasiones, una referencia a una experiencia del pasado vinculada con algo que el paciente percibe erróneamente en el terapeuta en el presente, puede ayudar a que aquél discrimine entre realidad y transferencia. El "desvío" secundario de la transferencia negativa, logrado al incorporar la interpretación de ésta al área más amplia de las interacciones del paciente fuera del

tratamiento y de su pasado consciente, tiende a fortalecer su prueba de realidad y le ofrece considerable apoyo en el contexto de una psicoterapia esencialmente expresiva.

La facultad de comprensión de los pacientes fronterizos merece ser estudiada con detenimiento. Desgraciadamente, lo que en estos pacientes muchas veces impresiona en un primer momento como percepción de los estratos "profundos" de la mente o de la dinámica inconsciente, es en realidad una manifestación del funcionamiento del proceso primario, siempre pronto a aparecer como parte de la regresión general de las estructuras yoicas. La "comprensión" que surge sin esfuerzo, que no se acompaña de cambio alguno en el equilibrio intrapsíquico del paciente y, sobre todo, que no está asociada con una preocupación por parte de éste por los aspectos patológicos de su comportamiento o su experiencia, es cuestionable como tal. Los hallazgos realizados en el marco del Proyecto de Investigación Psicoterapéutica de la Fundación Menninger hablan en favor de limitar el concepto de comprensión, en especial cuando se lo aplica a pacientes fronterizos. La "auténtica" comprensión es el entendimiento a la vez intelectual y emocional de las fuentes más profundas de la propia experiencia psíquica, acompañado de una preocupación por los aspectos patológicos de dicha experiencia y por la urgencia de modificarlos.

Es oportuno profundizar ahora en la diferenciación entre transferencia "positiva" y "negativa". Limitarse a clasificar la transferencia según estas dos categorías es caer en una excesiva simplificación. Por lo general la transferencia es ambivalente y presenta múltiples aspectos dentro de los cuales muchas veces es difícil decir qué es positivo y qué negativo o qué es de origen libidinal y qué de origen agresivo. Los pacientes de personalidad fronteriza tienen especial propensión a disociar los aspectos positivos y negativos de la transferencia y tienden a exhibir manifestaciones transferenciales que aparentan ser "puramente" positivas o "puramente" negativas. Es importante anular esta separación artificial, que es una prueba más del funcionamiento del mecanismo de escisión en estos casos. El énfasis puesto en la sistemática elaboración de la transferencia negativa no significa descuidar los aspectos positivos de las reacciones transferenciales. Por el contrario, es esencial abordar por igual la transferencia positiva y la negativa, para disminuir la distorsión que hace el paciente de las imágenes de sí mismo y de los objetos, bajo los efectos de los derivados de instintos agresivos, y para aliviar los temores que le inspira su propia maldad "absoluta". Por lo tanto, los aspectos positivos de la transferencia deben ser destacados al mismo tiempo que se sacan a la luz sus facetas negativas, centralizándose en el aquí y ahora, sin interpretar las raíces genéticas de los impulsos agresivos y libidinales del paciente (46). Al mismo tiempo, conviene permitir la manifestación moderada y controlada de buena parte de las tendencias transferenciales positivas con que cuenta el

paciente, utilizándola como un pilar más para el desarrollo de la alianza terapéutica y, en última instancia, para el crecimiento del yo observador (34).

### **Abordajes psicoterapéuticos de las operaciones defensivas específicas**

Me referí antes (15; véase también capítulo I) a la disociación y otros mecanismos afines (idealización primitiva, identificación proyectiva, negación, omnipotencia), todos ellos característicos de los pacientes fronterizos. Me limitaré aquí a exponer la manera en que estos mecanismos se manifiestan desde el punto de vista clínico y a sugerir ciertos enfoques psicoterapéuticos generales apropiados para su manejo

#### **1. ESCISIÓN**

Es importante reiterar que el término "escisión" está usado aquí en un sentido restringido, para referirme únicamente al proceso de mantener activamente la separación entre las introyecciones y las identificaciones de calidad opuesta, en contraste con el uso más amplio que le dan otros autores. Un ejemplo clínico servirá para ilustrar las manifestaciones de este mecanismo.

La paciente era una mujer soltera de casi cuarenta años, internada a causa de su alcoholismo y drogadicción. Después de un período inicial de rebeldía, hizo notables progresos en el hospital. Comenzó su tratamiento psicoterapéutico varios meses antes de ser dada de alta y lo continuó después como paciente externa. En contraste con la desorganización que había caracterizado a su vida y su trabajo, parecía adaptarse bien en sus relaciones sociales y laborales fuera del hospital, pero entabló varios vínculos, de pocos meses de duración cada uno de ellos, con hombres que daban la impresión de explotarla y con quienes adoptaba actitudes masoquistas. La relación terapéutica carecía de hondura; la paciente mantenía una posición amistosa convencional. La sensación general de "vacío" ocultaba una fuerte suspicacia que la paciente negaba enérgicamente y que recién más tarde admitió ante el médico que anteriormente la atendía en el hospital, pero no ante su psicoterapeuta. Al cabo de varios meses de total abstinencia, se embriagó nuevamente, cayó en una profunda depresión acompañada de ideas suicidas y debió ser reinternada. En ningún momento permitió que el terapeuta se enterara de lo que estaba sucediendo; éste lo supo recién cuando la paciente hubo reingresado en el hospital. Dada de alta por segunda vez, negó todas las significaciones transferenciales de este episodio, y por supuesto también las emocionales. Importa subrayar que recordaba haber tenido fuertes sentimientos de enojo y depresión mientras se encontraba bajo los efectos de la intoxicación alcohólica, pero ya no



se sentía vinculada con esa parte suya, repitiendo una y otra vez que simplemente no se trataba de ella y que no veía razón para que ese episodio ocurriera nuevamente.

A partir de ese momento el terapeuta trató durante varios meses de conciliar la acostumbrada actitud "vacía", "amistosa" pero distante, de la paciente con el estallido emocional que sufrió durante la crisis alcohólica y en especial con sus esfuerzos por ocultar esta crisis al terapeuta. Recién después de dos episodios más de este tipo, entre los cuales transcurrieron varios meses de conducta más adecuada y funcionamiento satisfactorio, se puso en evidencia que la paciente vivenciaba al terapeuta como su padre, frío, distante y hostil, que se había negado a rescatarla de una madre aún más rechazante y agresiva. En determinado momento, la paciente le relató al terapeuta con visible emoción que de niña, mientras sufría lo que después resultó ser una grave dolencia, su madre la había dejado sola en su casa porque no deseaba que la enfermedad de la hija interfiriera con su activa vida social. Sentía que si realmente le expresaba al terapeuta-padre cuánto lo necesitaba y lo amaba, lo destruiría debido a la intensidad de su ira por lo mucho que le había frustrado durante tanto tiempo. La solución era entonces mantener lo que según ella era la mejor relación posible con el terapeuta, es decir una actitud amistosa pero distante, mientras escindía su búsqueda de amor, su sumisión a quienes encarnaban la imagen de un padre sádico, reflejada en su sometimiento masoquista a hombres que no la amaban, y su protesta contra el padre, expresada en los episodios alcohólicos en los cuales la rabia y la depresión no tenían vinculación emocional alguna ni con el terapeuta ni con sus ocasionales amigos.

La ansiedad de la paciente aumentó cuando el terapeuta trató de incorporar todo este material a la transferencia; se mostró aún más airada y suspicaz con él, volviendo además a sus caóticas relaciones con hombres y a la excesiva ingestión de alcohol. Fracasaron todas las tentativas de manejar esta exoactuación sólo mediante recursos psicoterapéuticos y se decidió reinternarla. Importa destacar que en un plano superficial, la paciente dio la impresión de progresar satisfactoriamente durante el primer período de la psicoterapia, pero ahora parecía encontrarse mucho peor. Sin embargo, el terapeuta estaba convencido de que por primera vez estaba tratando a una persona "real" y esperaba que la continuación de la psicoterapia junto con la internación por todo el tiempo que fuera necesario podrían ayudar a la paciente a superar su posición transferencial básica.

Este caso ilustra el marcado predominio de la escisión, su función defensiva contra la aparición de una transferencia de tipo bastante primitivo, esencialmente negativa y sus consecuencias, puestas de manifiesto en la falta de hondura y la artificialidad de la interacción terapéutica. No fue posible entablar una alianza tera-

péutica hasta que la escisión quedó suficientemente superada. Sólo la sistemática interpretación de la participación activa que le cupo a la paciente en la perpetuación de sus "compartimientos estancos", logró por fin modificar su patológico equilibrio. Fue necesario hacer constantes esfuerzos por conciliar sus estados yoicos contradictorios expresados independientemente, al tiempo que eran detectadas y sacadas a la luz las defensas secundarias tendientes a proteger esta disociación. En el caso de estos pacientes, el tratamiento no apunta tanto a buscar el material inconsciente reprimido, como a conciliar e integrar lo que en el plano superficial aparece como dos o más estados yoicos independientes desde el punto de vista emocional, pero que se movilizan alternadamente.

## 2. IDEALIZACIÓN PRIMITIVA

La idealización primitiva (véase capítulo I) se manifiesta en la terapia como una forma de idealización arcaica y extremadamente irreal. Su principal función parece ser proteger al terapeuta de la proyección que el paciente hace en él de sus tendencias transferenciales negativas. Mediante este mecanismo el paciente proyecta en el terapeuta una primitiva representación "totalmente buena" de sí mismo y del objeto, en tanto que busca impedir que esta imagen "buena" sea contaminada por sus "malas" representaciones de sí mismo y de los objetos.

Un paciente se sentía muy afortunado por tener un psicoterapeuta que, según él, representaba la mejor síntesis de la "superioridad intelectual" del país en que aquél había nacido y la "libertad emocional" de otro país en el que había vivido durante muchos años. En un plano superficial, parecía sentirse seguro gracias a su aferramiento a tan "ideal" terapeuta y protegido por su mágica unión con éste contra lo que para él era un ambiente frío, rechazante y hostil. Pronto se puso en evidencia que para el paciente, sólo engañándose a sí mismo y manteniendo engañado al terapeuta respecto de él, podría conservar la buena relación entre ambos. Si el terapeuta llegaba a saber cuáles eran los verdaderos sentimientos del paciente con respecto a sí mismo, nunca podría aceptarlo y, lo que era más, lo odiaría y lo despreciaría. A propósito, esto demuestra que la excesiva idealización disminuye la posibilidad de utilizar al terapeuta como una buena introyección superyoica, favoreciendo en cambio la introyección de una imagen demasiado exigente. Se pudo ver más tarde que esta idealización actuó a modo de defensa contra la desvalorización del terapeuta, que para el paciente representaba una imagen parental vacua, pomposa e hipócrita.

Es difícil transmitir en pocas palabras lo irreal de la idealización que estos pacientes hacen del terapeuta y que difiere, en cuanto al matiz que otorga a la transferencia, de la idealización menos regre-

siva que se observa en los pacientes neuróticos. Esta peculiar forma de idealización ha sido descrita como una defensa fundamental de la personalidad narcisista (20, 33). Los psicoterapeutas que presentan fuertes rasgos narcisistas en su estructura caracterológica pueden verse llevados con facilidad a un vínculo mágico de mutua admiración con el paciente; sólo después de reiterados desengaños llegan a reconocer la manera en que esta maniobra defensiva obstaculiza el establecimiento de una auténtica alianza terapéutica. El tenaz desmontaje de esta idealización y el sistemático señalamiento de los aspectos irreales de la distorsión transferencial, sin dejar de reconocer los sentimientos positivos que también forman parte de aquélla, constituyen una tarea muy ardua, ya que debajo de esa idealización existen con frecuencia temores paranoides y primitivas tendencias agresivas más o menos directas hacia el objeto transferencial.

### 3. FORMAS TEMPRANAS DE PROYECCIÓN Y ESPECIALMENTE IDENTIFICACIÓN PROYECTIVA

La identificación proyectiva ocupa un lugar central en las manifestaciones transferenciales de los pacientes de personalidad fronteriza. Heimann (13) y Rosenfeld (32) describieron el modo en que se expresa en la clínica.

Una paciente que ya había interrumpido su tratamiento con dos terapeutas en medio de proyecciones masivas y casi delirantes de su hostilidad, pudo por fin continuarlo con un tercer terapeuta, pero logró inmovilizarlo casi por completo durante varios meses. El terapeuta debía ser cuidadoso en extremo hasta para hacer preguntas; bastaba que la paciente alzara una ceja para indicar que la pregunta le resultaba inoportuna y que aquél debía cambiar de tema. La paciente sentía que tenía derecho a guardar secreto sobre la mayoría de los asuntos de su vida. En un plano superficial usaba la situación terapéutica como una especie de ritual mágico; en un nivel más profundo, parecía utilizarla para exoactuar sus necesidades de ejercer un control sádico sobre el objeto transferencial en el cual había proyectado su agresión.

No fue posible modificar las exoactuaciones de la paciente durante las sesiones, ya que el terapeuta tenía la sensación de que todo intento de ponerle límites o puntualizarle la significación de su conducta, solo daría por resultado un estallido de ira por parte de la paciente y la interrupción del tratamiento.

Este caso plantea el problema de cómo proceder frente a pacientes que comienzan la psicoterapia con exoactuaciones de este tipo y que tratan de distorsionar la situación terapéutica hasta tal punto que se corre el riesgo de no poder continuar el tratamiento a menos que el terapeuta se avenga a satisfacer las exageradas exigencias del paciente. Algunos terapeutas opinan que es preferible permitir

que el paciente comience la terapia sin encontrar oposición a sus demandas, con la esperanza de que después, una vez que la relación terapéutica esté más consolidada, será posible llegar a controlar poco a poco sus exoactuaciones. La observación continua de una serie de casos de este tipo hace pensar que no conviene comenzar el tratamiento en condiciones que, como las descritas, se apartan de la realidad. Cuando el terapeuta cree que cualquier intento de controlar la exoactuación prematura puede provocar la interrupción del tratamiento, habrá llegado el momento de considerar y discutir con el paciente la necesidad de internación. Precisamente la internación está indicada, entre otras cosas, para proteger la incipiente relación terapéutica con pacientes cuya exoactuación transferencial regresiva no puede ser manejada sólo con medios psicoterapéuticos y que corren el riesgo de caer en una regresión excesiva cuando se los lleva a reconocer sus maniobras defensivas patológicas. En tales circunstancias, además de cumplir las funciones de protección mencionadas, la internación sirve también a los fines del diagnóstico y debe ser tenida en cuenta incluso para pacientes que, aun sin psicoterapia, tienen posibilidades de continuar funcionando satisfactoriamente fuera del hospital. Cuando la psicoterapia es necesaria pero se ve indebidamente limitada por las prematuras exoactuaciones del paciente, es preferible la internación, no obstante la tensión que pueda provocarle a aquél, a emprender un tratamiento en el cual no es posible obtener el grado de estructuración necesario debido precisamente a la misma patología para cuya resolución se requiere una estructuración precisa.

La identificación proyectiva es la principal responsable del establecimiento de vínculos irreales entre paciente y terapeuta desde el comienzo mismo del tratamiento. Las consecuencias directas del ataque hostil del paciente contra la transferencia, sus tenaces intentos por llevar al terapeuta a una posición ante la cual éste termina por oponer una reacción contraagresiva y sus esfuerzos por controlar sádicamente al terapeuta, pueden ejercer un efecto paralizante sobre el tratamiento. Se mencionó ya que situaciones como la descrita requieren una firme estructuración dentro del encuadre terapéutico, un bloque sistemático de la actuación transferencial y, para decirlo de la manera más sencilla, la protección del terapeuta contra situaciones crónicas e insolubles. Combinar esta firme estructuración con los sistemáticos esclarecimientos e interpretaciones tendientes a disminuir los mecanismos proyectivos es una tarea muy ardua.

#### 4. NEGACIÓN

En los pacientes que nos ocupan, la negación puede manifestarse como una simple desestimación de un sector de la experiencia subjetiva del paciente o de un sector de su mundo externo. Sometido

a cierta presión, es posible que el paciente reconozca tener conciencia del sector negado, pero sin poder integrarlo con el resto de su experiencia emocional. Es relativamente fácil diagnosticar el funcionamiento del mecanismo de negación por la notoria pérdida de la prueba de realidad que produce. El paciente actúa como si no tuviera conciencia en absoluto de un aspecto apremiante de su realidad.

Un paciente que dentro de determinado plazo debía presentar una tesis de la cual dependían su graduación y la posibilidad de conseguir un empleo, simplemente dejó de lado el tema de la tesis en sus sesiones psicoterapéuticas durante las dos semanas que precedieron a la extinción del plazo. Había hablado con su terapeuta acerca de los temores y el encono que le inspiraban los miembros de la comisión encargada de evaluar su trabajo; la negación le servía para protegerlo, en primer lugar, de sus temores paranoides de ser prejuiciosamente reprobado, y también de aquellos profesores de quienes suponía que deseaban humillarlo en público. El terapeuta le señaló repetidas veces su falta de preocupación por el inminente vencimiento del plazo y el hecho de que no hacía esfuerzo alguno por terminar su trabajo. Al tiempo que interpretaba las significaciones inconscientes de esta actitud, el terapeuta analizó y le señaló al paciente los muchos medios de los que se valía en la realidad para impedirse a sí mismo terminar su tesis.

La negación puede adoptar formas bastante complejas en la transferencia; una de ellas consiste en negar defensivamente aspectos de la realidad de la situación terapéutica, con el fin de gratificar necesidades transferenciales.

Así por ejemplo, una paciente que trataba de sobreponerse a su encono por la renuencia del analista a responder a sus acercamientos seductores, desarrolló fantasías acerca de las ocultas intenciones de aquél de seducirla tan pronto como le expresara sus deseos de intimidad sexual mostrándose sumisa e indefensa. Pasó después a fantasear que realmente gozaba siendo violada por su padre y por el analista. En un momento dado experimentó intensa ansiedad acompañada del firme convencimiento de que el analista era de verdad su padre y que la violaría sádicamente provocando un desastre. Este panorama transferencial permitió inferir, entre otras cosas, que sus principales factores desencadenantes eran la necesidad de la paciente de negar la real falta de respuesta por parte del analista a sus aproximaciones sexuales y el encono que esta actitud le causaba. El analista le señaló que una parte de ella sabía muy bien que él no era su padre y que no la violaría, y que por muy atemorizantes que fueran estas fantasías, le permitían sin embargo negar su enojo por la falta de respuesta a sus exigencias sexuales. Estos comentarios excluyeron por el momento las significaciones edípicas de la reacción de la paciente. Esta se tranquilizó casi inmediatamente y el analista le puntualizó que su renuencia a mantener relaciones íntimas con su novio se debía al temor de que sus exigencias irreales y

airadas interfirieran con su goce sexual y el peligro de que su propio enojo proyectado en el novio le hiciera vivir la intimidad sexual como una amenaza de violación sádica. Esta intervención posibilitó que la paciente comprendiera más cabalmente su negación, tanto de los impulsos agresivos como de la realidad.

Este último ejemplo ilustra las finalidades que cumple la sistemática elaboración de las defensas patológicas que predominan en los pacientes fronterizos. Esta elaboración, lejos de inducir mayor regresión, estimula la prueba de realidad y fortalece el yo. El fragmento clínico muestra también el carácter parcial de la interpretación transferencial y el desvío de la transferencia hacia fuera de la relación terapéutica.

En determinados momentos el paciente necesita sobre todo negar los aspectos positivos de la transferencia, porque teme que la expresión de afectos positivos lo acerque peligrosamente al terapeuta. Teme también que esta excesiva proximidad libere su propia agresión en la transferencia, así como la (proyectada) agresión del terapeuta hacia él. Al describir este particular uso de la negación, Schlesinger (34) sugirió la conveniencia de respetar este mecanismo cuando surge en el contexto de una reacción transferencial positiva, porque es posible que le permita al paciente mantenerse a una distancia óptima del terapeuta.

## 5. OMNIPOTENCIA Y DESVALORIZACIÓN

Estas dos maniobras defensivas, íntimamente ligadas entre sí, reflejan la identificación del paciente con una representación exageradamente idealizada de sí mismo y del objeto, y con una forma primitiva de ideal del yo, destinada a protegerlo del peligro que supone para él su necesidad de los demás o las vinculaciones con ellos. Por lo general esta autoidealización importa fantasías mágicas de omnipotencia y el convencimiento del paciente de que con el tiempo recibirá toda la gratificación a que tiene derecho y que habrá de ser indemne a las frustraciones, la enfermedad, la muerte o el paso del tiempo. Como corolario de esta fantasía surge la desvalorización de los demás, con la concomitante creencia del paciente en su superioridad sobre todos ellos, incluyendo al terapeuta. Otras modalidades de la misma maniobra defensiva derivan de la proyección de la omnipotencia en el terapeuta y de la sensación del paciente de estar mágicamente unido al terapeuta omnipotente, o sometido a él.

Esta operación defensiva se asocia en la práctica con la idealización primitiva ya estudiada. El fraccionamiento de las defensas típicas de los pacientes fronterizos en formas totalmente independientes ayuda a esclarecer su funcionamiento, pero a costa de una indebida simplificación. En la clínica se observan complejos entrelazamientos, en los que estos mecanismos de defensa se presentan en combinaciones diversas.

Una paciente obesa con intensos sentimientos de inseguridad en las interacciones sociales, con el tiempo llegó a tomar conciencia de su profundo convencimiento de que tenía derecho a comer cuanto quisiera y a ser admirada, consentida y amada a pesar de su apariencia externa. Sólo en un plano superficial reconoció que su obesidad podía disminuir sus posibilidades de atraer a los hombres y se mostró muy molesta cuando el terapeuta le subrayó la realidad de este hecho. La paciente comenzó la psicoterapia con la creencia de que podría concurrir a las sesiones en cualquier momento, llevar a su casa las revistas de la sala de espera y despreocuparse si dejaba caer la ceniza de sus cigarrillos en los muebles. Cuando por primera vez se le señaló el significado de estas actitudes, sonrió con aprobación ante la "perceptividad" del terapeuta pero no modificó su comportamiento. Sólo cuando éste puso límites precisos a lo que estaba dispuesto a tolerar, la paciente se mostró enojada, expresando abiertamente sus ideas desvalorizantes acerca del terapeuta, que complementaban su propia sensación de grandeza. La vivencia consciente de esta paciente era de inseguridad social e inferioridad; sus subyacentes sentimientos de omnipotencia permanecieron inconscientes durante largo tiempo.

#### **Vicisitudes de los instintos y estrategia psicoterapéutica**

Una característica saliente de la organización de los instintos en los pacientes de personalidad fronteriza es el excesivo desarrollo de los impulsos pregenitales, en especial la agresión oral y la peculiar condensación patológica de objetivos pregenitales y genitales bajo la influencia predominante de las tendencias agresivas. Estas características de la vida instintiva son uno de los factores determinantes del abordaje terapéutico de estos pacientes. Es importante que el terapeuta recuerde que bajo los impulsos destructivos y autodesestructivos se oculta la posibilidad de crecimiento y desarrollo y, en especial, que en aquello que aparenta ser una conducta sexual destructiva y autodestructiva pueden encontrarse los cimientos del ulterior desarrollo de la libido y de relaciones interpersonales más profundas.

En determinada época, una mala interpretación de la teoría y la práctica psicoanalíticas llevó a suponer erróneamente que la actividad sexual era en sí misma un agente terapéutico. Mucho se ha avanzado desde entonces y hemos aprendido que muchas veces lo que aparenta ser actividad genital está en realidad al servicio de la agresión pregenital. Con los pacientes de personalidad fronteriza se plantea con frecuencia el problema clínico opuesto; es decir, se tiende a considerar sólo sus objetivos destructivos pregenitales sin reconocer sus esfuerzos por superar la inhibición de sus tendencias sexuales.

Una mujer joven, divorciada y de conducta promiscua se internó

después de sufrir una crisis de regresión psicótica que surgió después de varios años de comportamiento desorganizado. En el hospital se la separó de los pacientes masculinos, pero en varias ocasiones bastó que se dejara de observarla por pocos minutos para que tuviera relaciones de manera impulsiva con otros pacientes prácticamente desconocidos para ella. Durante muchos meses esta paciente estuvo sujeta a un control regular y en las sesiones con el terapeuta su conducta fue analizada sólo como una "falta de control sobre los impulsos" y un "comportamiento inapropiado". Cuando un nuevo terapeuta profundizó en la significación de su conducta sexual, se puso de manifiesto que su actividad sexual tenía hondas raíces masoquistas y representaba una actuación de su fantasía de ser una prostituta. Al discutir estos aspectos con la paciente, el terapeuta adujo que no todas las formas de libertad sexual equivalen a prostitución. La paciente encolerizada lo calificó de "inmoral" y mostró gran encono y ansiedad cuando aquél dejó sin efecto las restricciones que le habían sido impuestas. Adoptó después una actitud provocativa con varios pacientes con quienes mantuvo vinculaciones sexuales, material que el terapeuta utilizó para hacerle ver nuevamente sus fantasías masoquistas, sus intentos de convertirse en prostituta y el significado de su sometimiento a un superyó primitivo y sádico que representaba una imagen prohibitiva de ambas figuras parentales. Por último logró formar una buena relación con un paciente de quien se enamoró y con quien pensaba casarse. Salieron regularmente durante dos años y durante los últimos meses de este período mantuvieron relaciones sexuales en las que por primera vez la paciente pudo conciliar la ternura y el goce sexual con respecto a un solo hombre. Asimismo, tomó precauciones para no quedar embarazada, contrariamente a lo que había hecho hasta entonces.

Discernir en el contexto de una conducta sexual patológica las tendencias progresivas normales y los objetivos pregenitales, es una tarea que resulta más fácil en las palabras que en los hechos y a la que el terapeuta debe prestar constante atención cuando trata pacientes fronterizos.

#### **Otros comentarios acerca de la modalidad de tratamiento**

Esta particular forma de psicoterapia expresiva de orientación psicoanalítica es un abordaje terapéutico que difiere del psicoanálisis clásico en que no permite el total desarrollo de la neurosis transferencial ni se vale sólo de la interpretación para resolver la transferencia. Cabe denominarlo expresivo por cuanto toma en consideración y analiza los factores inconscientes, en especial en lo que atañe a la transferencia negativa y a las defensas patológicas. Se utilizan parámetros o modificaciones técnicas en la medida en que lo requiere el control de las actuaciones transferenciales; si bien algu-



nos de estos parámetros pueden ser resueltos en el curso del tratamiento propiamente dicho, no ocurre necesariamente lo mismo con todos ni es aconsejable que sea así. Este abordaje incluye también componentes netamente de apoyo; en primer lugar, en el manejo de la situación terapéutica, el terapeuta debe encarar dichos componentes de apoyo como parte de la tarea de estructurar esa situación. Así por ejemplo, la frecuencia de las sesiones, la permisividad o las restricciones en cuanto a los contactos extraterapéuticos y los límites dentro de los cuales puede expresarse el paciente son factores pasibles de modificación según lo requiera el tratamiento. En segundo lugar, el esclarecimiento de la realidad ocupa gran parte de las intervenciones del terapeuta, por lo cual las sugerencias directas o los consejos implícitos son difíciles de evitar.

El terapeuta debe tratar de permanecer tan neutral como sea posible, pero sin que la neutralidad signifique falta de actividad; más allá de cierto grado de actividad, determinar si el terapeuta sigue o no siendo neutral pasa a ser un problema teórico. En líneas generales, es preferible realizar este tipo de terapia en una situación cara a cara para acentuar sus aspectos reales, pero el hecho de acostarse en un diván o sentarse frente al terapeuta no produce en sí mismo ningún efecto mágico. Ciertos tratamientos realizados en el diván constituyen de hecho una psicoterapia psicoanalítica más que un análisis clásico.

El fortalecimiento del yo es una meta constante de esta terapia. La elaboración de las defensas patológicas típicas de los pacientes fronterizos permite que la represión y otros mecanismos afines correspondientes a un nivel superior de organización yoica reemplacen a las defensas patológicas más burdas que debilitan al yo. La resolución de conflictos es necesariamente parcial, pero en ocasiones este tipo de abordaje permite cumplirla en buena medida.

Por último, queda por resolver un interrogante decisivo: ¿algunos de estos pacientes son analizables desde el comienzo del tratamiento o después de un período de psicoterapia preparatoria del tipo descrito más arriba? Al pasar revista a la bibliografía pertinente mencionamos ya las diferentes opiniones al respecto. Dentro del amplio grupo de las personalidades fronterizas hay determinados pacientes que parecen obtener muy escasos beneficios de una terapia expresiva de orientación psicoanalítica como la propuesta, y para quienes el psicoanálisis sin modificaciones es el tratamiento de elección; tal es el caso de los pacientes que exhiben las formas más típicas de personalidad narcisista.

Las interacciones de estos pacientes con otras personas están referidas a sí mismos en una medida inusual; tienen gran necesidad de ser amados y sobre todo admirados por los demás y se observa en ellos una obvia contradicción entre un concepto muy inflado de sí mismos y una desmedida necesidad de tributo por parte de los otros. En un plano superficial no parecen ser demasiado regresivos

y algunos de ellos presentan un funcionamiento social satisfactorio; el control sobre los impulsos suele ser mucho más eficaz en estos pacientes que en la generalidad de las personalidades fronterizas; pueden desempeñarse con idoneidad y eficiencia. Al realizar un análisis más detenido, se observa que su vida emocional adolece de una falta de profundidad, que refleja la ausencia de la normal empatía hacia los demás, una relativa incapacidad de disfrutar de la vida más allá del goce que obtengan del homenaje de los otros, y una combinación de fantasías grandiosas, envidia y tendencia a desvalorizar y manejar a los demás de manera explotadora.

Por lo general, estos pacientes tienen una estructura patológica del carácter tan consolidada y operante que resulta muy difícil movilizar sus conflictos en la transferencia empleando el abordaje terapéutico propuesto más arriba. Muchos de ellos parecen tolerar el psicoanálisis clásico sin excesiva regresión. En algunos casos, desafortunadamente, si bien toleran la situación analítica, por otro lado son extremadamente resistentes a toda tentativa de activar sus rígidas defensas caracterológicas en la transferencia. Ernst Ticho (45) sugirió que existe un grupo de pacientes para quienes el psicoanálisis constituye una "indicación heroica"; se refería a aquellos casos en que si bien no es seguro que el psicoanálisis pueda resultar beneficioso, se sabe con certeza que ningún tratamiento que no sea psicoanálisis puede ofrecer ayuda alguna; las personalidades narcisistas están incluidas en este grupo. Algunos autores opinan que el psicoanálisis es el tratamiento de elección para estos pacientes y han contribuido de manera decisiva al esclarecimiento de la dinámica de estos casos y de las dificultades técnicas que plantea su análisis (20, 33). Es importante considerar el problema de la analizabilidad en el curso del estudio diagnóstico de cada uno de los pacientes de personalidad fronteriza; el psicoanálisis podrá ser descartado recién cuando se haya efectuado una cuidadosa evaluación de todas sus contraindicaciones.

En este capítulo se intentó bosquejar una estrategia psicoterapéutica general para pacientes de personalidad fronteriza, que no debe ser erróneamente interpretada como un conjunto de reglas rígidas ni como una indebida generalización. Las propuestas formuladas intentan ofrecer un marco de referencia global para los terapeutas que tratan pacientes de este tipo y que por lo tanto conocen bien las dificultades tácticas que plantea su tratamiento.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bibring, E. (1954): Psychoanalysis and the dynamic psychotherapies. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 2.
2. Bion, W. R. (1957): Differentiation of the psychotic from the non-psychotic personalities. *Int. J. Psycho-Anal.*, 38.
3. Eissler, K. R. (1953): The effect of the structure of the ego on psychoanalytic technique. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 1.
4. Ekstein, R. y Wallerstein, J. (1956): Observations on the psychotherapy of borderline and psychotic children. *Psychoanal. Study Child*, 11.
5. Erikson, E. H. (1956): The problem of ego identity. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 4.
6. Fromm-Reichmann, F. (1950): *Principles of Intensive Psychotherapy*, Chicago, Univ. of Chicago Press. [Hay versión castellana: *Principios de psicoterapia intensiva*. Buenos Aires, Hormé.]
7. Frosch, J.: Comunicación personal.
8. Gill, M. M. (1951): Ego psychology and psychotherapy. *Psychoanal. Quart.*, 20.
9. — (1954): Psychoanalysis and exploratory psychotherapy. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 2.
10. Glover, E. (1955): The analyst's case-list (2). En *The Technique of Psycho-Analysis*. Londres, Bailliere; Nueva York, Int. Univ. Press.
11. Hartmann, H., Kris, E. y Loewenstein, R. M. (1946): Comments on the formation of psychic structure. *Psychoanal. Study Child*, 2.
12. Heimann, P. (1955a): A contribution to the reevaluation of the Oedipus complex: the early stages. En *New Directions in Psycho-Analysis*, comps. Klein y col. Londres, Tavistock; Nueva York, Basic Books. [Hay versión castellana: Una contribución a la reevaluación del complejo de Edipo: las etapas tempranas. En M. Klein, *Obras completas*, vol. 4, Buenos Aires, Paidós, 1976.]
13. — (1955b): A combination of defence mechanisms in paranoid states. *Op. cit.* [Hay versión castellana: Una combinación de mecanismos de defensa en estados paranoides. En M. Klein, *op. cit.*]
14. Holzman, P. S. y Ekstein, R. (1959): Repetition-Functions of Transitory Regressive Thinking. *Psychoanal. Quart.*, 28.
15. Kernberg, O. (1966): Structural derivatives of object relationships. *Int. J. Psycho-Anal.*, 47.
16. Klein, M. (1946): Notes on some schizoid mechanisms. En *Developments in Psycho-Analysis*, comp. Riviere. Londres, Hogarth, 1952. [Hay versión castellana: Nota sobre algunos mecanismos esquizoides. *Obras completas*, vol. 3, Buenos Aires, Paidós, 1978.]
17. — (1952): The origins of transference. *Int. J. Psycho-Anal.*, 33.
18. Knight, R. P. (1953a): Borderline states. En *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*, comps. Knight y Friedman. Nueva York, Int. Univ. Press, 1954.

- [Hay versión castellana: *Psiquiatría psicoanalítica. Psicoterapia y psicología médica*. Buenos Aires, Hormé.]
19. — (1953b): Management and psychotherapy of the borderline schizophrenic patient. *op. cit.*
  20. Kohut, H. (1968): The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorder. *Psychoanal. Study Child*, 23, 86-113.
  21. Little, M. (1951): Countertransference and the patient's response to it. *Int. J. Psycho-Anal.*, 32.
  22. — (1958): On delusional transference (transference psychosis). *Int. J.*
  23. — (1960a): Countertransference. *Brit. J. Med. Psychol.*, 33, *Psycho-Anal.*, 39.
  24. — (1960b): On basic unity. *Int. J. Psycho-Anal.*, 41.
  25. MacAlpine, I. (1950): The development of the transference. *Psychoanal. Quart.*, 19.
  26. Money-Kyrle, R. E. (1956): Normal countertransference and some of its deviations. *Int. J. Psycho-Anal.*, 37.
  27. Racker, H. (1957): The meanings and uses of countertransference. *Psychoanal. Quart.*, 26.
  28. Rapaport, D. (1957): Cognitive structures. En *Contemporary Approaches to Cognition*, comps. Bruner y col. Cambridge, Harvard Univ. Press, 1957.
  29. Reider, N. (1957): Transference psychosis. *J. Hillside Hosp.*, 6.
  30. Romm, M. E. (1957): Transient psychotic episodes during psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 5.
  31. Rosenfeld, H. (1958): Contribución a la discusión sobre "Variations in classical technique." *Int. J. Psycho-Anal. Assoc.*, 39.
  32. — (1963): Notes on the psychopathology and psychoanalytic treatment of Schizophrenia. En *Psychotherapy of Schizophrenic and Manic-Depressive States*, comps. Azima y Glueck (h.). Washington, Amer. Psychiat. Assoc.
  33. — (1964): On the psychopathology of narcissism: a clinical approach. *Int. J. Psycho-Anal.*, 45.
  34. Schlesinger, H. (1966): In defence of denial. Presentado en la Sociedad Psicoanalítica de Topeka, Topeka, Kansas, Julio de 1966 (no publicado).
  35. Schmideberg, M. (1947): The treatment of psychopaths and borderline patients. *Amer. J. Psychother.*, 1.
  36. Segal, H. (1964): *Introduction to the Work of Melanie Klein*. Londres, Heinemann; Nueva York, Basic Books. [Hay versión castellana: *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires, Paidós, 1977, 7ª ed.]
  37. Sharpe, E. F. (1931): Anxiety, outbreak and resolution. En *Collected Papers on Psycho-Analysis*. Londres, Hogarth, 1950.
  38. Sterba, R. (1934): The fate of the ego in analytic therapy. *Int. J. Psycho-Anal.*, 15.
  39. Stern, A. (1938): Psychoanalytic investigation of and therapy in the borderline group of neuroses. *Psychoanal. Quart.*, 7.
  40. — (1945): Psychoanalytic therapy in the borderline neuroses. *Psychoanal. Quart.*, 14.
  41. Stone, L. (1951): Psychoanalysis and brief psychotherapy. *Psychoanal. Quart.*, 20.
  42. — (1954): The widening scope of indications for psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 2.
  43. Strachey, J. (1934): The nature of the therapeutic action of psychoanalysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 15.
  44. Sutherland, J. D.: Comunicación personal.
  45. Ticho, E.: Selection of Patients for Psychoanalysis or Psychotherapy. Presentado en la reunión del 20º aniversario de la Menninger School of Psychiatry Alumni Association. Topeka, Kansas, mayo de 1966 (no publicado).
  46. Ticho, G.: Comunicación personal.
  47. Wallerstein, R. S. (1967): Reconstruction and mastery in the transference psychosis. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 15.

48. Wallerstein, R. S. y Robbins, L. L. (1956): The psychotherapy research project of The Menninger Foundation: IV. Concepts. *Bull. Menn. Clin.*, 20.
49. Winnicott, D. W. (1949): Hate in the countertransference. *Int. J. Psychoanal.*, 30.
50. — (1960). Countertransference. *Brit. J. Med. Psychol.*, 33.
51. Zetzel, E. R. (1966): 'The analytic situation.' En *Psychoanalysis in the Americas*, comp. Litman. Nueva York, Int. Univ. Press, 1966.

## CAPÍTULO IV

### PRONOSTICO

En el presente capítulo nos ocuparemos del pronóstico del tratamiento psicoterapéutico intensivo y a largo plazo de pacientes de personalidad fronteriza. En el capítulo III bosquejé un procedimiento analítico modificado o psicoterapia psicoanalítica como tratamiento de elección para este tipo de pacientes, puntualizando que algunos de ellos son analizables ya sea desde el comienzo o después de un período de psicoterapia preparatoria como la propuesta. Las consideraciones incluidas aquí pretenden orientar las decisiones acerca de la psicoterapia psicoanalítica a largo plazo y la analizabilidad de estos pacientes.

Incluiré en este capítulo mis análisis de los datos clínicos obtenidos del Proyecto de Investigación Psicoterapéutica de la Fundación Menninger (25, 19) y los hallazgos provenientes de los estudios cuantitativos generales de los resultados de dicho Proyecto (12, 2). Como factores atinentes a las evaluaciones pronósticas se examinarán los siguientes elementos: 1) diagnóstico descriptivo del carácter; 2) grado y características de la labilidad yoica; 3) grado y calidad de la patología superyoica; 4) calidad de las relaciones objetales, y 5) pericia y personalidad del terapeuta, individualizando en cada uno de estos elementos los aspectos que son significativos desde el punto de vista del pronóstico y los que no lo son.

#### **Diagnóstico descriptivo del carácter**

El diagnóstico descriptivo es un factor pronóstico crucial para los pacientes de personalidad fronteriza, sobre todo en lo que se refiere a la patología caracterológica, aunque no en igual medida en lo atinente a los síntomas neuróticos, ya que éstos se manifiestan en cualquier nivel de patología y hay pacientes con graves desórdenes caracterológicos que presentan muy escasos síntomas neuróticos. Por lo tanto, la sintomatología neurótica no es un buen indicador de la severidad de la enfermedad. Las evidencias parecen apuntar

a un pronóstico peor para los pacientes fronterizos que no exhiben síntomas neuróticos. Dado un grado similar de patología caracterológica, las motivaciones para recurrir al tratamiento y perseverar en él son menores en el paciente que no presenta ninguna inhibición o síntoma neurótico, que en aquel que sufre algún padecimiento de este tipo.

Hemos observado que la ansiedad habla en favor de una posible mejora mediante el tratamiento, probablemente porque incrementa las motivaciones para el esfuerzo psicoterapéutico del paciente. Sin embargo, desde el punto de vista clínico, el monto de ansiedad o de padecimientos neuróticos en general parece mucho menos significativo que el grado en que la patología caracterológica es sintónica o distónica con el yo. Cabría decir que la ansiedad y el sufrimiento en general pueden hacer que el paciente busque tratamiento y persevere en él; pero es el grado en que la patología caracterológica es sintónica con su yo (en parte una variable procesal que por momentos depende de la relación paciente-terapeuta) el que determinará si el paciente continúa deseando liberarse de sus síntomas o si prefiere liberarse de la "amenaza" del tratamiento. En otras palabras, la presencia de ansiedad es inicialmente un elemento pronóstico favorable para el establecimiento de una relación terapéutica, pero un pronóstico más preciso requiere que sea reemplazada poco a poco por indicadores derivados de la patología caracterológica.

Importa subrayar que si bien en los pacientes fronterizos la intensidad o el tipo de sintomatología neurótica no son factores significativos desde el punto de vista del *pronóstico*, sí lo son desde el punto de vista del *diagnóstico*. En el capítulo I describí las características de los síntomas neuróticos que sugieren una personalidad fronteriza subyacente, incluyéndolos entre los elementos del diagnóstico "presuntivo".

Volviendo al diagnóstico de la estructura del carácter, es el *tipo* de patología caracterológica lo que reviste mayor importancia desde la perspectiva del pronóstico de los desórdenes fronterizos, junto con la naturaleza sintónica o distónica con el yo de los rasgos caracterológicos. No basta por cierto diagnosticar que un paciente presenta una "organización de la personalidad de tipo fronterizo". El diagnóstico descriptivo debe incluir siempre la constelación predominante de patología caracterológica, así como los síntomas neuróticos sobresalientes.

### 1. TIPO PREDOMINANTE DE CONSTELACIÓN CARACTEROLÓGICA

Es importante diagnosticar con toda la precisión posible el tipo de patología caracterológica que presenta el paciente. Por ejemplo, un buen diagnóstico descriptivo podría decir lo siguiente: "1) reacción depresiva con ciertos síntomas de ansiedad; 2) personalidad

infantil con tendencias paranoides en una organización de la personalidad de tipo fronterizo". Un diagnóstico así formulado tiene la ventaja de proporcionar información inmediata acerca de los aspectos estructurales y dinámico-genéticos, además de los puramente descriptivos. En efecto, el diagnóstico de "personalidad fronteriza" incluye observaciones de tipo estructural y dinámico-genético (véase capítulo I). Además, la especificación de los desórdenes caracterológicos facilita el análisis de la patología del paciente, por cuanto a diferentes tipos de desórdenes del carácter corresponden diferentes niveles de desarrollo de los instintos, del superyó y de las defensas yoicas, así como diferentes vicisitudes de las relaciones objetales internalizadas (11).

Cuando se diagnostica la constelación patológica del carácter en función del nivel de patología caracterológica (11) y del conjunto predominante de rasgos patológicos del carácter, el diagnóstico adquiere una íntima y directa correlación con el pronóstico y el tratamiento. Si el diagnóstico revela que el terapeuta se encuentra ante un paciente de personalidad fronteriza, esta conclusión permite adoptar la estrategia psicoterapéutica indicada (véase capítulo III). ¿Qué es posible inferir entonces, desde el punto de vista del pronóstico, de los diferentes tipos de patología caracterológica observados en pacientes de personalidad fronteriza?

a) Los pacientes de *personalidad histérica* que funcionan en un nivel fronterizo tienen en general un buen pronóstico para la psicoterapia analítica; en ellos predominan con frecuencia los conflictos de origen oral, labilidad yoica generalizada o limitada a determinadas áreas y un "doble estrato de operaciones defensivas" que se refleja en radicales vaivenes del nivel de regresión durante las sesiones, todo lo cual, sin embargo, es eminentemente tratable con una psicoterapia intensiva a largo plazo. Algunos de estos pacientes pueden ser tratados mediante psicoanálisis sin modificaciones.

b) Las *personalidades infantiles* tienen también un buen pronóstico para la psicoterapia analítica (véase capítulo III); en general, el psicoanálisis clásico está contraindicado para estos casos.

c) Para las *personalidades narcisistas*, el pronóstico depende de que el funcionamiento fronterizo se manifieste o no de manera franca. Cuando el nivel fronterizo se exterioriza abiertamente, el pronóstico para un abordaje expresivo de orientación psicoanalítica no es bueno; es posible que estos pacientes requieran un prolongado período preparatorio con una terapia de apoyo (que, según mi experiencia, resulta muy poco provechosa para la mayoría de los restantes desórdenes fronterizos). Por el contrario, los pacientes narcisistas que no obstante presentar una estructura de la personalidad típicamente fronteriza no funcionan en un franco nivel fronterizo deben ser tratados mediante psicoanálisis; cuando ello no es posible es preferible quizá que no reciban tratamiento alguno (excepto las terapias breves y restringidas que puedan estar indicadas en los momen-



tos de crisis). Estos pacientes poseen una notable capacidad para mantenerse emocionalmente alejados y evitar comprometerse en el proceso terapéutico, cuando sus defensas patológicas no son examinadas sistemáticamente a medida que se expresan en la transferencia.

Uno de los próximos capítulos (véase capítulo VIII) está dedicado al tratamiento de las personalidades narcisistas y al diagnóstico diferencial entre éstas y otros tipos de defensas caracterológicas de naturaleza narcisista; en él propongo una clasificación que distingue tres clases de constelaciones caracterológicas narcisistas: a) Efectos narcisistas de los rasgos patológicos del carácter en general, en la medida en que éstos protegen y mantienen la autoestima; cuanto más rígidos son los rasgos patológicos del carácter, más marcados son sus efectos narcisistas, que se agregan a la función específica de mantener la represión de los conflictos intrapsíquicos estructurados. b) Rasgos caracterológicos narcisistas que representan una fijación en el nivel del narcisismo infantil y reflejan defensas ligadas con todo tipo de conflictos genitales o pregenitales; los aspectos narcisistas infantiles de muchos caracteres histéricos y obsesivos son típicos ejemplos de esta configuración. c) Narcisismo patológico propiamente dicho, constelación caracterológica específica que refleja una particular patología de las relaciones objetales internalizadas y peculiares distorsiones de las estructuras del yo y del superyó. En el mencionado capítulo sugiero que el diagnóstico de personalidad narcisista debiera quedar reservado con exclusividad para esta tercera categoría de narcisismo y destaco las dificultades que se presentan en el tratamiento de estos casos. Aunque prácticamente todos los pacientes fronterizos presentan una grave patología del carácter y, por lo tanto, rasgos caracterológicos narcisistas en el sentido más amplio [tipos a) y b)], es importante hacer una cuidadosa diferenciación entre dicha acepción amplia de "narcisismo" y las estructuras patológicas específicas de la personalidad narcisista en su acepción restringida. En general, cuanto más manifiestas son las estructuras narcisistas patológicas de la personalidad narcisista, más desfavorable es el pronóstico.

d) Las *personalidades antisociales* tienen un pronóstico muy pobre para toda la gama de tratamientos psicológicos. (Me refiero a las personalidades antisociales en sentido estricto y no a pacientes que simplemente exhiben actitudes antisociales como tales.) A menudo el terapeuta debe plantearse este diagnóstico diferencial en el caso de adolescentes que se encuentran en dificultades con la ley. Para llegar a un buen diagnóstico diferencial de las constelaciones caracterológicas que intervienen en la conducta antisocial, es necesario dilucidar varios interrogantes, por ejemplo:

I) ¿El comportamiento antisocial refleja una verdadera psicopatología personal o es "antisocial" desde el punto de vista de las convenciones o prejuicios sociales?

II) ¿El comportamiento antisocial refleja una adaptación "normal" a un medio social patológico? Una respuesta afirmativa tiene connotaciones más o menos benignas; sin embargo, al diagnosticar así la conducta antisocial de un adolescente, es necesario ser cauteloso, ya que cabe preguntarse en qué medida un desarrollo psicológico relativamente normal dará lugar, por ejemplo, a que el adolescente se identifique sólo con la subcultura antisocial de su entorno social inmediato. Aun en las condiciones más graves de privación social, existe un reconocimiento subyacente de valores sociales más normales, merced al cual el individuo más o menos sano puede evitar identificarse totalmente con un subgrupo antisocial.

III) ¿El comportamiento antisocial refleja una "reacción de ajuste de la adolescencia", es decir, es en realidad el subproducto de una aguda crisis emocional o de un grave conflicto interpersonal que enfrenta el adolescente? Cuando es así, por lo general también están presentes otros síntomas neuróticos, como angustia y/o depresión, y conflictos centrados en problemas de rebeldía y dependencia. Cuando la conducta antisocial está claramente limitada en el tiempo y restringida a un episodio de extrema turbulencia emocional, el diagnóstico de "reacción de ajuste" se justifica. Desgraciadamente, sin embargo, el abuso que se ha hecho de este diagnóstico ha llevado muchas veces a subestimar e incluso ignorar todo tipo de psicopatología y en especial graves desórdenes caracterológicos. Masterson (16) y Robins (20) aportaron evidencias concluyentes acerca de la gravedad de la psicopatología que a menudo se pasa por alto al abusar del diagnóstico de "reacción de ajuste de la adolescencia". A mi juicio, este diagnóstico puede ser formulado recién cuando han sido descartadas otras formas de psicopatología mucho más frecuentes y severas.

IV) ¿El comportamiento antisocial refleja alguna patología caracterológica grave y no una personalidad antisocial propiamente dicha? Es quizás esta categoría la que incluye el mayor número de conductas antisociales, que en este caso representan una de las facetas de una personalidad infantil, o una personalidad narcisista, etcétera. Aunque naturalmente el pronóstico es más serio en esta categoría que en las categorías b) y c), cuando los restantes elementos pronósticos que se enumerarán más adelante son favorables, la conducta antisocial que refleja una patología caracterológica distinta de la personalidad antisocial propiamente dicha no significa que el paciente sea intratable. Las consideraciones acerca del análisis de la patología superyoica adquieren especial relevancia para el pronóstico de estos casos.

V) ¿El comportamiento antisocial refleja una personalidad antisocial propiamente dicha? Ante una respuesta afirmativa, el pronóstico es muy pobre. Para formular este diagnóstico se requiere una cuidadosa evaluación de la historia del paciente; un estudio diagnóstico breve no basta; con frecuencia es necesario un prolongado

período de observación, que permita estudiar con mayor precisión la cualidad de las relaciones objetales del paciente, así como el tipo y el grado de su patología superegoica. Se ha observado que el tratamiento de estos pacientes en un entorno estructurante especializado (que reúne las características de una prisión de alta seguridad y un hospital psiquiátrico) ha resultado eficaz en ciertos casos, por lo menos al dar lugar a modificaciones más o menos duraderas de la conducta, tendientes a una mejor adaptación social.

e) El pronóstico de los pacientes que sufren *desviaciones sexuales* y que funcionan en un nivel fronterizo varía de acuerdo con las estructuras subyacentes de la personalidad. Las desviaciones sexuales asociadas con una personalidad narcisista subyacente tienen en general un pronóstico desfavorable, debido a las particulares dificultades que obstaculizan el tratamiento analítico de las personalidades narcisistas; para otras formas de patología caracterológica el pronóstico mejora. El tratamiento de los problemas sexuales en pacientes con un franco funcionamiento fronterizo puede resultar muy prolongado, ya que teniendo en cuenta su propensión regresiva, es necesario abordar los aspectos dinámicos de sus desviaciones sexuales con toda cautela y de manera gradual. La cualidad de las relaciones objetales es un factor crucial en el pronóstico de todo tipo de desviación sexual; cuanto mayor es la capacidad de establecer vínculos objetales libres de tendencias explotadoras, mejor es el pronóstico; por el contrario, el pronóstico es peor cuanto más inestables son las relaciones objetales. Los pacientes de personalidad fronteriza que han vivido en virtual aislamiento durante muchos años y cuya vida sexual en su totalidad ha adoptado la forma de masturbación acompañada de fantasías exclusivamente o predominantemente perversas, tienen un pronóstico reservado en cuanto concierne a sus problemas sexuales.

f) El pronóstico de pacientes *alcohólicos y drogadictos* (síndromes que a menudo se asocian con la personalidad fronteriza) depende también del tipo de personalidad subyacente. Nuevamente, cuando la personalidad narcisista subyace a los síntomas mencionados, el pronóstico es desfavorable. En estos casos, la efectividad del control sobre los impulsos y la posibilidad de que un cierto monto de estructuración externa temporaria subrogue la incapacidad del paciente de eliminar su adicción, adquieren importancia fundamental. Si el paciente tiene suficiente control sobre sus impulsos como para impedir que el síntoma obstaculice el tratamiento, o si la internación, el hospital de día o algún otro procedimiento terapéutico actúa como un entorno capaz de ofrecer la necesaria protección, el pronóstico mejora.

g) Para los pacientes con una *estructura prepsicótica "clásica"* (personalidad paranoide, personalidad esquizoide y personalidad hipomaníaca) el pronóstico es variable.

I) Para las *personalidades paranoides* con funcionamiento fronterizo, el pronóstico mejora cuando el tratamiento está estructurado de manera tal que impide que el control omnipotente distorsione la relación terapéutica. Ciertos pacientes paranoides tratan de controlar al terapeuta o de ocultarle información, actitudes que distorsionan la relación terapéutica y que muchas veces terminan por provocar el estancamiento de la terapia (9). Cuando el paciente no es capaz de aceptar las lógicas demandas y limitaciones que impone el vínculo psicoterapéutico, es aconsejable mantenerlo internado mientras se afianzan las etapas iniciales de dicho vínculo. Así, el velo de secreto con que el paciente oculta muchos aspectos de su vida y sus esfuerzos por controlar omnipotentemente al terapeuta, quedan compensados por las observaciones proporcionadas por el personal del hospital y por el mutuo apoyo del equipo terapéutico.

II) Para las *personalidades esquizoides* el pronóstico es más reservado. La tendencia a retraerse y rehuir la interacción terapéutica en los pacientes con marcadas características esquizoides, tiene efectos tan penetrantes que pone a prueba la habilidad y hasta los deseos del terapeuta de lograr que aquél participe en una relación significativa. Los pacientes esquizoides hacen un uso tan intenso de los mecanismos de escisión que todos los componentes emocionales y hasta humanos de la relación paciente-terapeuta parecen estar completamente destruidos o dispersos, dando lugar a un clima de chatura y vacuidad emocional que el terapeuta encuentra difícil de tolerar por largo tiempo. Guntrip (8) hizo una convincente descripción de las típicas características dinámicas de estos pacientes, que provocan fuerte tensión en el terapeuta; coincido con él en que en tales circunstancias la personalidad de este último adquiere particular importancia. Es posible que el pronóstico de los pacientes esquizoides dependa sobre todo de las cualidades personales del terapeuta tal como se reflejan en su técnica. En otras palabras, el terapeuta no puede ayudar al paciente "ofreciéndole" su propia personalidad; sólo puede hacerlo utilizando su natural calidez, su riqueza emocional y su capacidad de empatía para analizar sistemáticamente su retraimiento defensivo.

III) Las *personalidades hipomaniacas* tienen un mal pronóstico; el factor preponderante en este caso es el grado de tolerancia a la depresión; cuanto mayor es la capacidad del paciente para tolerar la depresión sin caer en una grave descompensación, mejor es el pronóstico. En lo que atañe a las operaciones defensivas más usadas, las personalidades hipomaniacas se acercan a las narcisistas y muchas de las consideraciones técnicas acerca de éstas son aplicables también a las primeras (véase capítulo VIII). De todos modos, el pronóstico es más desfavorable para las personalidades hipomaniacas que para las narcisistas.

h) El pronóstico para los así llamados *caracteres "caóticos" o impulsivos* es más o menos bueno, pero varía en cada caso de acuerdo

con la presencia de manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica, que estudiaremos más adelante. También pertenecen a este grupo los pacientes con múltiples perversiones sexuales, con promiscuidad heterosexual y/o homosexual y con tendencias sexuales perverso-polimorfas (tan características de los desórdenes fronterizos en general). Cuanto más caóticas y múltiples son las fantasías y acciones perversas y cuanto más inestables son las relaciones objetales ligadas con estas interacciones sexuales, más se justifica el diagnóstico de personalidad fronteriza pero, al mismo tiempo, mejor es el pronóstico (al contrario de lo que ocurre en pacientes con una desviación sexual estable y personalidad narcisista subyacente). De lo dicho se infiere que una vida sexual caótica que refleja un funcionamiento fronterizo pero sin una estructura narcisista subyacente tiene un pronóstico mucho mejor que el que hace suponer en un primer momento un comportamiento sexual patológico tan inestable y variado. Sin embargo, cuando las múltiples fantasías y/o actividades perversas traducen una incapacidad más general para formar relaciones objetales estables, el pronóstico es más desfavorable precisamente por este motivo.

i) Los pacientes de *personalidad predominantemente obsesivo-compulsiva* tienen un buen pronóstico aun cuando funcionen en un nivel fronterizo. De todos modos, es importante diferenciar las personalidades obsesivo-compulsivas propiamente dichas de las personalidades narcisistas y esquizoides, que también se caracterizan por una superficial frialdad, intelectualización y alejamiento.

j) Las personalidades *depresivo-masoquistas* también tienen un pronóstico más o menos bueno, aunque con algunas reservas. En primer lugar, cuanto mayor es la infiltración sádica de las estructuras caracterológicas, peor es el pronóstico de las así llamadas personalidades sadomasoquistas, en comparación con las personalidades depresivas en su acepción estricta (véase capítulo I). También el pronóstico es pobre para aquellos pacientes con una auto-destructividad generalizada que se refleja en el comportamiento interpersonal, en el cual la principal intención parece ser infligirse daño a ellos mismos (por ejemplo la propensión crónica a actos suicidas y, más aún, la tendencia a reiterar "automutilaciones" graves). Por consiguiente, más desfavorable es el pronóstico cuanto más primitivas son las formas de autoagresión y cuanto más difusa es la descarga agresiva, en el sentido de una falta de diferenciación entre el sí-mismo y no-sí-mismo (en contraste con la autoagresión integrada fundamentalmente en las estructuras superyoicas). Una interacción prolongada (de hasta varios años) juntamente con una psicoterapia intensiva de orientación psicoanalítica suelen ser eficaces para disminuir la tendencia a la automutilación, siempre que el encuadre terapéutico sirva para refrenar los esfuerzos del paciente por ejercer un control omnipotente sobre su entorno mediante amenazas de automutilación o automutilaciones reales (17).

La importancia que desde el punto de vista del pronóstico tiene la determinación del tipo de patología caracterológica predominante es una razón más para realizar una cuidadosa evaluación diagnóstica del paciente. Así, cuanto más metódico es el diagnóstico descriptivo, con mayor certeza es posible incorporar en él consideraciones de tipo estructural y genético-dinámico, además de las puramente descriptivas.

El estudio estructural y genético-dinámico no se orienta en este contexto a reconstruir los conflictos patógenos del individuo y la historia de su vida, sino a determinar, desde múltiples puntos de vista, las alteraciones más permanentes que pueden haber causado aquellos conflictos y experiencias del pasado y que son ahora parte de la estructura caracterológica del individuo. En líneas más generales, se podría decir que un buen diagnóstico requiere el análisis metapsicológico del "aquí y ahora".

## 2. DISTORSIONES DEL YO Y DEL SUPERYÓ QUE SE REFLEJAN EN LOS RASGOS CARACTEROLÓGICOS DEL INDIVIDUO

Hemos estudiado hasta aquí las constelaciones caracterológicas predominantes como factores pronósticos importantes para el tratamiento de la personalidad fronteriza. Nos ocuparemos ahora de manera más pormenorizada e individual de ciertos rasgos patológicos del carácter como posibles indicadores del pronóstico. Este es más desfavorable cuanto mayor es la medida en que un determinado rasgo caracterológico representa primitivas identificaciones patológicas del superyó, cuanto mayor es la tolerancia del yo ante estas primitivas identificaciones y, en especial, cuanto mayor es la auto-destructividad expresada por ciertos rasgos del carácter (en cuyo caso cabría hablar de autodestructividad como ideal del yo).

Si bien la estructura caracterológica sirve de intermediario para las presiones que el ello, el superyó y el mundo externo ejercen sobre el yo, en la bibliografía aparecen sobre todo referencias que enfatizan las presiones provenientes del ello. No obstante, deseo destacar la función que cumple la estructura caracterológica como formación intermediaria entre el yo y las presiones superyoicas. Ejemplo 1: en una paciente de carácter histérico y con estructuras superyoicas prohibitivas y punitivas que representaban la introyección de una imagen materna amenazante originada en conflictos edípicos, se observaron fantasías de prohibición contra toda manifestación de heterosexualidad y contra tendencias competitivas con otras mujeres. En virtud de tales formaciones superyoicas, la paciente inhibía su sexualidad y toda actitud de competencia ante otras mujeres, al tiempo que se sometía a aquellas de tipo dominante que se asemejaban a la imagen materna introyectada. De este modo, la presencia de rasgos masoquistas puede reflejar la estructuración dentro

del yo, del sí-mismo sumiso y culposo de la niña edípica ante la madre edípica amenazante. Sin embargo, el yo puede utilizar dichos rasgos masoquistas con fines adaptativos, dando lugar a un comportamiento masoquista frente a los hombres, en especial cuando la gratificación sexual se hace posible a costa de sufrimiento mental o físico. En tal caso, las tendencias masoquistas del carácter reflejan la estructuración de una imagen de sí mismo, una función yoica, ligada con la introyección superyoica de la madre, así como una tentativa del yo de expresar los impulsos derivados del ello de una manera modificada, masoquista, pero sintónica con el yo. El conjunto de la patología caracterológica del masoquismo se convierte también en un aspecto del concepto de sí mismo, uno de los componentes de la identidad yoica del paciente. En resumen, volviendo al ejemplo citado, una introyección superyoica (la madre edípica prohibitiva) produjo en el yo un proceso de identificación con la niña sumisa y culposa, que constituía una estructura yoica complementaria de la introyección superyoica de la madre.

Ejemplo 2: una paciente de carácter histérico y con un superyó rígido que representa sobre todo la internalización de una imagen materna prohibitiva y antisexual, muestra un comportamiento sumiso y masoquista ante mujeres dominantes y, al mismo tiempo, una actitud controladora y avasallante frente a hombres débiles. Quisiera enfocar en especial su conducta ante los hombres como expresión de una patología caracterológica que cumple varias funciones: 1) una "identificación con el agresor" (4), es decir con la imagen de la madre edípica dominante, por medio de una identificación del carácter con el superyó sádico; 2) una formación reactiva contra la tendencia yoica al sometimiento masoquista, y 3) un escape racionalizado para parte de la agresión subyacente que representa la rebeldía edípica contra la madre. En este caso, quizá resulte difícil detectar el superyó rígido desde un principio, porque la identificación del carácter con dicho superyó disminuye algunas de las limitaciones que éste impone al yo y permite desviar hacia afuera la agresión proveniente de las presiones del superyó y del ello.

Ejemplo 3: Una forma más grave del mismo fenómeno descrito en el caso anterior aparece en un paciente que en un entorno estructurado se muestra inhibido, tímido y sumiso, mientras que en situaciones sociales no estructuradas exhibe un sorprendente grado de agresividad y arrogancia y da una impresión de estupidez, todo lo cual lo coloca en una posición de dominio o poder. También en este caso, el superyó rígido y estricto ejerce efectos inhibidores sobre las funciones yoicas, pero en ciertas situaciones sociales propicias se produce una identificación con el agresor, merced a la cual las funciones superyoicas emergen ahora integradas en los rasgos caracterológicos sádicos. En tales circunstancias el yo se libera patológicamente del superyó al identificarse con él y se libera también de impulsos agresivos intolerables, al permitir que éstos se manifiesten

de manera racionalizada a través de los rasgos sádicos del carácter. La arrogancia representa la identificación del carácter con una figura superyoica omnipotente y sádica, en tanto que la apariencia de estupidez refleja una negación de la realidad externa que equivale a la supresión de la función yoica de la prueba de realidad por parte del superyó. En otro contexto, Bion (1) describió la arrogancia y la estupidez como defensas contra tendencias paranoides; en mi opinión, la proyección de núcleos superyoicos y las tendencias paranoides manifiestas pueden o no coexistir con estas formaciones caracterológicas, según el grado de integración que haya alcanzado el superyó.

En el tercer ejemplo, la introyección superyoica con la cual se produce la identificación es más primitiva que en los otros dos ejemplos; por consiguiente, dicha identificación del carácter expresa una agresión más grosera y que, desde el punto de vista social, puede llegar a ser inapropiada. Esto ocurre porque el yo ha renunciado en parte a ejercer su función de prueba de realidad, con el fin de "complacer" al cuerpo extraño patológico, representado por la identificación del carácter con el superyó primitivo. La renuncia a la prueba de realidad por parte del yo es una seria complicación que resulta de la consolidación de las primitivas identificaciones en la estructura caracterológica. Esta consolidación traduce una importante distorsión en el proceso de formación de la identidad y puede reflejar también una deficiencia superyoica que suele manifestarse como un comportamiento agresivo patológico hacia los demás, que el paciente racionaliza como "indignación moral". En estos casos, tanto la prueba de realidad (en el sentido amplio de probar la realidad social y no en la estricta acepción técnica de diferenciar entre el sí-mismo y el no—sí-mismo y entre experiencias intrapsíquicas e interpersonales) como la capacidad de introspección sufren una disminución.

En resumen, el pronóstico empeora en relación directa con el grado en que la estructura caracterológica refleja las primitivas identificaciones superyoicas patológicas integradas en el yo, con la concomitante pérdida de las principales funciones del yo y del superyó.

Otro importante elemento pronóstico es el grado en que el yo (o mejor dicho el sí-mismo) y el superyó toleran los rasgos caracterológicos contradictorios que reflejan identificaciones conflictivas integradas en la estructura del carácter. La medida en que en el individuo alternan rasgos caracterológicos mutuamente incompatibles indica hasta qué punto el yo está escindido. El predominio de la escisión y de otras primitivas defensas yoicas vinculadas con aquélla, es característico de la personalidad fronteriza. Sin embargo, en este contexto, la no racionalización de las actitudes recíprocamente incompatibles y la medida en que ello refleja la tolerancia del yo y



del superyó ante sistemas de identificación contradictorios, tienen valor pronóstico negativo para el tratamiento psicológico.

Por ejemplo, un paciente con marcadas tendencias masoquistas, que racionalizaba sus fracasos culpando al destino o a los demás pero que, en determinadas circunstancias mostraba actitudes sádicas impregnadas de un cierto aire de mofa, no se inmutaba cuando se le señalaba la contradicción entre dicho comportamiento burlón y su tendencia a quejarse del maltrato que decía recibir de los otros; la tolerancia ante contradicciones de este tipo evidenciadas en patrones de conducta establecidos indica un pronóstico muy desfavorable.

Otro ejemplo sería el del paciente obsesivo y exageradamente escrupuloso que en ciertas situaciones puede llegar a ser deshonesto sin experimentar conflicto alguno, si bien en este caso es la patología superyoica la que predomina en especial.

### 3. LA AUTODESTRUCTIVIDAD COMO FORMACIÓN CARACTEROLÓGICA Y REACCIÓN TERAPÉUTICA NEGATIVA

Otro de los indicadores de un pronóstico negativo para el tratamiento es la medida en que los rasgos patológicos del carácter sirven para poner en acción una ideología autodestructiva o lo que podría denominarse autodestrucción como ideal del yo. Este aspecto trasciende la clasificación descriptiva de patología caracterológica autodestructiva y está ligado con el problema general de la reacción terapéutica negativa. Existen formas graves de autodestructividad estructurada que se manifiestan como una propensión a las reacciones terapéuticas negativas. Se trata de una variable "procesal" u "operacional" de suma importancia: el grado en que en la relación terapéutica se desarrolla una reacción terapéutica negativa informa acerca del pronóstico a medida que el tratamiento continúa. Esta reacción no es exclusiva de los pacientes fronterizos, pero aparece con frecuencia en ellos. Cuanto más significativa es la historia de actitudes que se prestan para ser interpretadas como una búsqueda de autodestrucción social, psicológica o física, más desfavorable es el pronóstico.

De todos modos, es importante discernir entre los efectos autodestructivos de ciertos comportamientos, de la autodestrucción propiamente dicha como principal intención. Por ejemplo, un paciente que no conserva sus empleos o que interrumpe sus estudios cada vez que corre el riesgo de tener que enfrentar sus propias falencias, puede racionalizar su actitud calificándola de "autodestructiva". En un plano superficial está en lo cierto, pero el propósito subyacente quizá sea el de proteger un primitivo concepto grandioso de sí mismo. Tal vez sólo en casos de tendencia crónica a la automutilación física existen fundamentos suficientes para considerar que este síntoma constituye un signo pronóstico muy desfavorable que traduce pri-

mitivas necesidades de autodestrucción e, implícitamente, una marcada propensión a la reacción terapéutica negativa.

Por ejemplo, en ciertos pacientes con tendencia a la automutilación que buscan aliviar tensiones de cualquier origen mediante el dolor (infligiéndose heridas o quemaduras), se suele observar verdadero placer u orgullo por el poder de la autodestrucción —una sensación de omnipotencia o soberbia derivada de su independencia respecto de factores externos de gratificación y simbólicamente reafirmada por la autodestructividad placentera—. Otro típico ejemplo de esta patológica configuración es el paciente que al infligirse un daño físico o psíquico disfruta como un triunfo el sufrimiento o la derrota de aquellos que lo rodean, incluyendo al terapeuta. En las personalidades masoquistas de mejor funcionamiento (depresivo-masoquistas), la ideología autodestructiva, el placer y el triunfo derivados de la propia derrota suelen ser racionalizados como un sometimiento a un sistema de valores o a un grupo religioso o político especialmente rigurosos. La autoderrota inconsciente como expresión de sometimiento a un superyó sádico debe ser diferenciada de la afirmación consciente de la autodestrucción como un ideal del yo que exige sacrificar la propia felicidad, las buenas relaciones con los demás, el éxito y la satisfacción.

La necesidad de provocar la propia derrota como el indispensable precio a pagar, vencer a figuras capaces de brindar ayuda e inconscientemente odiadas y envidiadas, es otra de las formas que adoptan las motivaciones autodestructivas. En este caso la autodestrucción sirve al propósito de “triunfar” sobre el objeto envidiado. Los casos más serios de “reacción terapéutica negativa” (3, 5, 21, 22) suelen observarse en pacientes que pertenecen a esta categoría. Esa reacción, en sus formas más severas, está vinculada con el “triunfo” sobre los demás, en este caso el terapeuta y sus tendencias afirmativas respecto de la vida. Guntrip (8) señaló que en el tratamiento de las personalidades esquizoides la identificación del yo del paciente con primitivos objetos malos (“yo antilibidinal” en la terminología de Guntrip y de Fairbairn) constituye un factor pronóstico desfavorable.

El término “reacción terapéutica negativa” no se refiere en este contexto a un fracaso general del tratamiento o a períodos de mayor resistencia o intensa transferencia negativa. Se refiere en cambio de manera exclusiva a los casos en que la necesidad de destruir aquellos aspectos de la psicoterapia o del psicoanálisis capaces de ofrecer ayuda predomina netamente en la configuración de impulsos y defensas del paciente. La clásica descripción que hizo Freud (5) de esta reacción se vinculaba con casos en los que el intenso masoquismo inconsciente y la grave patología superyoica se ponía de manifiesto en el predominio de sentimientos de culpa inconscientes. Muchos pacientes de carácter depresivo-masoquista presentan este tipo de resistencia.

Existen sin embargo pacientes con una psicopatología más seria, en quienes las reacciones terapéuticas negativas son parte de una constelación diferente, más precisamente de la personalidad narcisista, en la cual la necesidad inconsciente de derrotar al terapeuta está ligada con envidia de origen oral y con la destrucción vengativa de posibles fuentes externas de amor y gratificación (21; véase también capítulo VIII).

Debemos mencionar además un nivel aún más regresivo de psicopatología en el cual la reacción terapéutica negativa adquiere gran preeminencia; se trata, por ejemplo, de pacientes de funcionamiento fronterizo o francamente psicótico, con predominio de una fuerte agresión pregenital y un cierto desvanecimiento de los límites entre el sí-mismo y el no-sí-mismo que hace que la agresión se exprese indiscriminadamente contra los demás y contra ellos mismos. Corresponden a esta categoría muchos pacientes con tendencia a la automutilación, que obtienen un alivio inespecífico de la ansiedad infligiéndose dolor. Otros pacientes de nivel fronterizo y psicótico parecen poner especial énfasis en la necesidad de destruir específicamente los esfuerzos de los demás por ayudarlos, aunque ellos mismos sucumban en el proceso.

Un paciente soltero, de poco más de veinte años, internado a causa de una reacción esquizofrénica crónica, funcionaba relativamente bien dentro del ambiente limitado de su sala. Invariablemente sonreía con desprecio a cualquiera que se le acercara con intenciones de ayudarlo. Enviaba largas cartas a sus padres quejándose del tratamiento que recibía en el hospital, pero admitía sin ambages ante los miembros del personal que las acusaciones contra ellos eran falsas y que con sus cartas buscaba forzar a sus padres a sacarlo del hospital para satisfacer su deseo de interrumpir el tratamiento. El padre era una persona insensible, distante y rígida; la madre, sobreprotectora y suspicaz, era alcohólica y drogadicta y había sufrido varios episodios psicóticos. Los intentos de abordaje de varios médicos y psicoterapeutas del hospital no dieron resultado alguno. Día a día recibía a sus médicos con una sonrisa diciéndoles: "Ya va a ver, no hay nada que usted pueda hacer por mí". Hablaba en un tono superficialmente amistoso, pero había en él una inmovible determinación de no mejorar. En el pasado había atacado a su madre, había tratado de cortarse el pene y había puesto cuidado en ocultar una lesión que terminó siendo un tumor maligno.

Se llegó por fin a la conclusión de que el paciente se identificaba inconscientemente con una imagen materna muy destructiva, siendo su renuencia a mejorar la expresión de su temor de que la mejora significara separarse de su madre y destruirla. Al mismo tiempo desviaba la rabia contra ella dirigiéndola contra sí mismo y contra todos los que intentaban ayudarlo. En su autodestructividad se combinaban la necesidad de autodestrucción, la exteriorización de

una agresión difusa, su identificación con una imagen materna sádica, odio y envidia contra quienes no compartían su posición de esclavo, temor al castigo de su madre si trataba de liberarse de ella y temor de que un eventual cambio pusiera en peligro la vida de aquélla. Varios miembros del equipo terapéutico expresaron su impresión acerca del paciente diciendo que padecía un "cáncer de la personalidad". No "manejaba" al personal en el sentido de obligarlos a adoptar una posición hostil contra él; más bien mostraba sin rodeos que casi disfrutaba desvalorizando, destruyendo y despreciando al terapeuta, al médico y, en general, a todos los que intentaban ayudarlo. Al mismo tiempo, es de destacar el grado de integración yoica que había logrado. Daba la impresión de haberse recompuesto lo suficiente como para que su prueba de realidad y el control sobre sus impulsos alcanzaran el nivel necesario para proteger la actitud con que se oponía a toda tentativa de producir modificaciones en él.

Por lo general, los aspectos descriptivos del carácter y su significación desde el punto de vista del pronóstico pueden ser evaluados en el curso de un cuidadoso examen diagnóstico del paciente. Dicho examen debe incluir, además de un detallado estudio del carácter, la medida en que sus rasgos patológicos son sintónicos o distónicos con el yo, la medida en que las contradicciones entre rasgos mutuamente incompatibles o entre los sistemas de valores del paciente y sus rasgos caracterológicos son tolerados sin provocar conflicto, la medida en que el yo "abdica" a sus funciones de prueba de realidad, preocupación y autoprotección, cediendo a los efectos de la patología del carácter y, sobre todo, la medida en que la autodestrucción como ideal del yo es sintónica con el yo, o en que la autodestructividad es utilizada como un arma para derrotar a los demás.

Todas estas evaluaciones no tienen un valor pronóstico constante; por el contrario, éste puede ir modificándose a medida que se producen cambios en el tratamiento mismo. Así, por ejemplo, el grado en que los rasgos patológicos del carácter, desfavorables desde el punto de vista del pronóstico, se hacen sintónicos con el yo merced a la labor terapéutica, el grado en que el paciente toma conciencia y se preocupa por los factores patológicos que operan en él y el grado en que desarrolla la capacidad de evitar la racionalización de sus tendencias autodestructivas, constituyen variables procesales u operacionales que modificarían el pronóstico general a medida que el tratamiento avanza.

Ciertos terapeutas suelen caer en la tentación de confiar exclusivamente en las indicaciones que en cuanto a pronóstico les ofrece la respuesta del paciente ante el tratamiento a largo plazo. Puesto que la terapia intensiva de pacientes fronterizos, tendiente a producir cambios fundamentales en su personalidad, lleva muchos meses o años, y como cada terapeuta tiene oportunidad de tratar sólo unos pocos de los muchos pacientes que presentan esta psicopatología, es

necesario seleccionar cuidadosamente para el tratamiento psicoterapéutico intensivo a aquellos pacientes cuya patología caracterológica hace presumir el pronóstico más favorable.

### **Intensidad y cualidad de la labilidad yoica**

En el capítulo I sugerí que el concepto de "labilidad yoica" sigue siendo útil a los fines clínicos cuando no se lo amplía indebidamente dándole una connotación general y, por el contrario, se efectúa una adecuada individualización y diferenciación de sus diversos aspectos. Me ocupé de sus manifestaciones específicas, por ejemplo: 1) el *predominio de primitivas operaciones de defensa del yo*, y de sus manifestaciones inespecíficas, tales como 2) *falta de control sobre los impulsos*, 3) *intolerancia a la ansiedad* y 4) *insuficiente desarrollo de los canales de sublimación*, mencionando además otros dos aspectos, a saber: 5) *propensión al pensamiento del proceso primario* y 6) *debilitamiento de la prueba de realidad*. Todas estas manifestaciones reflejan tanto los efectos generales de la patología del desarrollo yoico como los efectos específicos de la patología de las relaciones objetales internalizadas de los pacientes de personalidad fronteriza. De los estudios cuantitativos globales del Proyecto de Investigación Psicoterapéutica de la Fundación Menninger surgen pruebas concluyentes de la importancia que tiene la fortaleza del yo para la determinación del pronóstico (12, 2); examinaremos ahora la significación que a los mismos fines tiene cada una de las manifestaciones de labilidad yoica.

1. *Predominio de primitivas operaciones de defensa del yo*. Cuanto más marcado es el predominio de determinadas constelaciones defensivas del yo, esto es, de los mecanismos de defensa primitivos (escisión, idealización primitiva, formas tempranas de proyección, en especial identificación proyectiva, negación, omnipotencia y desvalorización) sobre las defensas más elaboradas (represión y sus mecanismos afines), mayor fundamento existe para formular el diagnóstico de personalidad fronteriza (véase capítulo I). En otras palabras, las defensas yoicas predominantes son de muy alto valor diagnóstico. A los fines del pronóstico, en cambio, no parece tener importancia el tipo de operaciones que prevalece dentro de la gama de las defensas típicas de los pacientes fronterizos. Sin embargo, para la indicación del tratamiento (analizabilidad), es fundamental determinar en qué medida están presentes la represión y otras defensas y rasgos caracterológicos de nivel superior (11).

2. *Falta de control sobre los impulsos*. Es éste un importante indicador del pronóstico. Una pérdida del control sobre los impulsos netamente restringida a determinadas áreas de la personalidad del paciente, con mantenimiento del control en los restantes sectores de su funcionamiento psicológico, cumple por lo general fines de-

fensivos que pueden ser diagnosticados y resueltos mediante el uso combinado de la interpretación y la introducción de parámetros técnicos temporarios. En cambio, cuando la falta de control sobre los impulsos está generalizada, no sólo constituye un importante indicio de labilidad yoica, sino que además genera una propensión a la exoactuación de la transferencia (tanto dentro como fuera de las sesiones).

En el capítulo III mencioné que, en los pacientes fronterizos, la exoactuación de la transferencia en el contexto de la relación terapéutica, o sea en el encuadre terapéutico propiamente dicho, puede ser muy resistente a la interpretación porque gratifica necesidades instintivas, en especial las ligadas con derivados de la agresión pre-edípica, tan características de estos pacientes. Esta gratificación de las necesidades instintivas dentro del tratamiento constituye una fundamental resistencia transferencial; algunos pacientes obtienen en la transferencia una gratificación de sus necesidades instintivas patológicas mucho mayor que la que podría ofrecerles cualquier interacción extraterapéutica.

La falta de control sobre los impulsos es una señal pronóstica desfavorable que indica que la exoactuación transferencial puede llegar a convertirse en una seria complicación del tratamiento. En función de esta falta de control, será posible determinar en qué medida es necesario recurrir a medidas de control dentro del proceso terapéutico y a procedimientos estructurantes fuera de las sesiones (internación, hospital de día, hogar adoptivo, etc.), con el fin de posibilitar el tratamiento. La falta de control sobre los impulsos tiene por lo tanto una significación pronóstica desfavorable, puesto que tiende a dar al tratamiento el carácter de una terapia de apoyo que impide resolver las defensas patológicas del paciente por medios de orientación analítica. En otras palabras, cuanto más deficiente es el control de los impulsos, en mayor medida el terapeuta se ve obligado a "hacerse cargo" del paciente, con el consecuente deterioro de su neutralidad; cuanto mayor es la pérdida de la neutralidad, más difícil resulta mantener un abordaje analítico. En los casos más graves de falta de control sobre los impulsos, son muchos los pacientes que requieren internación simultáneamente con la psicoterapia.

3. *Intolerancia a la ansiedad.* La tolerancia a la ansiedad no refleja el monto de la ansiedad que siente el paciente, sino la medida en que cualquier tipo de ansiedad que se agrega a la experimentada habitualmente es capaz de inducir regresión, formación de síntomas o comportamiento patológico. Como la intolerancia a la ansiedad puede producir una pérdida de control sobre los impulsos en ciertos momentos del tratamiento en que un incremento de la ansiedad en el paciente es inevitable, mucho de lo dicho respecto al control de los impulsos es aplicable también a esta otra variable. De ahí que la

limitación de la tolerancia a la ansiedad sea un signo pronóstico desfavorable.

Cabe preguntarse en qué medida el uso de medicación tranquilizante puede compensar la pérdida de tolerancia a la ansiedad. En general, pienso que la incorporación de sedantes al tratamiento psicológico se justifica cuando la ansiedad llega a un punto tal que obstaculiza el establecimiento y la conservación de una comunicación significativa entre el paciente y el terapeuta. Esta circunstancia se presenta sobre todo en las psicosis. Por el contrario, en la mayoría de los pacientes de personalidad fronteriza que he examinado y tratado o de aquellos cuya terapia he tenido oportunidad de supervisar, el empleo de medicación tranquilizante ha resultado innecesario.

Sin embargo, cuando en un paciente fronterizo se asocian una fuerte intolerancia a la ansiedad y una ansiedad que en cuanto a intensidad es comparable con la de la psicosis, la medicación tranquilizante está indicada. En tal caso, es importante observar las siguientes normas: 1) la medicación debe ser administrada en cantidad suficiente para producir un efecto farmacológico y no de placebo; 2) debe prolongarse durante el tiempo necesario para establecer una nueva "línea de base" para el nivel de ansiedad en el cual el paciente está funcionando. (Cuando la administración es sólo temporaria o en dosis que varían con frecuencia en función del tratamiento psicoterapéutico, el nivel de ansiedad tiende a fluctuar hasta tal punto que resulta muy difícil evaluar sus significaciones transferenciales. En otras palabras, debido al empleo de medicación tranquilizante, la ansiedad deja de cumplir la fundamental función de variable procesal u operacional reguladora de las intervenciones psicoterapéuticas, a causa de las irregulares fluctuaciones de su nivel.) 3) Los significados inconscientes de la ingestión de medicamentos, como parte de la relación terapéutica, deben ser abordados y permanentemente incorporados al proceso psicoterapéutico, porque el uso simbólico que el paciente fronterizo puede dar a la medicación enmascara sus primitivas defensas, haciendo muy difícil el sistemático examen de éstas en la transferencia. Así por ejemplo, la tendencia al control omnipotente de los objetos puede expresarse en el paciente como una sensación inconsciente de que cuando posee la medicación, mantiene al terapeuta bajo control. Otra posibilidad es que la administración de medicamentos gratifique las excesivas demandas orales lo suficiente como para que sus componentes agresivos en parte disminuyan y en parte queden disimulados al no producirse el incremento de ansiedad a que habría dado lugar la falta de gratificación de dichas demandas respecto de la medicación.

Lo dicho hasta aquí no significa una oposición general al uso de medicación sedante. Por el contrario, se refiere de manera específica a aquellos casos en que la administración de medicamentos es parte de una psicoterapia intensiva a largo plazo, básicamente tendiente a modificar tanto la personalidad como la sintomatología de

pacientes fronterizos. En las intervenciones motivadas por crisis agudas o en las terapias breves orientadas a la resolución de síntomas, el uso de sedantes y otros medicamentos puede ser parte importante del esfuerzo psicoterapéutico total, pero no es éste el caso que aquí nos ocupa.

4. *Insuficiente desarrollo de los canales de sublimación.* Se trata de un elemento pronóstico tan importante como difícil de evaluar. Los principales indicadores de la capacidad de sublimación son el goce del trabajo y de la vida y la posibilidad de alcanzar logros creativos; estos factores deben ser diferenciados de la eficiencia, que refleja las particulares defensas, capacidades y dotes naturales del paciente, más que el desarrollo de la sublimación.

A modo de ilustración comparemos dos casos de personalidad fronteriza, ambos médicos y, por lo tanto habiendo completado sus estudios universitarios y satisfecho los requisitos profesionales, no obstante sus problemas psicológicos. Uno de ellos utilizaba a su profesión, sobre todo, como fuente de prestigio y altos ingresos, preocupándose poco por sus pacientes y por profundizar sus conocimientos y capacitación técnica. De alto coeficiente intelectual, había conseguido graduarse y cumplir los requisitos profesionales a pesar de prolongados períodos de desorganización y de descuido de sus quehaceres profesionales. En pocas palabras, no tenía conciencia de los altos valores inherentes a su profesión más allá de las gratificaciones narcisistas que ésta le proporcionaba, ni se interesaba en los avances científicos producidos en el campo de sus actividades. El segundo de los médicos que nos ocupa tenía grandes dificultades en las relaciones interpersonales; utilizaba sus tareas e intereses científicos a modo de escape de las vinculaciones demasiado profundas con los demás; los usaba también para huir de su propio y confuso mundo interno hacia un "mundo profesional", según él sólido y bueno. En este último caso, la capacidad de sublimación era mucho mayor.

En general, la medida en que un paciente es capaz de dedicarse a determinada actividad o profesión más allá de sus necesidades estrictamente narcisistas, el grado de gratificación que le proporciona dicha actividad y la medida en que se preocupa por los valores intrínsecos de aquélla, dan la pauta de su capacidad de sublimación. Por lo tanto es necesario hacer una cuidadosa evaluación de la calidad general de las actividades del paciente y de la función que cumple para él su dedicación a dichas actividades. En los pacientes de alto nivel social y económico que han gozado de todo tipo de oportunidades para desarrollar sus habilidades o en aquéllos de gran inteligencia y dotes naturales, estos ventajosos antecedentes pueden dar una impresión de logros que disimula la subyacente carencia de capacidad de sublimación.

Esta capacidad tiene una enorme importancia práctica en lo que atañe al pronóstico, por lo que vale la pena examinar sus orígenes



generales, aunque sea brevemente. Mencioné antes que la sublimación importa una auténtica dedicación por parte del individuo a algo que trasciende su interés por sí mismo. En líneas más generales, importa preocupación por todo lo que es bueno y valioso en los demás y en uno mismo, así como reconocimiento y apreciación de los valores o las realidades a los que se confiere amor y de los cuales a su vez se recibe amor de manera simbólica. Melanie Klein (13) subrayó la conexión entre la sublimación y la capacidad del paciente de sentir culpa y necesidad de reparación. Winnicott (26, 28) profundizó el estudio de la relación entre la elaboración de la "posición depresiva" y el desarrollo de la capacidad de preocupación.

De todas estas observaciones se infiere que, contrariamente al tradicional punto de vista psicoanalítico, la sublimación no refleja una simple modificación económica en la dirección y utilización de las tendencias instintivas en virtud de funciones yoicas y superyoicas, sino una consecuencia directa de las vicisitudes de las relaciones objetales internalizadas. La capacidad de establecer una relación objetal total y de integrar el amor y el odio en las relaciones con los demás y con uno mismo, es un requisito indispensable para el pleno desarrollo de la sublimación. Desde el punto de vista del pronóstico, la confianza que deposita el paciente fronterizo en algún aspecto bueno y valioso de sus relaciones con los demás (o con el trabajo, las horas de ocio, el arte, la ciencia o la religión) es un indicador positivo de gran importancia. La capacidad del paciente de establecer y conservar valores que lo trasciendan —no obstante lo abstracto que pueda parecer este parámetro y lo difícil de evaluar que es a veces— representa un vínculo eminentemente práctico entre las vicisitudes de sus relaciones objetales internalizadas por una parte, y por la otra sus posibilidades de obtener beneficios de una relación psicoterapéutica.

5. *Tendencia al pensamiento del proceso primario.* Por lo general, el examen clínico del estado mental de los pacientes de personalidad fronteriza no ofrece evidencias de un desorden formal de sus procesos de pensamiento; sin embargo, en los tests proyectivos y sobre todo en respuesta a estímulos no estructurados, el pensamiento del proceso primario se pone de manifiesto en la aparición de fantasías primitivas, en una marcada disminución de la capacidad de adaptarse a los datos formales del test y, sobre todo, en el uso de peculiares verbalizaciones (18). Cuando, como parte de la evaluación inicial de un paciente, el examen del estado mental ofrece claras pruebas de un desorden formal del pensamiento, el diagnóstico presuntivo es el de reacción psicótica. Sin embargo, es posible que el pensamiento del proceso primario se manifieste clínicamente en determinados momentos de la psicoterapia intensiva de pacientes fronterizos. Bion (1) señaló que la temporaria desorganización de los procesos de pensamiento puede ser utilizada con fines defensivos. Las manifestaciones iniciales del pensamiento del proceso primario

tienen importancia desde los puntos de vista diagnóstico y terapéutico; la propensión del paciente al uso de dicho pensamiento es uno de los factores a tener en cuenta al evaluar sus posibilidades de beneficiarse con un tratamiento psicoanalítico sin modificaciones. La transitoria aparición del pensamiento del proceso primario durante el tratamiento no tiene un valor pronóstico, pero hace necesario analizar las funciones defensivas que cumple la distorsión de la comunicación en el contexto de la situación terapéutica.

6. *Debilitamiento de la prueba de realidad.* La prueba de realidad en el sentido estricto de la capacidad de diferenciar entre fenómenos intrapsíquicos y percepciones externas, es una función yoica que está presente en los pacientes de personalidad fronteriza. Sin embargo pueden perderla transitoriamente cuando se encuentran bajo los efectos de una fuerte perturbación emocional, el alcohol o las drogas, o en el contexto de una psicosis transferencial. Por lo tanto, el mantenimiento de la prueba de realidad en circunstancias normales es un componente esencial del diagnóstico diferencial entre desórdenes fronterizos y psicosis (7). Una condición indispensable para diagnosticar una reacción psicótica, por ejemplo una esquizofrenia, es la pérdida permanente de la prueba de realidad en cualquier área del funcionamiento psicológico y/o la presencia de elementos psicóticos "productivos", tales como alucinaciones o delirios. Siempre que en un paciente se está considerando el diagnóstico diferencial entre un desorden fronterizo y una psicosis, y no se observa pérdida de la prueba de realidad con respecto a su conducta, su pensamiento o sus reacciones emocionales, ni signos productivos de psicosis, simplemente no se trata de un paciente psicótico. La indebida extensión del diagnóstico de esquizofrenia basada en consideraciones dinámicas, en contraste con su diagnóstico estrictamente descriptivo, ha contribuido a la confusión que se observa en ese campo.

Cuando un paciente presenta un comportamiento extraño, o juicios extraños acerca de su vida intrapsíquica o de la realidad externa, o una reacción emocional extraña, el terapeuta debe señalarle la anormalidad que percibe en él. Si el paciente reconoce espontáneamente que su comportamiento, sus juicios o sus sentimientos son anormales, o si después de un sistemático señalamiento llega a la misma conclusión, la prueba de realidad (en el sentido estricto definido más arriba) sigue estando presente. Por lo tanto, por definición, la persistencia de la prueba de realidad es característica de los pacientes fronterizos, con excepción de su pérdida transitoria en las circunstancias especiales ya mencionadas.

La frecuencia y la intensidad de la pérdida temporal de la prueba de realidad no son en sí mismas indicadores pronósticos de importancia. Un paciente fronterizo que sufre una regresión en el tratamiento y desarrolla una psicosis transferencial, por lo general reacciona favorablemente ante una modificación, permanente o tem-

poraria, de la técnica terapéutica. Esta modificación puede consistir en un incremento de la estructuración en las sesiones mismas o en la vida del paciente fuera de las sesiones. Cuando la relación paciente-terapeuta está bien consolidada y el terapeuta es capaz de manejar la regresión psicótica sin excesivas reacciones contratransferenciales, las pérdidas temporarias de la prueba de realidad no representan una dificultad demasiado seria para el tratamiento. En otras palabras, la prueba de realidad no constituye un indicador del pronóstico, si bien sus características son parte de la constelación en la cual se basa el diagnóstico de personalidad fronteriza. Es además una variable diagnóstica de importancia para la prescripción del tratamiento de las personalidades fronterizas, ya que la intensidad y la frecuencia de su pérdida es uno de los criterios generales para decidir en cada caso la viabilidad de tratamiento psicoanalítico propiamente dicho. La frecuente pérdida de la prueba de realidad, aunque sea temporaria y fácilmente reversible merced a la introducción de medidas estructurantes en el tratamiento, es uno de los elementos que sugiere la inconveniencia de un psicoanálisis clásico, por lo menos desde el comienzo. La mayoría de los pacientes de personalidad fronteriza requiere una modificación de la técnica, que incluye una especial estructuración y/o la introducción de parámetros técnicos (véase capítulo III).

El término prueba de realidad puede utilizarse también en un sentido más general, menos preciso pero más sutil, para hacer referencia a la medida en que el paciente es capaz de reconocer su realidad interpersonal, la realidad social y en especial los valores morales de los demás. Las leves alteraciones del comportamiento de los pacientes fronterizos en su contexto social habitual (por ejemplo; la frecuente falta de captación de los "mensajes" sutiles de otras personas, la incapacidad de reconocer su aspecto inapropiado, la realidad emocional de los demás, la influencia de los juicios de valor sobre el comportamiento de los otros, la manera en que éstos los perciben y la falta de tacto), reflejan una pérdida de los más sutiles aspectos discriminatorios de la prueba de realidad, ocasionada por la patología yoica y superyoica. En esta acepción amplia, la prueba de realidad tiene alguna significación en cuanto al pronóstico, que se traduce en el área del complejo funcionamiento interpersonal, aspecto que corresponde en realidad a la cualidad de las relaciones objetales como indicadores pronósticos y del que nos ocuparemos más adelante. En resumen, la prueba de realidad en su acepción estricta no es un factor pronóstico significativo.

A modo de síntesis, podemos decir que ciertos factores que ponen de relieve la fortaleza o la debilidad del yo tienen una importancia decisiva en cuanto al pronóstico, en especial las manifestaciones inespecíficas de fortaleza yoica: el control sobre los impulsos, la tolerancia a la ansiedad y la capacidad de sublimación. Otros factores tales como la prueba de realidad, la propensión al uso del pensa-

miento del proceso primario y el tipo de las operaciones defensivas predominantes tienen importancia para el diagnóstico, pero no para el pronóstico de los pacientes de personalidad fronteriza.

### **Intensidad y cualidad de la patología superyoica**

La intensidad y la cualidad de la patología superyoica es un indicador pronóstico fundamental en los pacientes de personalidad fronteriza. Si bien existe una estrecha correspondencia entre los niveles de organización estructural del yo y del superyó, debido a que sus respectivas patologías están determinadas por similares vicisitudes de las relaciones objetales internalizadas (11), en los pacientes fronterizos se observan frecuentes irregularidades en el desarrollo del superyó. Ticho (24) destacó la importancia de diagnosticar el nivel de desarrollo del superyó del paciente y la directa repercusión que tiene en la clínica el grado de integración o de falta de integración del superyó, su autonomía o su heteronomía. En los pacientes fronterizos, el nivel de integración de las funciones superyoicas suele ser superior al que sugiere el nivel de organización de su personalidad. El porqué de esta situación aún no ha sido dilucidado; una posible explicación es que en los últimos años de la infancia hayan entrado en acción factores ambientales desusadamente buenos, capaces de ejercer un efecto positivo sobre las ulteriores introyecciones e identificaciones superyoicas, en casos en que graves conflictos pregenitales determinaron una seria patología en el yo.

A pesar del habitual predominio de las maniobras de escisión en el superyó, de la reproyección de núcleos superyoicos bajo la forma de tendencias paranoides y de la tolerancia del superyó ante las mutuas contradicciones entre los diferentes sistemas de valores, estados yoicos e identificaciones que se reflejan en los rasgos patológicos del carácter y que están en abierto contraste con los valores superyoicos, éstos suelen presentar amplias variaciones en lo que atañe a su abstracción, despersonificación e integración. Algunos pacientes fronterizos, más precisamente las personalidades narcisistas (véase capítulo VIII), adolecen de una patología superyoica mucho más severa de lo que haría pensar su funcionamiento yoico.

Cuanto mayor es la capacidad del paciente fronterizo de reconocer valores que trascienden su propia satisfacción, mayor es el grado de abstracción y despersonificación que es dable presumir en su estructura superyoica y mejor es el pronóstico. Por el contrario, cuanto más acentuadas, sintónicas con el yo e integradas en la estructura caracterológica del paciente están las tendencias antisociales, menor es la integración, abstracción y despersonificación del superyó y más desfavorable es el pronóstico. En los pacientes fronterizos suelen manifestarse con relativa frecuencia ciertas actitudes antiso-

ciales en su acepción más amplia. Por ejemplo, el robo, la mentira, el parasitismo y las tendencias explotadoras se presentan a menudo en los caracteres fronterizos narcisistas y en especial en la personalidad antisocial propiamente dicha. Las personalidades antisociales en su acepción estricta tienen el peor pronóstico para cualquier tipo de tratamiento psicológico. En otros tipos de pacientes fronterizos es dable observar modalidades más benignas de tendencias antisociales; así por ejemplo, la tendencia patológica a la mentira aparece con frecuencia en las personalidades infantiles y en los caracteres "como si" (la "pseudología fantástica" era considerada típica del carácter histérico, pero en realidad está presente en las personalidades infantiles). Lo importante no es el comportamiento antisocial en sí, sino sus significaciones superyoicas. Me referí antes al diagnóstico diferencial de la conducta antisocial y es importante subrayar que dicha conducta debe ser analizada en función de la patología caracterológica y la estructura superyoica subyacentes.

*Ejemplo 1.* Un paciente, A., mentía constantemente acerca de sus finanzas, debido al intenso temor de que el terapeuta lo explotara, despojándolo sin piedad de todos sus ingresos. Esta conducta le provocaba crónicos sentimientos de culpa hacia el terapeuta y hacía que manifestara ansiedad y rechazo toda vez que percibía en aquél una actitud amistosa. Una exploración cuidadosa de su desdenoso rechazo del terapeuta poco a poco dio lugar a que aparecieran en el paciente auténticos sentimientos de culpa y las consiguientes defensas contra éstos. Utilizaba así todo indicio de lo que él consideraba una incoherencia por parte del terapeuta, para justificar sus arranques de ira por no ser tratado como alguien "especial". Se repetía una y otra vez que con un terapeuta como el suyo era lógico que no fuera totalmente veraz. Por el contrario, el paciente era honesto en su trato con los demás y en el manejo de los asuntos monetarios. Existía sin embargo un antecedente de "mortificación" por parte del padre del paciente, que explotaba las necesidades financieras de éste para compensar su propia inseguridad, forzándolo a que le pidiera el dinero. El paciente había encontrado la manera de obtener dinero de su padre valiéndose de ciertos manejos y en tal sentido se había hecho selectivamente deshonesto, viendo en esta actitud una venganza contra el padre que calmaba sus sentimientos de culpa. El incremento de la culpa que le provocaba su comportamiento ante el terapeuta hizo que este patrón transferencial saliera a la luz, culminando en una "confesión" y en la aparición de sentimientos manifiestos de culpa y depresión. En síntesis, la mentira como expresión de comportamiento antisocial no reflejaba una patología superyoica más seria, en el sentido de una carencia de valores morales internalizados. En el paciente existía un área limitada de deshonestidad que expresaba un particular patrón transferencial y, al mismo tiempo, una buena capacidad para experimentar auténticos sentimientos de culpa y una firme observancia de los valores morales.

*Ejemplo 2.* Un paciente, B., que había recibido entrenamiento en una institución en la que después solicitó ingresar como miembro del personal, recurrió a un antiguo supervisor con quien había entablado una relación muy amistosa, para que lo ayudara con su solicitud. Para obtener el puesto era indispensable contar con antecedentes intachables; el paciente sabía que los suyos no lo eran y que el supervisor ignoraba por completo las dificultades que había tenido con la ley. Sin embargo, el supervisor era miembro de la comisión encargada de la selección del personal y como esta comisión tenía acceso a esta particular información sobre el pasado del paciente, éste no obtuvo el trabajo. Enterado de la decisión, B. volvió a hablar con el supervisor, sabiendo que los datos ocultados por él ya habían salido a la luz, y le pidió que intercediera para que la decisión fuera revista. No se conmovió en absoluto al saber de la sorpresa y la pena que la situación le había provocado al supervisor; no se sentía culpable y (lo que es aún más importante) estaba convencido de que la tristeza y el desengaño de aquél no eran más que un resultado del "lavado de cerebro" que había recibido de la comisión, por lo cual ya no podía contar con él. Importa destacar en este caso la incapacidad del paciente de reconocer la preocupación humana y los valores éticos de otras personas. No obstante su inteligencia y el funcionamiento habitualmente normal de su prueba de realidad, el paciente no llegaba a percibir que el supervisor no se sentía agraviado por sus antecedentes delictivos, sino por sus mentiras y su actitud lisonjera primero y después indiferente a sus sentimientos.

*Ejemplo 3.* El paciente C., a pesar de sus fuertes tendencias a robar, no lo hacía por temor a ser sorprendido. No llegaba a comprender que otras personas no robaran por razones éticas.

En resumen, la carencia de sistemas de valores internalizados y la incapacidad de reconocer dichos sistemas de valores en los demás y las repercusiones que aquéllos tienen en los vínculos interpersonales ponen de manifiesto la ausencia de estructuras y funciones superyoicas avanzadas, indicando un pronóstico muy desfavorable.

La patología superyoica del tipo descrito más arriba importa también una reducción de los aspectos más sutiles de la prueba de realidad en el campo de las relaciones interpersonales y una disminución de la capacidad de hacer percepciones significativas. Estas no reflejan la simple disponibilidad de material del proceso primario en la vida mental consciente y preconsciente del paciente fronterizo, sino la comprensión a la vez intelectual y emocional de las fuentes más profundas de la propia experiencia psíquica, acompañada de preocupación por los aspectos patológicos de dicha experiencia y por la urgente necesidad de modificarlos (véase capítulo III). Lo que está esencialmente ausente en los pacientes que padecen una grave patología superyoica es la preocupación por ellos mismos, por sus relaciones con otras personas y por lo que están haciendo a los demás en lo que atañe a valores morales. En otras palabras, la auto-

evaluación moral es un aspecto del funcionamiento superyoico cuya ausencia tiene un significado pronóstico negativo. La capacidad de sentir culpa y depresión está íntimamente conectada con la capacidad de sentir preocupación (28). Destaqué en otro lugar que la evaluación de la capacidad de depresión y culpa es un factor pronóstico esencial para el tratamiento de pacientes de personalidad narcisista (véase capítulo VIII), y lo mismo puede decirse de los pacientes fronterizos en general.

Es importante diferenciar el comportamiento impulsivo y agresivo que es parte de las graves perturbaciones emocionales de los pacientes fronterizos y los componentes de agresión de determinadas relaciones objetales patológicas, de la actitud cruel más generalizada que algunos pacientes exhiben en todas sus relaciones con los demás. En cada caso es necesario hacer una cuidadosa evaluación de los significados que esa conducta despiadada tiene en relación con la patología superyoica. En ocasiones esta tarea provoca tensión en el terapeuta, ya que no es fácil analizar el mundo interno del paciente y sus relaciones con otras personas desde el punto de vista de su observancia de valores morales, sin caer en una actitud moralista.

Una modalidad llamativa de la patología superyoica es la que se manifiesta en pacientes que han asumido un fuerte compromiso con determinado sistema ético, en tanto que su conducta está en franca contradicción con dicho compromiso. Es importante hacer una detenida evaluación de esas contradicciones y de la medida en que el paciente las tolera sin experimentar preocupación o culpa. A modo de ilustración, cabe mencionar el caso de un paciente, sacerdote católico, que presentaba una crónica promiscuidad heterosexual. Otro paciente, un cirujano plástico que padecía de alcoholismo crónico, operaba estando ebrio y su única preocupación era que sus ayudantes no notaran su estado.

Otra de las modalidades de la patología superyoica que también tiene un valor pronóstico muy desfavorable, se manifiesta en el proceso terapéutico propiamente dicho como una crónica tendencia a mentir al terapeuta y una total falta de preocupación por dicha actitud por parte del paciente. Cuando el terapeuta nota que un paciente le está mintiendo, su tarea prioritaria, antes que cualquier otra, consiste en el señalamiento de esta actitud, que debe ser después analizada en profundidad y sistemáticamente elaborada hasta llegar a su resolución. El tratamiento psicológico no puede llevarse a cabo cuando el instrumento básico de la relación paciente-terapeuta, es decir la comunicación verbal, está seriamente distorsionada. En un sentido más general, no es posible explorar cabalmente —ya no hablamos de resolver— las resistencias inconscientes mientras no se han disipado las resistencias conscientes.

En resumen, la ausencia de estructuras superyoicas integradas, abstractas y despersonificadas, tales como las que se traducen en el reconocimiento y la observancia por parte del paciente de valores

éticos y de otro tipo, es un importante indicador pronóstico en las personalidades fronterizas que, a la vez, sirve para decidir en cada caso la indicación o contraindicación del psicoanálisis propiamente dicho.

Quisiera agregar otra normal función superyoica de protección que en general está ausente cuando el desarrollo del superyó ha sufrido una perturbación o detención de cierta gravedad. Me refiero a la función anticipatoria del superyó normal, que en situaciones de incertidumbre da lugar a lo que Ticho (24) denominó "culpa señal". Esta culpa señal puede inducir fantasías de fracaso, de errores cometidos o de responsabilidades no asumidas, e incluso moderadas fantasías de tipo "paranoide" que, a su vez, tienen la propiedad de activar las funciones yoicas de autoobservación y autointegración, permitiendo así una óptima preparación para enfrentar la situación de incertidumbre. En una persona normal, por ejemplo, un inesperado llamado de atención del "jefe" puede dar lugar a preocupación y a fantasías levemente culposas que, a su vez, facilitan la autoobservación y la introducción de ligeras correcciones en un determinado curso de acción.

Esta función está ausente en gran medida en los individuos que padecen una grave patología superyoica. Es notable observar cómo algunos pacientes fronterizos con un superyó rígido, que son bastante paranoides e hipersensibles ante las reacciones de los demás, muestran una total falta de sensibilidad y autocritica en circunstancias en que normalmente su funcionamiento debería provocarles incertidumbre, como por ejemplo cuando se les señala en tono amistoso una falla en sus tareas. Es como si los sutiles estímulos ambientales que en las personas normales desencadenan una "culpa señal" no bastaran para influenciarlos; sólo una fuerte presión ambiental, como por ejemplo una crítica severa, provoca en ellos una intensa distorsión paranoide de dicha presión. Estos pacientes exhiben una reacción superyoica de "todo o nada" en lugar de la normal respuesta flexible. Retomando el ejemplo del inesperado llamado de atención del jefe, estos pacientes no tomarían en cuenta las amistosas sugerencias de su superior; sólo reaccionarían ante una crítica más severa y lo harían entonces sintiéndose cruelmente atacados o perseguidos.

La función anticipatoria del superyó normal, es decir la inducción de culpa señal, preocupación y moderadas fantasías "persecutorias" en situaciones de incertidumbre, a su vez puede ser normalmente compensada no sólo mediante acciones preventivas o reparatorias asumidas por el yo, sino además mediante la confianza básica que el yo (o mejor dicho el sí mismo) deposita en su bondad interna y en su capacidad de restablecer vínculos predominantemente buenos con los demás. Esta normal función yoica de compensar las presiones del superyó contrasta radicalmente con la patológica necesidad de los pacientes fronterizos (caracterizados por una identidad yoica



difusa y un superyó no integrado y heterónimo) de reactivar primitivos mecanismos de disociación, proyección, omnipotencia y negación.

Ticho (24) sugirió que la presencia en el yo de un concepto integrado de sí mismo es una condición necesaria para la formación de identificaciones selectivas en el superyó. Por mi parte coincido en que se requiere un cierto grado de estabilidad en el concepto de sí mismo para que se desarrollen los niveles superiores del funcionamiento superyoico, en especial para la internalización de las percepciones más reales de las demandas y prohibiciones parentales. A su vez, un superyó integrado y relativamente autónomo facilita el desarrollo de una identidad yoica estable; sólo un superyó patológico tolera las contradicciones de estados yoicos mutuamente disociados o escindidos. Así, en un contexto patológico se forma un círculo vicioso de recíproco reforzamiento entre las excesivas maniobras de escisión del yo que impiden la integración del concepto de sí mismo y la falta de integración del superyó.

### **Cualidad de las relaciones objetales**

La cualidad de las relaciones actuales de un paciente con personas significativas puede ser detectada en su comportamiento interpersonal y en sus relaciones internas con objetos significativos, en contraste con las consecuencias estructurales de los vínculos objetales internalizados de su pasado. Estos últimos ejercen efectos fundamentales sobre el desarrollo de todas las estructuras psíquicas (10). En los pacientes fronterizos, la grave patología de sus relaciones objetales internalizadas se pone de manifiesto en la generalizada escisión de imágenes internalizadas de sí mismo y de los objetos en "buenas" y "malas", el persistente carácter primitivo y la infiltración agresiva de los vínculos interpersonales, la turbulencia emocional, los exagerados compromisos y asimismo el retraimiento y la falta de profundidad con que intentan rehuir toda vinculación (véase capítulo I).

No obstante estas características comunes, el tipo y la intensidad de las interacciones de los pacientes fronterizos y del compromiso que asumen con los demás varían considerablemente de un caso a otro. La estabilidad de las relaciones, a pesar de lo neuróticas que puedan ser, es un factor pronóstico positivo en lo que respecta a la capacidad de compromiso. La capacidad de individualización, en tal sentido de una real discriminación entre diferentes personas con quienes puede manifestarse el mismo tipo de conflictos neuróticos, sugiere también un pronóstico favorable para la capacidad de establecer relaciones objetales. Los pacientes fronterizos que son capaces de reconocer lo que hay de "diferente" en el terapeuta, en comparación con sus restantes objetos transferenciales, están demostrando su capacidad de entablar relaciones individualizadas.

El déficit de la constancia objetal o de la capacidad de formar relaciones objetales "totales", típico de estos pacientes, se pone de manifiesto en su intolerancia a las reacciones ambivalentes hacia los objetos. La medida en que los pacientes fronterizos toleran la simultaneidad de amor y odio hacia una misma persona, sin oscilar de un extremo a otro de las reacciones emocionales, habla de un pronóstico favorable en cuanto a la cualidad de sus relaciones objetales. Desde esta perspectiva, el pronóstico es mejor para los casos en que hay una dependencia patológica y conflictiva respecto de una misma persona durante un período prolongado, que para los casos en que el paciente se retrae por completo de todos los que lo rodean.

Sin embargo, es importante hacer una excepción respecto de la "dependencia" que en realidad refleja un crónico sometimiento patológico a un objeto externo que representa una imagen superyoica primitiva y sádica. La identificación con una primitiva figura superyoica, en virtud de la cual la autodestructividad constituye un ideal del yo integrado en la estructura caracterológica del paciente (tal como lo mencioné antes), suele manifestarse como una crónica sumisión a una persona muy hostil y dañina. En ciertos casos, uno de los padres reales, o ambos, pueden representar dicha función en la vida del paciente. El sometimiento a una persona verdaderamente destructiva debe ser evaluado tomando en cuenta la capacidad de establecer relaciones objetales duraderas y la capacidad de escapar de esa intensa autoagresividad.

Las relaciones objetales de las personalidades narcisistas son muy pobres, no obstante su funcionamiento social sorprendentemente bueno en un nivel superficial; de ahí que el análisis de la cualidad de las relaciones objetales debe incluir las relaciones internas con los demás, y no sólo la observación del comportamiento interpersonal del paciente. Entre las personas de quienes Freud (6) dijo que dan la impresión "no de haber trabajado en arcilla, sino de haber escrito en el agua", las personalidades narcisistas probablemente ocupan un lugar preponderante. La superficial adaptación de estos pacientes disimula a la vez la ausencia de vínculos objetales profundos en el presente y la grave patología de sus relaciones objetales internalizadas, que se refleja a su vez en la patología de las estructuras yoicas y superyoicas.

En síntesis, el análisis del comportamiento actual y de las relaciones internas con objetos significativos ofrece datos pronósticos importantes para los pacientes fronterizos. Cuanto más estables, diferenciadas y emocionalmente profundas son las relaciones internas del paciente con sus objetos significativos, mejor pronóstico tiene el tratamiento.

La calidad de las relaciones objetales de una persona se refleja, actualizada de la manera más significativa a los fines del pronóstico, en el tipo de relación que establece con el terapeuta, convirtiéndose

así en una variable procesal u operacional de gran valor pronóstico. Además, el vínculo establecido con el terapeuta revela también la cualidad del superyó del paciente, que se manifiesta en su capacidad de reconocer a aquél y preocuparse por él como persona, y en la medida en que logra liberarse del crónico sometimiento a las demandas internas de un superyó primitivo y sádico.

Cerramos aquí el examen de los factores pronósticos inherentes a la enfermedad y la personalidad del paciente, para pasar a analizar aquellos que se reflejan en otra variable procesal de gran importancia que ya no depende del paciente: la pericia y la personalidad del terapeuta.

### **Pericia y personalidad del terapeuta**

El estudio cuantitativo de los resultados del Proyecto de Investigación Psicoterapéutica de la Fundación Menninger (2) puso de relieve la importancia de la técnica psicoterapéutica en el tratamiento de pacientes con marcada labilidad yoica, y esclareció además la repercusión que a ese respecto tienen la habilidad y la personalidad del terapeuta. Citaré a continuación algunos párrafos pertinentes extraídos de las conclusiones del mencionado estudio: "Los tratamientos llevados a cabo dentro del encuadre de la teoría psicoanalítica requieren un 'ajuste' entre terapeuta y paciente para llegar a un resultado satisfactorio. Dicho requisito adquiere especial importancia cuando la fortaleza yoica del paciente es escasa. La habilidad del terapeuta, que incluye su capacidad de integrar creativamente en la técnica los rasgos de su personalidad y sus reacciones contra-transferenciales, es el factor más importante del resultado que se obtenga en el tratamiento de pacientes de bajo nivel de funcionamiento psíquico, es decir con un yo lábil."

"Los terapeutas menos expertos están en condiciones de llevar a cabo aquellos tratamientos cuyo resultado no dependa de manera tan directa de su personalidad y su habilidad. Los pacientes con un yo suficientemente fuerte y en tratamiento expresivo (o sea aquel que 'obliga' al terapeuta a observar una estricta neutralidad), son menos pasibles de recibir la influencia de una menor destreza por parte del terapeuta; en efecto, pueden llegar a una buena elaboración de sus problemas aun cuando el tratamiento y el terapeuta no reúnan las condiciones ideales."

"Los pacientes con un yo débil requieren un terapeuta altamente capacitado, tanto para un tratamiento de apoyo como para una terapia expresiva. Los hallazgos sugieren que el tratamiento de elección en tales casos es una forma de psicoterapia expresiva a cargo de un terapeuta muy experto y en la cual el acento esté puesto en la elaboración de las manifestaciones transferenciales en la relación terapéutica."

Estos hallazgos confirman las observaciones clínicas derivadas en parte del mencionado Proyecto y en parte también de mi propia experiencia, y en las que se fundó la propuesta que formulé en un trabajo anterior (véase capítulo III) acerca de un procedimiento psicoanalítico modificado o psicoterapia psicoanalítica, como tratamiento de elección para los pacientes de personalidad fronteriza. Este procedimiento requiere un alto nivel de entrenamiento de orientación psicoanalítica, experiencia en psicoterapia y gran pericia para la sistemática elaboración de la transferencia predominantemente negativa de estos pacientes. El terapeuta a cargo de este tipo de tratamiento debe tener presente la necesidad de introducir parámetros técnicos y medidas tendientes a acentuar la estructuración de la terapia en su sentido más amplio, manteniendo al mismo tiempo su neutralidad. Cuanto más propenso a la exoactuación es el paciente, más habilidad necesita el terapeuta para incrementar la estructuración, conservando sin embargo un clima de respeto por la personalidad y la independencia de aquél. Cuanto más ceda a la tentación de brindar "apoyo" dando prematuros consejos al paciente y cuanto más se esfuerce por controlar la vida de aquél, mayor será el peligro de que se desvanezca la situación transferencial y más alto será el precio a pagar por sacrificar las metas terapéuticas de largo plazo en aras de una disminución temporaria de la ansiedad del paciente. A la inversa, una "situación analítica" artificialmente mantenida, en la que el terapeuta trata de interpretar el material tal como se presenta en las sesiones, desestimando la situación real del paciente y sometiéndose a sus exoactuaciones transferenciales durante las sesiones, también puede provocar el estancamiento de la terapia. La tarea de crear el monto de estructuración estrictamente necesario —y no más— en las sesiones y/o en la vida del paciente fuera del tratamiento, conservando al mismo tiempo ante él una posición de neutralidad, requiere gran habilidad y experiencia; cada paciente tiene nuevas maneras de poner a prueba esa habilidad, determinando así un "ajuste" singular que constituye una variable procesal útil a los fines del pronóstico.

¿En qué medida es importante la personalidad del terapeuta para determinar el pronóstico del tratamiento de pacientes fronterizos? Es muy difícil discernir entre la influencia que ejercen las características de la personalidad del terapeuta, los factores contra-transferenciales y su técnica; en la clínica estos tres elementos aparecen íntimamente correlacionados (14, 27). Ticho (23) sostuvo que es posible diferenciar los aspectos que corresponden a la personalidad y a la contratransferencia y subrayó la importancia de la personalidad del psicoterapeuta y del analista, sobre todo en el tratamiento de pacientes fronterizos.

"Por ejemplo, ¿qué características son de desear en la personalidad de un terapeuta que ha de tratar casos fronterizos? En primer lugar, debe ser capaz de establecer una auténtica relación objetal.

La terapia de estos pacientes requiere gran seguridad en el analista; no hay duda de que si trazamos una secuencia que partiendo del tratamiento de las neurosis, pasa por el de los casos fronterizos y llega al de las psicosis, la necesidad de que el terapeuta controle su hostilidad irá en aumento a medida que la secuencia avanza en la dirección descrita. Otro factor importante es la actitud que adopta el analista ante la inevitable exoactuación del paciente; si no se preocupa al respecto, la exoactuación empeorará; si se preocupa demasiado, la estará estimulando. También es fundamental que el analista tenga un claro sentido de los valores morales; toda falta de convicción en este campo puede producir dificultades en el tratamiento; a la inversa, una actitud moralista también es perjudicial."

Refiriéndose a un grupo de analistas y terapeutas generalmente exitosos en su trabajo, Ticho (23) definió su personalidad como "discreta, modesta, no egocéntrica y con capacidad de autoaceptación". Esta descripción pone de relieve la importancia de que el terapeuta resuelva su propio narcisismo, que puede afectar sus relaciones y la efectividad de su trabajo con los pacientes. Este es quizás el aspecto más crucial de la repercusión que tiene la personalidad del terapeuta en el tratamiento de pacientes fronterizos.

Los problemas narcisistas del psicoterapeuta constituyen un factor pronóstico muy desfavorable para el tratamiento de largo plazo de estos pacientes. La gran propensión regresiva de la personalidad fronteriza, sus intensas reacciones transferenciales predominantemente negativas y las peculiares complicaciones transferenciales-contratransferenciales que surgen en el proceso terapéutico, generan una enorme tensión en el psicoterapeuta. El gran riesgo que presenta el tratamiento de pacientes fronterizos para el terapeuta cuyas tendencias narcisistas no han sido convenientemente resueltas, es la disminución de su capacidad de mantener relaciones objetales en situaciones frustrantes, fenómeno tan característico de las personalidades narcisistas.

### Resumen

Nos hemos ocupado hasta aquí del pronóstico para el tratamiento psicoterapéutico intensivo, a largo plazo, de pacientes fronterizos. Bosquejamos los elementos pronósticos inherentes a la enfermedad y la personalidad del paciente que, en síntesis, surgen de los siguientes factores: 1) el diagnóstico descriptivo del tipo de patología caracterológica predominante y la extensión de la patología yoica y superyoica puesta de manifiesto por los rasgos patológicos del carácter; 2) las manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica, en especial el grado de control sobre los impulsos, de tolerancia a la ansiedad y de capacidad de sublimación; 3) el grado de integración, abstracción y despersonificación de las estructuras superyoicas que se refleja en

la capacidad de preocupación, culpa, depresión y percepción del paciente, y la intensidad y las repercusiones estructurales de las tendencias antisociales, y 4) la cualidad de las relaciones objetales.

Destaqué que los indicadores pronósticos que surgen de los exámenes iniciales facilitan la selección para tratamiento psicoterapéutico intensivo de aquellos pacientes que más pueden beneficiarse con los limitados recursos terapéuticos disponibles. Sirven además para señalar las áreas que desde el punto de vista del pronóstico son inciertas, y que pueden entonces ser clarificadas en el curso del proceso terapéutico.

Mencioné también que el pronóstico depende además de ciertas variables procesales u operacionales, que reflejan los fenómenos o las modificaciones que se suceden como parte de la relación psicoterapéutica; por ejemplo, la medida en que los rasgos patológicos del carácter previamente sintónicos con el yo pasan a ser distónicos; el grado en que se desarrollan las capacidades de autorreconocimiento, introspección y preocupación merced a la influencia del proceso terapéutico; la medida en que el paciente logra establecer una auténtica relación objetal con su terapeuta y la medida en que llega a ser resuelta su propensión a las reacciones terapéuticas negativas.

Por último examiné la significación que en lo atinente al pronóstico tiene otra variable procesal que no depende del paciente; la pericia y la personalidad del terapeuta. Señalé que los pacientes con un yo débil requieren un terapeuta altamente capacitado, tanto para el tratamiento expresivo como para el de apoyo. Generar el monto de estructuración necesario —y no más— en las sesiones y/o en la situación extraterapéutica, conservando al mismo tiempo la neutralidad frente al paciente, es una tarea que demanda gran habilidad y experiencia por parte del terapeuta. Cada paciente tiene nuevas maneras de probar la pericia de aquél, determinando así un singular "ajuste" que constituye una variable procesal útil a los fines del pronóstico. Es muy difícil discernir entre las influencias provenientes de la personalidad del terapeuta, de su contratransferencia y de su técnica. Desde el punto de vista clínico, la personalidad del psicoterapeuta o del analista es una variable pronóstica de importancia crucial en el tratamiento de pacientes fronterizos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bion, W. (1967): *Second Thoughts Selected Papers on Psychoanalysis*. Londres, Heinemann, págs. 86-109. [Hay versión castellana: *Volviendo a pensar*. Buenos Aires, Hormé.]
2. Burstein, E., Coyne, L., Kernberg, O. y Voth, H. (1969): The quantitative study: psychotherapy outcome. En "Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of The Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project," comps. O. Kernberg, E. Burstein, L. Coyne, A. Appelbaum, L. Horwitz y H. Voth. *Bull. Menninger Clinic*, 1972, págs. 1-85.
3. Cooperman, M. (1970): Defeating processes in psychotherapy. Reported in Transactions of the Topeka Psychoanalytic Society. *Bull. Menninger Clinic*, 34, 36-38.
4. Freud, A. (1936): *The Ego and the Mechanisms of Defense*. Nueva York, International Universities Press, 1966, págs. 117-131. [Hay versión castellana: *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires, Paidós, 1977, 11ª ed.]
5. Freud, S. (1923): The ego and the id. *Standard Edition*, 19, 13-66. Londres, The Hogarth Press, 1961. [Hay versión castellana: *El yo y el ello*. *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967/68.]
6. — (1937): Analysis terminable and interminable. *Standard Edition*, 23, 216-253. Londres, The Hogarth Press, 1961. [Hay versión castellana: *Análisis terminable e interminable*. *Obras completas*. Madrid, Biblioteca Nueva, 1967/68.]
7. Frosch, J. (1964): The psychotic character: clinical psychiatric considerations. *Psychiatric Quart.*, 38, 81-96.
8. Guntrip, H. (1968): *Schizoid Phenomena, Object Relations and the Self*. Nueva York, International Universities Press, págs. 275-309.
9. Heimann, P. (1955): A combination of defence mechanisms in paranoid states. En *New Directions in Psycho-Analysis*. Londres, Tavistock Publications, págs. 240-265. [Hay versión castellana: *Una combinación de mecanismos de defensa en estados paranoides*. En M. Klein, *Obras completas*, vol. 4, Buenos Aires, Paidós, 1976.]
10. Kernberg, O. (1966): Structural derivatives of object relationships. *Internat. J. Psycho-Anal.*, 47, 236-253.
11. — (1970): A psychoanalytic classification of character pathology. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 18, 800-822.
12. — Coyne, L., Horwitz, L., Appelbaum, A. y Burstein, E. (1968): The application of facet theory and the technique of multidimensional scalogram analysis to the quantitative data. En "Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of The Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project," comps. O. Kernberg, E. Burstein, L. Coyne, A. Appelbaum, L. Horwitz y H. Voth. *Bull. Menninger Clinic*, 1972, págs. 87-178.
13. Klein, M. (1940): Mourning and its relation to manic-depressive states. En *Contributions to Psycho-Analysis 1921-1945*. Londres, The Hogarth Press, 1948, págs. 311-338. [Hay versión castellana: *El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos*. *Obras completas*, vol. 2, Buenos Aires, Paidós, 1975.]

14. Little, M. (1960): On basic unity. *Internat. J. Psycho-Anal.*, 41, 377-384; 637.
15. Luborsky, L. (1962): The patient's personality and psychotherapeutic change. En *Research in Psychotherapy, vol. 11*, comps. H. H. Strupp y L. Luborsky, Washington, D.C., Amer. Psycholog. Assn., págs. 115-133.
16. Masterson, J. F., (h.) (1967): *The Psychiatric Dilemma of Adolescence*. Boston, Little, Brown, págs. 119-134. [Hay versión castellana: *El dilema psiquiátrico del adolescente*. Buenos Aires, Paidós, 1972]
17. Pao, P. N. (1970): Comunicación personal.
18. Rapaport, D., Gill, M. M. y Schafer, R. (1945-1946): *Diagnostic Psychological Testing*. 2 vols. Chicago, Year Book Publishers, I, 16-28; 2, 24-31, 329-366.
19. Robbins, L. L. y Wallerstein, R. S. (1959): The research strategy and tactics of the psychotherapy research project of The Menninger Foundation and the problem of controls. En *Research in Psychotherapy*, comps. E. A. Rubinstein y M. B. Parloff. Washington, D.C., Amer. Psycholog. Assn., págs. 27-43.
20. Robins, L. N. (1966): *Deviant Children Grown Up*. Baltimore, Williams & Wilkins, págs. 287-309.
21. Rosenfeld, H. (1964): On the psychopathology of narcissism: a clinical approach. *Internat. J. Psycho-Anal.*, 45, 332-337.
22. — (1970): Negative therapeutic reaction. Reported in Transactions of the Topeka Psychoanalytic Society, *Bulletin of the Menninger Clinic*, 34, 189-192.
23. Ticho, E. (1972): The effects of the psychoanalyst's personality on the treatment. Vol. 4, (en prensa). *Psychoanalytic Forum*. Nueva York, International Universities Press.
24. — (en prensa). The development of superego autonomy. *Psychoanal. Rev.*
25. Wallerstein, R. S., Luborsky, L., Robbins, L. L. y Sargent, H. D. (1956): The psychotherapy research project of The Menninger Foundation: rationale, method and sample use: First Report. *Bull. Menninger Clinic*, 20, 221-278.
26. Winnicott, D. W. (1955): The depressive position in normal emotional development. *Brit. J. Med. Psychol.*, 28, 89-100.
27. — (1960): Countertransference. *Brit. J. Med. Psychol.*, 33, 17-21.
28. — (1963): The development of the capacity for concern. *Bull. Menninger Clinic*, 27, 167-176.



CAPÍTULO V  
DIAGNOSTICO DIFERENCIAL Y TRATAMIENTO

**Revisión crítica de la bibliografía reciente**

1. DIAGNÓSTICO

Los capítulos I y III contienen una revisión de la bibliografía acerca del diagnóstico y el tratamiento de los desórdenes fronterizos, por lo que me limitaré aquí a considerar los aportes más recientes a los mencionados temas.

En lo que atañe al diagnóstico de los desórdenes fronterizos, el libro de Grinker y colaboradores *The Borderline Syndrome* (15) constituye una contribución decisiva a la definición de esta entidad clínica; entre sus características generales, los autores mencionan "el encono como principal o único afecto, relaciones afectivas deficientes, falta de evidencias de la propia identidad y soledad depresiva" (pág. 176). Distinguen además cuatro subcategorías: Grupo I o "límite psicótico", caracterizado por la naturaleza inapropiada y negativista de la conducta y los afectos hacia los demás pacientes y hacia el personal del hospital; Grupo II o "síndrome fronterizo central", caracterizado por sentimientos y conducta negativistas y caóticos, actitudes contradictorias y gran propensión a la exoactuación; Grupo III o "persona 'como si', con tendencia a adaptarse y suprimir afectos con fines defensivos", caracterizado por un endeble ajuste de tipo "como si" e interacciones puestas al servicio de una adaptación superficial, pero afectivamente deficientes; y Grupo IV o "límite neurótico", caracterizado por la presencia de afectos depresivos con tendencia al aferramiento de tipo infantil.

Los autores concluyen que en general, y contrariamente a lo que ocurre en la esquizofrenia, en el síndrome fronterizo no se observan perturbaciones en los procesos intelectuales asociativos, pensamiento autista o regresivo, una típica estructura familiar con "seudorreciprocidad" o "soslayos", delirios, alucinaciones o déficit en los aspectos connotativos del lenguaje (pág. 93). Al comparar este síndrome con las neurosis, Grinker y sus colaboradores afirman que "si bien

la depresión como afecto está presente en algunas de las categorías fronterizas, no corresponde a la que se expresa en el síndrome depresivo. La depresión fronteriza es un sentimiento de soledad y aislamiento" (pág. 95).

Los autores postulan también una diferenciación entre el síndrome fronterizo y otros desórdenes de la personalidad o del carácter que, a mi juicio, no es tan satisfactoria como sus anteriores observaciones. Ponen de relieve (en mi opinión acertadamente) la tendencia de ciertos autores a usar rótulos caracterológicos diversos para referirse a pacientes que son esencialmente fronterizos, por lo cual infieren que una mejor definición del síndrome fronterizo puede contribuir a clarificar el incierto campo del diagnóstico de la patología del carácter. Quizá debido a que la investigación de Grinker y colaboradores enfocó primordialmente el comportamiento y las interacciones manifiestas de pacientes fronterizos en un encuadre hospitalario, los autores no llegaron a explorar a fondo las características estructurales subyacentes que diferencian a la personalidad fronteriza de otros tipos más benignos de patología caracterológica. No obstante esta limitación, creo que el estudio de Grinker y colaboradores es un aporte fundamental a las investigaciones tendientes a precisar el concepto de síndrome fronterizo. Werble (28) dio a conocer el seguimiento de los pacientes comprendidos en el trabajo de Grinker y colaboradores, consignando que al cabo de cinco años se habían producido muy pocos cambios individuales en el funcionamiento social de los pacientes; lograban adaptarse en ambientes muy restringidos, con escasas relaciones objetales humanas y (muy significativamente) sin presentar evidencias de esquizofrenia en el curso del seguimiento.

Varios autores contribuyeron al análisis clínico de los desórdenes fronterizos. Collum (8), que combinó los puntos de vista de Grinker y colaboradores con los que postulé en mis trabajos sobre este tema, enfatiza la importancia de la difusión de la identidad como característica de los pacientes fronterizos. Cary (7) profundizó el análisis dinámico-estructural de estos pacientes, formulando las siguientes observaciones: la "depresión" en el síndrome fronterizo está caracterizada por una sensación de futilidad y sentimientos cada vez más extendidos de soledad y aislamiento —aislamiento y actitudes de airada exigencia que difieren de la depresión neurótica y psicótica, en las que la culpa y la autodesvalorización tienen mayor participación—. Subrayó también que el distanciamiento esquizoide es una de las principales defensas de los pacientes fronterizos. En mi opinión, tanto Grinker y colaboradores como Cary abordaron sobre todo la temprana organización yoica de estos pacientes, en cuyo contexto las imágenes de sí mismo y de los objetos aún no están integradas (no habiendo llegado, por lo tanto, a la etapa de las relaciones objetales "totales"); esto explicaría la naturaleza primitiva de las reacciones depresivas, la incapacidad de experimentar plenamente pre-

ocupación y las vivencias cada vez más extendidas de vacío (véase capítulo VII).

Bergeret (3, 4) estudió los aspectos estructurales y dinámicos de los desórdenes fronterizos desde una perspectiva psicoanalítica. Después de revisar la bibliografía anglosajona y la francesa de los últimos años y de examinar material clínico, llegó a la conclusión de que el rasgo sobresaliente de estos desórdenes es el predominio de conflictos pregenitales y de primitivas características estructurales y defensivas del yo y del superyó. Enfatizó la inmadurez de las relaciones objetales del yo, afirmando por último que el síndrome fronterizo constituye una categoría psicopatológica diferente tanto de las estructuras neuróticas como de las psicóticas. Duvocelle (10) traza un panorama clínico y teórico general de la personalidad fronteriza, en el que integra los puntos de vista de Bergeret con mis propias formulaciones.

Mahler (23) sugirió recientemente que durante la subfase de reaceramiento del proceso de separación-individuación, en los niños que no han logrado la normal resolución de la crisis de reaceramiento suele aparecer una introyección "mala" que es infiltrada por los derivados de instintos agresivos y puede evolucionar hacia una escisión más o menos permanente del mundo objetal, que queda escindido en objetos "buenos" y "malos". Sostiene (pág. 413) que "estos mecanismos, la coerción y la escisión del mundo objetal, son característicos de la mayoría de los casos de transferencia fronteriza". Este fenómeno patológico contrasta con el resultado normal de la resolución de la subfase de reaceramiento, que lleva a la formación de la identidad en el tercer año de vida.

Aunque todos los autores mencionados coinciden de manera casi unánime en cuanto a las características generales descriptivas e incluso dinámico-estructurales de los desórdenes fronterizos, la bibliografía reciente no ofrece estudios pormenorizados acerca de su diagnóstico diferencial respecto de otras patologías caracterológicas por una parte, y por la otra, respecto de las reacciones psicóticas y en especial esquizofrénicas. En un trabajo (27) que pasa revista a la bibliografía referente a este tema, se llega a la conclusión de que "las conceptualizaciones y los datos más convincentes provienen de los autores que clasificaron a estos desórdenes como psicóticos, por lo cual ésta parece ser la definición más adecuada para los pacientes fronterizos" (pág. 34). Si bien este trabajo representa una concienzuda revisión de la bibliografía, en vista de los elementos de juicio considerados no coincido con sus conclusiones.

Kohut (22) se refirió a la diferenciación entre las estructuras fronterizas y las personalidades narcisistas, en tanto que por mi parte, en el capítulo IX, me ocupé de las complejas interrelaciones que existen entre ambas. En líneas más generales, intento hacer una clasificación general de la patología del carácter, en la cual los desórdenes fronterizos corresponden al nivel más regresivo (18).

Bellak y Hurvich (2) y Hurvich (16) estudiaron recientemente la evaluación de las funciones yoicas como parámetro principal del diagnóstico diferencial entre desórdenes esquizofrénicos y no esquizofrénicos. Hurvich (16) hizo un análisis exhaustivo de la función de prueba de realidad, variable importante en el diagnóstico diferencial entre desórdenes fronterizos y psicóticos (11; véase también capítulo I), tema del que me ocuparé también en este capítulo.

Además de las revisiones bibliográficas de autores ingleses y franceses, se publicaron también algunas contribuciones de autores de habla hispana (26, 25). Un libro de Arlene R. Wolberg (29) ofrece una buena reseña de la bibliografía sobre desórdenes fronterizos.

## 2. TRATAMIENTO

En la bibliografía psiquiátrica y sobre todo psicoanalítica de los últimos años ha aumentado el número de trabajos dedicados al tratamiento de las personalidades fronterizas. Tal como ocurría antes, las opiniones se dividen ante la disyuntiva de tratar a estos pacientes con terapia de apoyo, terapia expresiva de orientación psicoanalítica o psicoanálisis sin modificaciones. Parece haber disminuido el número de autores que se inclinan por la terapia de apoyo; sólo Zetzel (30) recomienda "contactos regulares pero limitados (muy ocasionalmente más de una vez por semana)" para disminuir la intensidad de las manifestaciones transferenciales y contratransferenciales; sugiere además acentuar los aspectos reales y la estructuración de las sesiones, todo lo cual en conjunto constituye un abordaje esencialmente de apoyo. La autora reconoce que (con su enfoque) "en muchos casos es necesario que el terapeuta siga estando por lo menos potencialmente a disposición del paciente durante un período de duración indeterminado". De ahí que esta terapia de apoyo, si bien permite que el paciente se adapte mejor a la realidad, puede hacer que la relación terapéutica sea interminable.

Varios autores recomendaron un procedimiento psicoanalítico modificado o psicoterapia expresiva comparable con la que propuse en el capítulo III. Frosch (12) describió el abordaje clínico de pacientes fronterizos con un procedimiento analítico modificado y más recientemente resumió (13) su estrategia terapéutica general para estos pacientes. Greenson (14) postuló un enfoque similar, ilustrando la técnica propuesta con casos clínicos. Tanto Frosch como Greenson subrayan la importancia de clarificar las percepciones del paciente durante las sesiones, así como su actitud ante las intervenciones del terapeuta. En el abordaje sugerido por ambos autores (con el que básicamente concuerdo), el terapeuta mantiene en esencia su posición de neutralidad, apartándose de ella sólo el máximo imprescindible en cada caso. Por el contrario, otros procedimientos terapéu-

ticos derivados del psicoanálisis importan modificaciones técnicas más amplias.

Así por ejemplo, Masterson (24) sugiere que "el síndrome fronterizo es el resultado de la sensación de abandono causada por el cese de suministro por parte de la madre en el momento en que el paciente intentaba separarse e individuarse. La necesidad de éste último de defenderse contra los sentimientos de abandono produce el detenimiento del desarrollo y el cuadro clínico de este síndrome" (35). Sobre esta base, Masterson concibe una psicoterapia especial específicamente orientada a "resolver la aguda crisis sintomática (la depresión de abandono), así como a corregir y reparar los defectos yoicos que se asocian con la fijación al narcisismo oral, estimulando el crecimiento a través de las fases de separación e individuación hasta llegar a la autonomía". En mi opinión, este enfoque no toma suficientemente en cuenta las diferencias entre los conflictos y las defensas generados por la fusión simbiótica (o sea la refusión patológica de imágenes de sí mismo y de los objetos) y los conflictos generados por las condiciones estructurales a que da lugar la disociación (o sea la incapacidad de integrar las imágenes de sí mismo y objetales de origen agresivo y libidinal). Tampoco hace justicia al importante papel que desempeñan los conflictos centrados en la agresión pregenital en la etiología de estos desórdenes. Por otra parte, puesto que la personalidad fronteriza abarca diversos tipos de estructuras caracterológicas, la técnica terapéutica debe tener en cuenta estas y otras características genético-dinámicas determinadas de un modo más individual.

Arlene R. Wolberg (29) sugiere que la temprana interpretación de las manifestaciones transferenciales hostiles pueden gratificar el masoquismo de los pacientes fronterizos, más que contribuir a su elaboración. Propone que los conflictos centrados en la hostilidad sean interpretados de manera indirecta, "mediante técnicas terapéuticas proyectivas" que enfoquen la expresión de estos conflictos en otros objetos. Dice que "una técnica terapéutica proyectiva permite manejar la relación con el aquí y ahora mediante el uso de 'otra persona', enfatizando los aspectos defensivos del comportamiento transferencial del 'otro' y haciendo posible que el paciente posponga el enfrentamiento personal con el terapeuta hasta que sea capaz de tolerar la ansiedad que experimenta en la relación interpersonal sin recurrir a defensas masivas. La finalidad del tratamiento es ayudar al paciente a que disminuya la formación de defensas y no obligarlo a incrementarlas a causa de un enfrentamiento prematuro". Personalmente estoy en desacuerdo con este enfoque y creo, por el contrario, que el abordaje directo pero no crítico de los aspectos positivos y negativos de la transferencia contribuye a que el paciente sienta menos temor ante su propia agresión. Muchos otros aspectos de la técnica propuesta por Wolberg coinciden con el enfoque de los demás autores que aplican un procedimiento psicoanalítico modifi-

cado. Lo mismo puede decirse, a mi juicio, del abordaje psicoterapéutico recomendado por Chessick (9).

Masterson (24) señala la necesidad de internar a ciertos adolescentes fronterizos y sugiere que su entorno debe reunir ciertas características específicas, tendientes a manejar sus defensas y conflictos (págs. 105-109). Adler (1) hizo una breve descripción de la estructura básica requerida por los pacientes fronterizos internados en servicios de terapia breve. Advirtió acerca del peligro de que la regresión incontrolada llegue a un punto tal que la actuación de conflictos en el hospital perpetúe la gratificación de las tendencias patológicas del paciente o a la inversa, que las excesivas limitaciones del encuadre oscurezcan la psicopatología del paciente. Un campo todavía casi inexplorado en la bibliografía es el del tratamiento en servicios de internación prolongada para personalidades fronterizas que no pueden ser tratadas como pacientes externos ni en servicios de internación breve.

Boyer y Giovacchini (6) se inclinan por el psicoanálisis sin modificaciones para los desórdenes esquizofrénicos y caracterológicos. Afirman que los recientes avances técnicos permiten tratar analíticamente a los individuos muy regresivos que están en condiciones de participar en un encuadre terapéutico regular como pacientes externos. Si bien en los capítulos dedicados a la patología del carácter Giovacchini no menciona específicamente los desórdenes fronterizos, se ocupa de los problemas técnicos que plantean pacientes que, a mi juicio, son fronterizos. Admite que ciertos pacientes "exoaectúan con una violencia tal que se pierde el clima de decoro necesario para el análisis y en ocasiones se hace imposible continuar el tratamiento" (pág. 258). En la práctica, Giovacchini pone límites a las exoaectuciones de los pacientes durante las sesiones y utiliza parámetros técnicos que posteriormente trata de resolver mediante la interpretación. Para ciertos casos recomienda la temporaria interrupción del tratamiento (pág. 261); dice que "hay pacientes que necesitan de alguien que maneje determinado aspecto de su caótica situación con el fin de lograr la estabilización necesaria para proseguir la terapia. Si esta tarea puede ser realizada por el propio analista conservando al mismo tiempo las condiciones requeridas por el tratamiento... es un interrogante que aún no ha hallado respuesta definitiva" (pág. 286).

Boyer (5) subraya que en el tratamiento analítico de pacientes esquizofrénicos y con graves desórdenes del carácter es importante interpretar las tendencias agresivas desde un comienzo, reiterando que con dichos pacientes es posible mantener una técnica esencialmente psicoanalítica sin modificaciones. También Paz (26) habla de la posibilidad de utilizar la técnica analítica en los casos fronterizos, y un enfoque similar se desprende de los trabajos de Khan (20, 21) acerca de las operaciones de defensa de los pacientes fronterizos esquizoides.

El estudio final de los resultados cuantitativos del Proyecto de Investigación Psicoterapéutica de la Fundación Menninger (19) reafirmó mi convencimiento de que la mayoría de los pacientes fronterizos requieren un abordaje analítico modificado, en tanto que el procedimiento analítico convencional es adecuado para una minoría de estos pacientes. En los párrafos que siguen haré un breve resumen de mis trabajos anteriores sobre la psicopatología, el diagnóstico y el tratamiento de la personalidad fronteriza, para presentar después algunos aportes clínicos referentes a las vicisitudes de la transferencia en estos casos, una estrategia terapéutica a largo plazo y el diagnóstico diferencial con respecto a la esquizofrenia.

### Resumen de trabajos anteriores

“Distorsión yoica” y “labilidad yoica” son los factores mencionados con mayor frecuencia para designar las alteraciones estructurales que plantean el problema de la eficacia del psicoanálisis en determinados casos. A todos los fines prácticos estos dos términos se aplican al mismo tipo de pacientes; la distorsión yoica se refiere a los patrones de carácter rígidos y patológicos que exhiben estos pacientes, mientras que la labilidad yoica traduce la inadecuación o la ausencia de ciertas funciones yoicas normales. Desde el punto de vista de la investigación, es preferible hablar de labilidad yoica, por las connotaciones cuantitativas de esta expresión; así, en el Proyecto de Investigación Psicoterapéutica de la Fundación Menninger se empleó este término para evaluar la relación entre las alteraciones estructurales y la inadecuación de las funciones yoicas, por una parte y por la otra, la eficacia del psicoanálisis y de la psicoterapia psicoanalítica (19). El mencionado proyecto sirvió de base para mis trabajos sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento de los desórdenes fronterizos.

En el presente capítulo, en cuyo contexto el término labilidad yoica se refiere a las alteraciones estructurales del yo derivadas de tempranas perturbaciones yoicas, estudiaré sucintamente, 1) las manifestaciones clínicas de la labilidad yoica típica de la personalidad fronteriza, 2) ciertas hipótesis sobre su origen, 3) las complicaciones a que da lugar el tratamiento analítico de pacientes con un yo débil y algunas consideraciones técnicas para la terapia de estos pacientes, y 4) ciertas condiciones que incrementan o disminuyen la analizabilidad en estos casos. Al análisis de cada uno de estos aspectos desarrollado en capítulos anteriores, agregaré nuevo material tendiente a destacar las características del diagnóstico y el tratamiento de las personalidades fronterizas. Por último, sintetizaré algunas inferencias clínicas y teóricas de la psicosis transferencial y profundizaré en el diagnóstico diferencial respecto de la esquizofrenia.

### 1. MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA PERSONALIDAD FRONTERIZA

Desde el punto de vista clínico, cuando hablamos de pacientes de personalidad fronteriza, nos referimos a aquellos que presentan serias dificultades en sus relaciones interpersonales y cierta alteración de su vivencia de la realidad, aunque conservando la prueba de realidad (véase capítulo I). Se observan en ellos rasgos caracterológicos contradictorios, una caótica coexistencia de manifestaciones directas de "contenidos del ello" en la conciencia y las defensas contra éstos, una especie de seudocomprensión de su personalidad sin verdadera preocupación o reconocimiento de sus aspectos conflictivos, ausencia de una identidad definida y falta de comprensión profunda respecto de otras personas. Estos pacientes utilizan operaciones de defensa primitivas en lugar de la represión y otros mecanismos afines y, sobre todo, exhiben una recíproca disociación entre estados yoicos contradictorios, que refleja lo que podría denominarse una persistencia "no metabolizada" de tempranas relaciones objetales internalizadas patológicas. Presenta también manifestaciones "inespecíficas" de labilidad yoica; la calificación de "inespecíficas" se refiere a la falta de control sobre los impulsos, la intolerancia a la ansiedad, la falta de capacidad de sublimación y la presencia del pensamiento del proceso primario, indicando que estas manifestaciones reflejan una inadecuación general de ciertas funciones yoicas normales. Por el contrario, las primitivas defensas de estos pacientes y los rasgos patológicos y contradictorios de su carácter constituyen manifestaciones "específicas" de labilidad yoica; en pocas palabras, representan formaciones transaccionales activas y altamente individualizadas de impulsos y defensas.

### 2. HIPÓTESIS ACERCA DEL ORIGEN DE LA LABILIDAD YOICA

El yo temprano debe cumplir dos tareas esenciales en rápida sucesión: 1) la diferenciación entre imágenes de sí mismo e imágenes objetales y 2) la integración de imágenes de sí mismo y de los objetos, de origen libidinal y agresivo.

La primera tarea se cumple en parte merced al desarrollo de las funciones de la autonomía primaria; la percepción y las huellas mnésicas contribuyen a discriminar el origen de los estímulos y a diferenciar poco a poco las imágenes de sí mismo de las objetales. Esta primera tarea fracasa en gran medida en las psicosis, en las cuales la patológica fusión de las mencionadas imágenes causa la indefinición de los límites yoicos y la concomitante falta de diferenciación entre sí-mismo y no-sí-mismo. Por el contrario, la personalidad fronteriza alcanza un suficiente grado de discriminación entre las imágenes de sí mismo y las objetales, como para permitir la



integración de los límites yoicos y, en consecuencia, la diferenciación entre sí mismo y los demás.

En cambio, la segunda tarea, o sea la integración de imágenes de sí mismo y de los objetos constituidas bajo la influencia de derivados de instintos libidinales y sus afectos afines con las correspondientes imágenes de sí mismo y de los objetos constituidas bajo la influencia de derivados de instintos agresivos y sus afectos afines, fracasa en gran medida en los pacientes fronterizos, fundamentalmente debido al predominio patológico de la agresión pregenital. La consecuente falta de síntesis de las imágenes contradictorias de sí mismo y de los objetos obstaculiza la integración del concepto de sí mismo y el establecimiento de la constancia objetal o la capacidad de formar relaciones objetales "totales". Pasaré a analizar estas hipótesis en detalle.

Una madre suficientemente buena es aquella capaz de despertar, estimular y complementar funciones yoicas que aún no se han desarrollado en el bebé. Por ejemplo, el manejo intuitivo de éste por parte de su madre permite el temprano reconocimiento de fuentes de dolor, temor y frustración, además de ofrecer un óptimo nivel de experiencias placenteras y gratificantes al satisfacer las necesidades básicas del bebé. En el plano intrapsíquico, esto significa que en el bebé se forma una vivencia central de satisfacción y placer, poderosamente reforzada por los afectos placenteros así puestos en acción y también, de manera gradual, por las percepciones propioceptivas y heteroceptivas ligadas con dichas experiencias. A partir de este núcleo se forma la básica imagen fusionada sí-mismo—madre, que a su vez da nacimiento a la confianza básica; ésta importa el reconocimiento y más tarde la anticipación de una relación madre-hijo placentera. La perturbación yoica básica radica en la incapacidad de constituir con suficiente firmeza una imagen fusionada sí-mismo—objeto "totalmente buena" u "objeto interno bueno".

La buena imagen sí-mismo—objeto de origen libidinal permite atenuar o neutralizar la ansiedad y la desorganización causadas por la excesiva frustración, a partir de la cual se forman las "malas" imágenes fusionadas sí-mismo—objeto. La normal relación con la madre refuerza y a la vez depende de la constitución de esta buena imagen interna sí-mismo—objeto.

Las frustraciones graves y el consecuente predominio de las imágenes fusionadas sí-mismo—objeto "totalmente malas" y de origen agresivo pueden dificultar la siguiente etapa del desarrollo, o sea la gradual discriminación entre los componentes de sí mismo y los objetales en el contexto de la buena imagen de sí-mismo—objeto. Como lo señala Jacobson (17), la refusión de primitivas imágenes totalmente buenas de sí mismo y de los objetos, a modo de defensa contra el exceso de rabia y frustración, es el prototipo de lo que constituye, cuando se prolonga más allá de las primeras etapas del desarrollo infantil, una identificación psicótica.

Cuando se ha llegado a la discriminación entre las imágenes de sí mismo y las objetales en el área de los núcleos yoicos de origen libidinal y más tarde en los de origen agresivo, se ha cumplido un paso crucial que marca la diferencia entre las futuras estructuras yoicas psicóticas y no psicóticas. El siguiente paso consiste en la integración gradual de imágenes contradictorias de sí mismo (es decir de origen libidinal y agresivo), con la cristalización de un sí-mismo central rodeado —por decirlo así— de imágenes objetales también integradas (en el sentido de integrar representaciones objetales buenas y malas relacionadas con los mismos objetos externos). Es a esta altura que comienza a desarrollarse la tolerancia a la ambivalencia. Cumplida esta etapa, la imagen integrada de sí mismo o concepto de sí mismo se vincula con las imágenes objetales integradas y se produce además una permanente reforma y reconfirmación tanto del concepto de sí mismo como de las imágenes objetales, en virtud de los mecanismos de proyección e introyección ligados con relaciones interpersonales reales con la madre y las restantes personas que rodean al niño.

El concepto integrado de sí mismo y las representaciones objetales integradas vinculadas con aquél constituyen la identidad del yo en su sentido más amplio. A su vez, la identidad yoica estable se transforma en un factor crucial de la estabilidad, la integración y la flexibilidad del yo, y estimula además el pleno desarrollo del nivel superior de las funciones superyoicas (abstracción, despersonificación e individualización del superyó).

La falta de integración de las imágenes de sí mismo y de los objetos de origen libidinal y agresivo es la principal causa de las perturbaciones yoicas no psicóticas que, a su vez, ponen límites a la analizabilidad. Esa falta de integración deriva del patológico predominio de las imágenes de sí mismo y de los objetos de origen agresivo y de la consecuente ausencia de un núcleo yoico suficientemente fuerte constituido alrededor de la buena imagen de sí-mismo—objeto originalmente fusionada. Sin embargo, en contraste con los desórdenes en los cuales las imágenes de sí mismo no están diferenciadas de las objetales (psicosis), en los casos de distorsión yoica generalmente designados como desórdenes fronterizos existe suficiente diferenciación entre dichas imágenes como para permitir una precisa definición de los límites yoicos. El problema radica en que las imágenes de sí mismo y objetales de origen agresivo y las imágenes de sí mismo y objetales totalmente buenas y defensivamente idealizadas son tan intensas que su integración se hace imposible. Conciliar imágenes de sí mismo y de objetos significativos radicalmente opuestas, unas cargadas de amor y otras de odio, desencadenaría un monto intolerable de ansiedad y culpa, debido al peligro que ello encerraría para las relaciones con los objetos buenos internos y externos; se produce por lo tanto una activa separación de carácter defensivo entre las imágenes contradictorias de sí mismo

y de los objetos; en otras palabras, la disociación o escisión primitiva se convierte en la principal operación de defensa.

La falta de integración de las representaciones de sí mismo y objetales es en un primer momento una característica normal del desarrollo temprano, pero más tarde es utilizada para separar estados yoicos contradictorios. En efecto, la escisión importa una activa separación de carácter defensivo entre estados yoicos recíprocamente incompatibles. Las primitivas maniobras de defensa ligadas con la escisión (negación, idealización primitiva, omnipotencia, proyección e identificación proyectiva) al tiempo que la refuerzan, protegen al yo contra conflictos intolerables entre amor y odio a costa de sacrificar su creciente integración. En la clínica, el niño que ha de transformarse en paciente fronterizo vive de momento a momento cortando activamente las conexiones emocionales entre experiencias afectivas con objetos significativos de su entorno inmediato que, de no ser disociadas, resultarían caóticas y contradictorias provocándole gran frustración y temor.

Estas primitivas operaciones de defensa destinadas a proteger al yo contra los conflictos intolerables y la concomitante patología de las relaciones objetales internalizadas, tienen consecuencias estructurales muy significativas. En primer lugar, el concepto de sí mismo no llega a integrarse, dando lugar al síndrome de difusión de la identidad, y surge una crónica tendencia a depender excesivamente de objetos externos, con el fin de lograr cierta continuidad de acción, pensamiento y sentimiento en la relación con ellos. En segundo lugar, se desarrollan rasgos caracterológicos contradictorios que representan imágenes contradictorias de sí mismo y de los objetos, lo cual aumenta el caos de los vínculos interpersonales del futuro paciente fronterizo. En tercer término, la integración del superyó sufre los efectos de la ausencia de la función orientadora que cumple una identidad yoica integrada, viéndose obstaculizada por las contradicciones existentes entre imágenes objetales totalmente buenas y excesivamente idealizadas y precursores superyoicos totalmente malos y sádicos en extremo. En consecuencia, no se cumplen las funciones superyoicas que normalmente facilitarían la integración del yo, acentuándose por lo tanto los efectos patológicos de la excesiva reproyección de núcleos superyoicos bajo la forma de tendencias paranoides. En cuarto lugar, la carencia de representaciones objetales integradas impide la profundización de la empatía hacia los demás como individuos por derecho propio; la falta de integración del concepto de sí mismo obstaculiza también la plena comprensión emocional de los otros seres humanos, interfiriendo con el desarrollo de la constancia objetal y de la capacidad de formar relaciones objetales totales. En quinto lugar, los aspectos inespecíficos de la fortaleza yoica (tolerancia a la ansiedad, control sobre los impulsos, capacidad de sublimación) sufren los efectos de la precaria integración del yo y del superyó. La fortaleza yoica depende de la neutralización de la

energía instintiva, que tiene lugar esencialmente en el contexto de la integración de las imágenes de sí mismo y de los objetos, de origen libidinal y agresivo.

### 3. COMPLICACIONES DEL ANÁLISIS DE PACIENTES DE PERSONALIDAD FRONTERIZA Y OBSERVACIONES TÉCNICAS APLICABLES A SU TRATAMIENTO

En los casos en que el yo del paciente es débil, los tempranos conflictos primitivos no están reprimidos; la recíproca disociación consciente entre contenidos primitivos contradictorios reemplaza a la represión y la normal organización "resistencia frente a contenido" de las defensas y los impulsos. El reconocimiento consciente del material primitivo no refleja comprensión sino el predominio de mecanismos disociativos —un conjunto de operaciones de defensa diferentes de las centradas en la represión que se observan en los pacientes neuróticos—.

Asimismo, el déficit de las manifestaciones inespecíficas de fortaleza yoica limita la tolerancia necesaria para el mayor reconocimiento de los conflictos durante el tratamiento y provoca excesivas tendencias a la exoactuación.

Además, la indefinición del concepto de sí mismo y la falta de discriminación e individualización de los objetos interfieren con la diferenciación entre vínculos objetales presentes y pasados. Transferencia y realidad se confunden y debido al predominio de la proyección primitiva, el paciente no diferencia al analista del objeto transferencial. Por otra parte, la incapacidad de ver al analista como objeto integrado por derecho propio y el patológico incremento de la proyección alternada de imágenes de sí mismo y de los objetos (que permite el intercambio de los roles recíprocos en la transferencia) debilitan los límites yoicos y dan lugar a la psicosis transferencial.

Por último, la relación terapéutica reemplaza con frecuencia a la vida cotidiana del paciente, porque las posibilidades de gratificación y protección que ofrece intensifican las exoactuaciones y la tendencia a satisfacer primitivas necesidades patológicas en la transferencia.

Esta síntesis refleja la típica estructura de la personalidad fronteriza, así como las típicas dificultades terapéuticas que presentan estos pacientes. Aunque algunos autores opinan que en condiciones como las descritas es posible y conveniente llevar a cabo un psicoanálisis convencional, otros, entre los cuales me incluyo, cuestionan esta posibilidad. Sin embargo, la terapia que sugiero como ideal para estos pacientes es un procedimiento derivado del psicoanálisis que pone el acento en la interpretación de las resistencias y de la transferencia y en el mantenimiento de una posición esencialmente neutral por parte del analista.

Los requisitos técnicos que propuse para la psicoterapia psicoanalítica de los pacientes fronterizos son los siguientes (véase capítulo III): 1) elaboración sistemática de la transferencia negativa en el "aquí y ahora" únicamente, sin tratar de llegar a reconstrucciones genéticas completas; 2) interpretación de las constelaciones defensivas a medida que se manifiestan en la transferencia negativa; 3) fijación de límites con el fin de bloquear la exoactuación de la transferencia y estructuración de la vida del paciente fuera de las sesiones en la medida necesaria para proteger la neutralidad del analista; 4) no interpretación de los aspectos más moderados y de origen menos primitivo de la transferencia positiva, con el propósito de favorecer el gradual desarrollo de la alianza terapéutica.

#### 4. CIRCUNSTANCIAS QUE FAVORECEN O LIMITAN LA ANALIZABILIDAD

El mejor o peor pronóstico del psicoanálisis en el contexto de las graves distorsiones yoicas de la personalidad fronteriza depende de las condiciones estructurales que complican el cuadro de estos pacientes y que a su vez derivan en buena medida de las vicisitudes de las relaciones objetales internalizadas (véanse capítulos IV VIII y IX).

Cuando el superyó del paciente fronterizo ha llegado a un cierto nivel de integración, abstracción y despersonalización, tiene la fortaleza necesaria para estimular la integración del yo en general, compensando así la falta de integración del concepto de sí mismo (difusión de la identidad). Algunas personalidades infantiles llegan a desarrollar sistemas de valores internalizados sorprendentemente buenos; son capaces de identificarse con pautas éticas, profesionales y/o artísticas trascendiendo sus propias necesidades, y demuestran poseer integridad personal en el manejo de esos valores. Aunque la inteligencia y las dotes naturales pueden tener una participación considerable en esta situación, más importante aún parece ser la posibilidad de que en el momento culminante del desarrollo de las estructuras superyoicas más avanzadas (entre los cuatro y los seis años y/o durante toda la adolescencia) el individuo pueda contar con relaciones objetales que no estén controladas por completo por sus primitivos conflictos y que permitan una integración más armónica de las demandas y prohibiciones superyoicas reales. La honestidad y la integridad, en la acepción habitual de estos términos, constituyen también factores pronósticos valiosos que hablan en favor de la posibilidad de que las personalidades infantiles y otros tipos de pacientes fronterizos reciban tratamiento psicoanalítico sin modificaciones.

Un elemento pronóstico negativo que complica el cuadro de las personalidades fronterizas es la fusión patológica de imágenes "totalmente buenas" de sí mismo con tempranas imágenes ideales de sí mismo y de los objetos. Esta fusión de todos los aspectos "buenos"

de las relaciones objetales internalizadas se cristaliza en un concepto de sí mismo idealizado y muy irreal que, en presencia de determinadas circunstancias (un inusual talento, belleza física, inteligencia) se ve reforzado por la realidad y, paradójicamente, promueve una mejor adaptación a lo "especial" en el plano real. Este fenómeno es característico de la personalidad narcisista (véanse capítulos VIII y IX); en tales circunstancias el funcionamiento social puede mejorar en gran medida, pero a costa de la pérdida de la normal diferenciación entre sí-mismo e ideal del yo (es decir, a costa de una estructura superyoica fundamental). Las graves deficiencias del superyó son típicas de las personalidades narcisistas y comprometen su analizabilidad.

Es obvio destacar que la idealización del concepto de sí mismo impone una activación aún más intensa de las primitivas operaciones de defensa, para negar y proyectar los propios aspectos malos y desvalorizados; a su vez estas defensas perpetúan la falta de integración del concepto de sí mismo en el plano real. La gravedad de la psicopatología subyacente en los pacientes narcisistas suele quedar disimulada por la mejora que experimenta su funcionamiento en un nivel superficial; en consecuencia es posible que transcurran años de tratamiento psicoanalítico sin lograr modificación alguna. No obstante ello, menciono en otro lugar la conveniencia de que estos pacientes sean tratados con psicoanálisis, describiendo las condiciones técnicas especiales que requiere su tratamiento (véase capítulo VIII).

Un factor pronóstico especialmente desfavorable tanto para el psicoanálisis como para la psicoterapia psicoanalítica es el desarrollo, dentro de la estructura caracterológica de los pacientes fronterizos, de una identificación con primitivos precursores superyoicos de tipo marcadamente sádico. En tales circunstancias la destructividad y autodestructividad primitivas son incorporadas a la estructura yoica, quedan sancionadas por el superyó y permiten la directa manifestación de los impulsos agresivos en condiciones que representan una seria amenaza a la vida física y psíquica de los pacientes. La autodestrucción, que originalmente expresaba la primitiva agresión pregenital, puede convertirse en un ideal del yo, gratificando la sensación de omnipotencia del paciente, en la medida en que la frustración y el sufrimiento dejan de inspirarle temor (puesto que el sufrimiento en sí mismo es ahora motivo de goce). La agresión no se manifiesta sólo como destructividad indiscriminada, sino también como destructividad selectiva hacia aquellos de quienes depende la gratificación (y la posibilidad de progreso) del paciente. Por lo tanto, éste envidia sobre todo a las personas de quienes depende, porque estos objetos poseen un sentido intrínseco de amor y demuestran la intención de ofrecer bondad a los demás, incluyendo al paciente. Desde el punto de vista del pronóstico, estos pacientes presentan el tipo más desfavorable de identificación con el agresor (véase capítulo IV).

### Otras consideraciones acerca del tratamiento

#### 1. INTERPRETACIÓN DE LA TRANSFERENCIA, REGRESIÓN Y RECONSTRUCCIÓN

Quisiera señalar ahora otros aspectos del tratamiento de estos pacientes: en primer lugar, es necesario recordar que la labilidad yoica no refleja la ausencia de una sólida organización defensiva del yo, sino la presencia muy activa de una rígida constelación de defensas primitivas; los efectos de estas defensas contribuyen a producir y perpetuar la labilidad yoica. En segundo término, más que tratar de reforzar las maniobras defensivas más elaboradas u ofrecer un apoyo directo a la adaptación del paciente, es conveniente interpretar de manera sistemática las defensas primitivas, sobre todo a medida que se manifiestan en la transferencia, ya que esa interpretación permite que se reanude el crecimiento yoico y que entren en acción las defensas de nivel superior. Tercero, las interpretaciones deben ser formuladas de modo tal que sea posible examinar al mismo tiempo y sistemáticamente las distorsiones que hace el paciente de la intervención del analista y de la realidad presente y, en especial, clarificar sus percepciones durante la sesión. Este esclarecimiento no significa que el analista deba hacer sugerencias, ni dar consejos, ni poner en conocimiento del paciente sus asuntos personales, sino explicar con claridad la manera en que ve la interacción "aquí y ahora" entre ambos, contrastándola con la manera en que supone que el paciente está interpretando dicha interacción. El esclarecimiento de las percepciones y de la relación del paciente con la interpretación, es por lo tanto parte importante de un abordaje esencialmente interpretativo que apunta a analizar de manera sistemática la constelación de defensas primitivas a medida que éstas se expresan en la transferencia.

Ocurre a menudo en etapas avanzadas del tratamiento de pacientes fronterizos que las circunstancias traumáticas que el paciente relató en un principio resultan ser ficticias, en tanto que salen a la luz otras interacciones con sus padres, éstas sí reales y crónicamente traumatizantes, de las cuales aquél nunca estuvo consciente hasta entonces. Las influencias más perjudiciales suelen ser aquellas que el paciente vivió como algo ordinario y su eliminación significa para él una asombrosa apertura de nuevas perspectivas en la vida. El siguiente caso ilustra la conexión entre la distorsión de la realidad presente y la distorsión del pasado en la transferencia de un paciente fronterizo, y la necesidad de esclarecer sus percepciones durante las sesiones.

Una paciente recordaba haber tenido contacto físico íntimo con ambos padres, lo cual equivalía para ella, a una orgía familiar compartida. Poco a poco fue reconociendo el carácter fantástico de estos recuerdos, pero más tarde le vinieron a la memoria otras experien-

cias que no había relatado antes porque no le parecían algo que saliera de lo común. La paciente reaccionaba con enojo cada vez que el analista decía no haber comprendido alguna de sus comunicaciones verbales o no verbales. Simplemente no le creía; estaba convencida de que el analista podía leerle la mente y que fingía no haberle entendido para hacerla enojar. Después de explorar a fondo su suposición de que el analista podía leer su mente, recordó que la madre había afirmado poseer esta facultad. La paciente vivía su rechazo de las interpretaciones que le parecían falsas como una rebeldía contra su madre. La implícita omnipotencia de ésta, su intrusión sádica, la pasiva aceptación por parte de la paciente de este estilo de comunicación durante la infancia y la adolescencia y el uso omnipotente que secundariamente le daba a este patrón, resultaron ser el reflejo de aspectos reales y muy traumáticos de su infancia. Una vez elaboradas en la transferencia las fantásticas experiencias con sus padres —y las defensas contra las mismas— la paciente pudo percibir los aspectos más reales de la relación terapéutica. Tomó conciencia de las verdaderas interacciones patológicas con sus padres, que hasta entonces le habían parecido naturales

A propósito de este caso, deseo subrayar que la perturbación de la prueba de realidad de la paciente estaba ligada a un doble estrato de fenómenos transferenciales: a) la transferencia marcadamente distorsionada (por momentos de tipo casi psicótico) que reflejaba relaciones fantaseadas con objetos internos, derivadas de tempranas perturbaciones yoicas, y b) la transferencia más "real" ligada con experiencias verdaderas —es decir, con las muy inadecuadas interacciones entre la paciente y sus padres—.

La interpretación de las defensas primitivas, a medida que éstas se activan en la relación terapéutica, es capaz de producir una mejora inmediata y sorprendente en el funcionamiento psicológico del paciente, hasta tal punto que se presta para ser utilizada en el proceso diagnóstico para la diferenciación entre pacientes fronterizos y psicóticos. La sistemática indagación de las defensas primitivas, como por ejemplo mediante la interpretación de los mecanismos de escisión observados en la sesión, tenderá a mejorar de manera inmediata el funcionamiento del paciente fronterizo, en tanto que en el psicótico incrementará la regresión hacia la sintomatología psicótica manifiesta. Los siguientes ejemplos ilustran la mejora y la regresión producidas en cada caso en el curso del estudio diagnóstico.

En el hospital tuve oportunidad de examinar a una estudiante universitaria, soltera, de veinte años; mostraba un comportamiento extraño, casi atípico, gestos teatrales y estallidos emocionales; había manifestado ideas suicidas y tanto sus relaciones sociales como su rendimiento académico habían sufrido un deterioro. El diagnóstico inicial había sido de personalidad histérica. Se interesaba mucho en asuntos sociales y políticos y lamentaba tener que estar en el hospital. Sin embargo, demostraba al mismo tiempo una total indi-



ferencia cuando se hablaba de sus fantasías de suicidio; actuaba como si estuviese amodorrada o drogada, no disimulaba el hastío que le provocaban las entrevistas y lamentaba su incapacidad para tomar decisiones acerca de ella misma. Le señalé la manera en que desplazaba su preocupación por sí misma hacia los problemas sociales y políticos, su manifiesta desvalorización del entrevistador y el modo en que conseguía evadir la autorresponsabilidad, disociando la preocupación por sí misma de su comportamiento caótico y despreocupado, con el que buscaba obligar a los demás a hacerse cargo de ella.

Desde el punto de vista técnico, interpreté las primitivas operaciones de defensa (escisión, negación, omnipotencia, desvalorización) a medida que éstas se pusieron en evidencia en el "aquí y ahora" de la interacción conmigo. En el curso de las entrevistas, la paciente pasó de mostrar un comportamiento casi psicótico a actuar como una persona neurótica, muy ansiosa, pero perceptiva y capaz de pensar. El diagnóstico final fue de personalidad infantil con características fronterizas.

A diferencia del caso anterior, examiné a otra estudiante de *college*, también soltera y de poco más de veinte años, cuyo diagnóstico inicial era de neurosis obsesivo-compulsiva, con probable funcionamiento fronterizo. Toda la interacción estuvo ocupada por consideraciones altamente teóricas y filosóficas; las tentativas de examinar material emocional más personal sólo conseguían intensificar el carácter abstracto de los comentarios. Traté de interpretar a la paciente la función evitativa que cumplían sus teorizaciones, e indagué algunas de las experiencias emocionales que ella expresaba en términos teóricos y filosóficos. Le señalé también la posibilidad de que, ante el excesivo impacto que le causaban aquellas experiencias, buscara protegerse mediante el relativo distanciamiento que le ofrecían sus teorizaciones. Por ejemplo, al analizar sus desdichadas relaciones con un amigo, la paciente entró a debatir las teorías teológicas acerca de la culpa, en tanto que por mi parte le hice notar que quizá le resultaba demasiado duro indagar la culpa que aquella relación pudo provocarle. Cuando le puntalicé sus maniobras defensivas, la paciente se mostró más perturbada; manifestó su desconfianza sin rodeos y se acentuó su tendencia a las abstracciones. Hacia el final de las entrevistas hubo evidencias directas de un desorden formal del pensamiento y eventualmente se confirmó el diagnóstico de reacción esquizofrénica.

De las observaciones anteriores se desprende lo siguiente: 1) La interpretación de las defensas predominantes en los pacientes fronterizos puede fortalecer el funcionamiento yoico, mientras que en los psicóticos tiende a incrementar la regresión; 2) existe una íntima conexión entre la prueba de realidad, la eficacia de las operaciones de defensa y la inmediata interacción interpersonal.

El hecho de que la interpretación de las defensas incremente la

regresión de los individuos psicóticos no significa que con ellos se deban descartar los abordajes interpretativos. Significa más bien que esos abordajes requieren ciertas modificaciones de la técnica analítica que determinan la contraindicación tanto del psicoanálisis como del procedimiento modificado propuesto para los pacientes fronterizos. El paciente psicótico, con su típico desvanecimiento de la discriminación entre imágenes de sí mismo y de los objetos y la concomitante pérdida de los límites yoicos, utiliza también la escisión y otras defensas primitivas, pero lo hace para mantener una adaptación superficial ante las primitivas amenazas de sumergimiento total o disolución del yo. Su problema no radica en conservar una total separación entre odio y amor, sino en evitar que se intensifique el reconocimiento de los afectos, puesto que la misma intensidad de cualquier relación emocional es capaz de desencadenar la refusión de imágenes de sí mismo y de los objetos. De ahí que la interpretación de sus defensas primitivas puede acentuar la pérdida de la prueba de realidad y producir una regresión psicótica.

Las primitivas operaciones de defensa, en particular las modalidades patológicas de escisión y proyección, que causan la total dispersión del reconocimiento emocional, protegen la precaria adaptación social del paciente psicótico, oscureciendo así la subyacente falta de diferenciación entre sí mismo y objeto. La psicoterapia intensiva de estos pacientes pone el acento en esta fusión entre sí mismo y objeto y requiere un enfoque terapéutico que difiere del propuesto para los desórdenes fronterizos.

La psicoterapia psicoanalítica intensiva del paciente psicótico, y en especial del esquizofrénico, hace necesario que el analista sea capaz de tolerar las fuertes reacciones contratransferenciales desencadenadas por las vivencias de fusión del paciente en la transferencia. El terapeuta debe obtener el máximo provecho de su contratransferencia para comprender lo que siente el paciente, debe transmitirle esa comprensión mediante comunicaciones verbales, en cuyo contexto irá definiendo poco a poco las implícitas diferencias existentes entre las vivencias de aquél y su propia realidad, así como entre el pasado y el presente del paciente en la transferencia. Por el contrario, al tratar pacientes fronterizos, el terapeuta debe interpretar los primitivos mecanismos proyectivos, en especial la identificación proyectiva, que contribuyen en buena medida a la proyección alternada de imágenes de sí mismo y de los objetos y, por lo tanto, al desvanecimiento de los límites entre lo que es "adentro" y "afuera" en la vivencia del paciente de sus interacciones con él. En el caso de estos pacientes es importante controlar las exoactuaciones transferenciales y la excesiva gratificación de primitivas necesidades emocionales en la transferencia, conservando al mismo tiempo la esencial neutralidad del terapeuta.

Los comentarios siguientes con que cierro este apartado, se refieren de manera específica a los pacientes fronterizos. La elabo-

ración del nivel primitivo de las relaciones objetales internalizadas que se activan en la transferencia permite un progreso gradual hacia un nivel superior caracterizado por vínculos objetales más realistas ligados con experiencias reales de la infancia. Para que sea posible rectificar el distorsionado funcionamiento yoico, el paciente debe llegar a aceptar en algún momento las muy reales y serias limitaciones de lo que la vida le ofreció en sus primeros años de vida. Es en este punto donde convergen la aceptación de las falencias físicas y psicológicas. Probablemente es tan difícil para el paciente fronterizo aceptar la realidad del fracaso ocurrido en sus primeros años, como lo es para el paciente con un defecto físico congénito o de temprano origen reconocer y aceptar ese defecto haciendo el correspondiente duelo. El individuo fronterizo necesita llegar a aceptar el fracaso de sus padres —no el fracaso monstruoso y distorsionado que reflejaban las fantasías del comienzo del tratamiento, sino fracaso en el simple sentido humano de no haber sabido dar y recibir amor, ofrecer consuelo y comprensión, y dejarse guiar por la intuición para prestar ayuda en el momento en que el bebé o el niño estaba en problemas—. Necesita además renunciar a las fantasías idealizadas e irreales con las que busca proteger las perfectas relaciones del pasado con sus padres. Para el paciente fronterizo, separarse verdaderamente de los padres es una experiencia mucho más difícil y atemorizante que para los pacientes neuróticos. Asimismo, debe elaborar las correspondientes idealizaciones y expectativas mágicas en el plano de la transferencia, aprendiendo a aceptar al analista como persona real, con las limitaciones inherentes a todo ser humano. Este penoso proceso de aprendizaje se cumple mediante el eventual análisis de parámetros técnicos o mediante una indagación realista de las modificaciones técnicas introducidas y de las causas por las que el analista las empleó. Para llegar a avenirse a las graves falencias de su pasado, el paciente debe ser capaz de hacer el correspondiente duelo y elaborarlo; debe aceptar la individualidad de su situación y el hecho de que a causa de ésta quizá nunca llegue a igualar los logros de otras personas. Es dable esperar que esta capacidad se desarrolle en el curso del tratamiento, pero no es fácil predecir hasta qué punto lo hará.

## 2. PSICOSIS TRANSFERENCIAL

Señalé antes que la indefinición del concepto de sí mismo y la falta de diferenciación e individualización de los objetos, interfieren con la discriminación entre relaciones objetales presentes y pasadas y contribuyen al desarrollo de la psicosis transferencial. Esta constituye una complicación típica del tratamiento de pacientes de personalidad fronteriza. La psicosis transferencial del paciente fronterizo y la transferencia psicótica característica del individuo psicótico en

tratamiento intensivo comparten ciertos rasgos similares y a la vez presentan ciertas diferencias.

Respecto de las semejanzas, cabe mencionar las siguientes: 1) En ambos casos se produce una pérdida de la prueba de realidad y pensamientos delirantes vinculados con el terapeuta, con posible aparición de alucinaciones o pseudoalucinaciones durante las sesiones. 2) Prevalecen en la transferencia vínculos objetales primitivos de carácter fantástico, caracterizados por múltiples imágenes de sí mismo y de los objetos; en otras palabras, fantasías cuya estructura refleja los niveles más tempranos de relaciones objetales internalizadas que representan un estrato mental más profundo que los vínculos diádicos o edípico-trianguulares típicos de la neurosis transferencial. En efecto, en la neurosis transferencial de pacientes con una psicopatología más benigna, que se desarrolla en el contexto de un yo y un superyó integrados, predominan representaciones internalizadas de sí mismo y de los objetos más realistas y correspondientes a una etapa ulterior, que reflejan de manera más fidedigna interacciones pasadas con los padres. 3) Tanto en los casos fronterizos como en los psicóticos se activan en la transferencia reacciones afectivas de carácter primitivo y abrumador y el paciente pierde la sensación de poseer una identidad independiente de la del terapeuta.

Las diferencias entre la psicosis transferencial de pacientes fronterizos y la transferencia psicótica de pacientes psicóticos, sobre todo esquizofrénicos, en psicoterapia intensiva son las siguientes:

1) En los pacientes fronterizos, la pérdida de la prueba de realidad no afecta demasiado el funcionamiento del paciente fuera del encuadre terapéutico. En efecto, es posible que durante varios días, e incluso meses, aparezcan en ellos durante las sesiones ideas delirantes o un comportamiento psicótico, sin que esas mismas manifestaciones se presenten fuera de las sesiones. Además, la psicosis transferencial de estos pacientes responde muy bien al tratamiento bosquejado antes. Por el contrario, la transferencia psicótica de los individuos esquizofrénicos refleja la pérdida generalizada de la prueba de realidad y la naturaleza psicótica de sus pensamientos, su conducta y sus manifestaciones afectivas fuera del tratamiento. El distanciamiento inicial del paciente psicótico suele traducirse en su comportamiento psicótico durante las sesiones, que no difiere demasiado de su conducta también psicótica fuera del encuadre terapéutico. Por lo general, a estos pacientes les lleva mucho tiempo desarrollar la particular e intensa relación emocional que establecen con el terapeuta y que es distinta de todas sus restantes interacciones; cuando por fin esto ocurre, la transferencia psicótica adquiere características muy diferentes de las de los individuos fronterizos, tal como lo veremos en el próximo apartado.

2) Los pacientes psicóticos, en especial en las etapas más avanzadas del desarrollo de su transferencia psicótica, experimentan vivencias de fusión con el terapeuta, merced a las cuales tienen la

sensación de poseer una identidad común con aquél. A diferencia de los pacientes fronterizos, esta confusión de la identidad en la transferencia no se debe a la rápida oscilación de la proyección de imágenes de sí mismo y del objeto (de manera tal que en el contexto de las relaciones objetales activadas se produce una rápida alternancia en la actuación de los roles recíprocos por parte del paciente y del terapeuta), sino a la refusión de imágenes de sí mismo y del objeto, que hace desaparecer la separación entre sí-mismo y no—sí-mismo; este fenómeno refleja la regresión a un período más primitivo de fusión simbiótica entre el sí-mismo y el objeto. En cambio, los pacientes fronterizos, aun durante la psicosis transferencial, experimentan algún tipo de límite entre ellos y el terapeuta; es como si en todo momento conservaran la sensación de ser diferentes de aquél pero en determinada circunstancia intercambiaran aspectos de sus respectivas personalidades. Los pacientes psicóticos, por el contrario, tienen la permanente sensación de ser uno con el terapeuta; esta sensación oscila entre la atemorizante experiencia de una agresión encarnizada y un confuso sumergimiento (sin diferenciar quién sumerge y quién es el sumergido) y una exaltada y mística vivencia de unicidad, bondad y amor. En síntesis, el desvanecimiento de los límites yoicos, la pérdida de la prueba de realidad y la formación de delirios en la transferencia psicótica están determinados por mecanismos diferentes, según se trate de pacientes fronterizos o psicóticos.

### **Diagnóstico diferencial entre la esquizofrenia y los desórdenes fronterizos**

En las primeras etapas de la evaluación de un paciente muchas veces debemos hacer un cuidadoso diagnóstico diferencial entre esquizofrenia y desórdenes fronterizos, tarea que adquiere especial importancia debido a las diferencias que estas entidades determinan en cuanto a pronóstico y tratamiento. La experiencia me ha llevado a ser optimista respecto del pronóstico de pacientes fronterizos, cuando se pone en práctica un esquema terapéutico especialmente ideado, que combina la psicoterapia intensiva de orientación psicoanalítica con un encuadre hospitalario que ofrezca un alto grado de estructuración, sea en la fase inicial del tratamiento, en muchos casos, o durante períodos más prolongados en otros. Por el contrario, el pronóstico de la esquizofrenia crónica es siempre serio.

Los dos principales factores a considerar al diferenciar la esquizofrenia de los desórdenes fronterizos son la prueba de realidad y la psicosis transferencial. Puesto que ya hemos estudiado esta última, a continuación me referiré sólo a la prueba de realidad.

Cuando un paciente llega al hospital con una típica historia de manifestaciones crónicas de desórdenes formales del pensamiento,

alucinaciones, delirios, comportamiento y afectos extraños y falta de integración entre el contenido de los pensamientos, afectos y conducta, por lo general el diagnóstico es de reacción esquizofrénica. Sin embargo, muchos individuos fronterizos con graves perturbaciones crónicas en sus relaciones interpersonales y una vida social caótica, que han recibido psicoanálisis o psicoterapia analítica intensiva como pacientes externos, suelen presentar reacciones transitorias que hacen que se plantee la posibilidad de esquizofrenia. Por otra parte, este diagnóstico diferencial también es necesario para pacientes tanto fronterizos como psicóticos que durante mucho tiempo han recibido drogas en altas dosis como parte de su tratamiento o que han llegado a una cierta estabilidad social merced a un crónico retraimiento de toda interacción interpersonal (pero que aún funcionan relativamente bien en situaciones que importan tareas aisladas o de tipo mecánico).

Señalé antes que si bien tanto los pacientes fronterizos como los psicóticos se caracterizan por el predominio de relaciones objetales internalizadas patológicas y operaciones de defensa primitivas (que los distinguen de los desórdenes neuróticos y caracterológicos menos severos), esas primitivas defensas cumplen funciones diferentes según se trate de pacientes fronterizos o psicóticos. En los desórdenes fronterizos las defensas (sobre todo la escisión, la identificación proyectiva, la idealización primitiva, la omnipotencia, la negación y la desvalorización) protegen al paciente de la intensa ambivalencia y del temor de que el odio contamine y deteriore los vínculos centrados en el amor. Por el contrario, en la esquizofrenia las operaciones defensivas y en particular el patológico desarrollo de los mecanismos de escisión (que llevan a una fragmentación generalizada de las experiencias intrapsíquicas y de las relaciones interpersonales), protegen al paciente de la pérdida total de los límites yoicos y de las temidas vivencias de fusión con los demás, que reflejan la falta de diferenciación entre las imágenes de sí mismo y de los objetos.

Desde el punto de vista clínico, de estas formulaciones se desprende que en los pacientes fronterizos la interpretación de las primitivas defensas predominantes tiende a fortalecer el funcionamiento yoico y la prueba de realidad, mientras que en los pacientes psicóticos puede incrementar la regresión (poniendo en evidencia la subyacente falta de diferenciación entre sí-mismo y no—sí-mismo). Como lo subrayé antes, el hecho de que la interpretación de las defensas primitivas pueda acentuar la regresión de los pacientes esquizofrénicos no significa que con ellos se deba descartar una terapia psicoanalítica o expresiva. Los efectos regresivos de la interpretación de las defensas primitivas en la transferencia son de escasa duración, y a la larga la psicoterapia analítica intensiva puede contribuir a que estos pacientes lleguen a diferenciar entre el sí-mismo y el no—sí-mismo y a consolidar los límites de su yo.

La mayor desorganización que temporariamente se observa en

los pacientes esquizofrénicos como consecuencia de la interpretación en la transferencia de sus defensas primitivas, permite al clínico distinguir estos casos de los desórdenes fronterizos, cuyo funcionamiento inmediato, sobre todo en lo que atañe a la prueba de realidad, tiende a mejorar merced a la interpretación de dichas defensas. En la práctica, esto significa que en los casos en que se deba hacer el diagnóstico diferencial entre un desorden fronterizo y una reacción esquizofrénica, las entrevistas diagnósticas con el paciente deben estar lo suficientemente estructuradas como para permitir esta evaluación de las operaciones de defensa.

Naturalmente, en las entrevistas diagnósticas es útil explorar en primera instancia si existe algún desorden formal del pensamiento, alucinaciones y/o delirios; de estar presentes, estos factores confirmarían que el paciente es psicótico. En caso contrario, conviene abordar los aspectos más sutiles del pensamiento, los afectos y la conducta del paciente, que en el contexto de la situación interpersonal de las entrevistas pueden revelar algún rasgo inapropiado o extraño. En general, el señalamiento de estas facetas inadecuadas o extrañas incrementa la ansiedad del paciente; sin embargo puede convertirse en una ayuda significativa para éste cuando se lo formula con tacto y respeto, y con el propósito de esclarecer los efectos disruptivos o distorsionantes que este aspecto de su conducta ejerce sobre la relación con el entrevistador en el "aquí y ahora".

En el contexto de este abordaje, el entrevistador cumple en realidad la función de un límite entre la vida intrapsíquica del paciente, a la cual trata de tener acceso, y la realidad externa representada por la relación social entre paciente y terapeuta. Este enfoque diagnóstico contrasta con la clásica búsqueda descriptiva de síntomas aislados, tendiente a establecer el diagnóstico de esquizofrenia, y también con el enfoque psicoanalítico que busca empatizar con la experiencia intrapsíquica del paciente, independientemente de que éste pueda o no conservar la prueba de realidad en esta experiencia.

Por ejemplo, si el paciente exhibe una extraña ausencia de afectos frente a una situación emocionalmente significativa, el terapeuta podrá señalarle esta discrepancia y analizar sus significaciones. Si se trata de un desorden fronterizo, el paciente reconocerá la discrepancia señalada y a este respecto se acercará más a la realidad al identificarse con los aspectos reales del planteo del entrevistador. Por el contrario, cuando se trata de una reacción esquizofrénica, es posible que el paciente no comprenda la comunicación del terapeuta, que la interprete como un ataque o que reaccione acentuando más aún la discrepancia entre afecto y pensamiento. En otras palabras, este abordaje estimula la prueba de realidad en los pacientes fronterizos y la disminuye en los esquizofrénicos.

Este mismo enfoque puede ser aplicado al análisis de las gestulaciones inadecuadas (manifestación de la conducta que puede reflejar un tic psicogénico o un estereotipo) o de determinado con-

tenido que parece estar en franca contradicción con otros pensamientos, afectos o actitudes afines. A menudo se observan discrepancias múltiples entre afecto, pensamiento y conducta; en tal caso la totalidad de la situación emocional de la relación interpersonal entre paciente y terapeuta establecerá las prioridades que corresponden a la investigación de cada uno de estos elementos, en función de su urgencia o de los efectos distorsionantes que produzcan en el "aquí y ahora".

Cuando este método de señalamiento pone en evidencia que la prueba de realidad sigue estando presente en todas las áreas, se podrá pasar a una segunda línea de indagación que aborda directamente las primitivas operaciones de defensa y su interpretación en la transferencia. Por ejemplo, si por una parte el paciente parece estar profundamente preocupado por problemas filosóficos o políticos y por la otra demuestra una total despreocupación ante serias dificultades inmediatas de su vida cotidiana, el terapeuta podrá interpretar esta negación (es decir la disociación entre la preocupación y su situación inmediata); o bien si en el paciente se observa una proyección masiva de la agresión junto con la tendencia a ejercer un control sádico sobre el entrevistador, tentativamente éste podrá interpretar la identificación proyectiva producida en la transferencia. También en este caso, lo usual es que el paciente fronterizo reaccione ante estas interpretaciones con un incremento de su prueba de realidad y un mejor funcionamiento yoico general en la sesión; el paciente esquizofrénico, en cambio, tiende a regresar y vive las interpretaciones como una atemorizante intrusión que pone en peligro sus límites yoicos y puede llegar a hacerlos desaparecer.

Muchas veces el entrevistador intuye que sus interpretaciones pueden dar lugar a una regresión como la descrita; por lo tanto, importa subrayar que este abordaje está indicado sólo para fines diagnósticos; cuando provoca excesiva ansiedad en el paciente, el terapeuta, una vez establecido el diagnóstico, deberá aliviar la ansiedad de aquél, esclareciéndole la conexión entre sus intervenciones y las correspondientes distorsiones psicóticas. El psicoterapeuta que efectúa un estudio diagnóstico debe contrapesar la necesidad de mantener la objetividad necesaria para llegar a un diagnóstico, y la necesidad de conservar la suficiente empatía con el paciente para protegerlo de una ansiedad excesiva.

En síntesis, la utilización de la totalidad de la relación interpersonal para explorar las discrepancias entre contenido del pensamiento, afectos y comportamiento, pone de relieve la presencia o la ausencia de la prueba de realidad, indagación a la que también contribuye la interpretación de las primitivas operaciones de defensa, en especial a medida que éstas se expresan en la situación transfe-rencial.

La pérdida de la prueba de realidad en cualquier sector es indicio de funcionamiento psicótico. Es importante subrayar que en este



caso el concepto de prueba de realidad está usado en un sentido restringido, para referirse sólo a la capacidad o incapacidad del paciente de identificarse plenamente con la realidad externa representada por su relación con el terapeuta. De esta formulación se infiere que entre la presencia y la ausencia de la prueba de realidad no hay una secuencia o una modificación gradual, y que entre la organización estructural de los desórdenes fronterizos y psicóticos existen diferencias tanto cualitativas como cuantitativas. Como se mencionó antes, la diferencia cualitativa esencial deriva de las particulares vicisitudes por las que atraviesan las imágenes de sí mismo y de los objetos en los desórdenes fronterizos y en los psicóticos, respectivamente, y de la concomitante capacidad de diferenciar entre sí-mismo y no—sí-mismo, de la cual a su vez dependen la posibilidad de discernir entre percepciones y fantasías, entre percepciones intrapsíquicas y percepciones de origen externo, y la capacidad de empatizar con los criterios sociales de la realidad.

## BIBLIOGRAFIA

1. Adler, G. (1973): Hospital Treatment of Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry*, 130, 32-35.
2. Bellak, L. y Hurvich, M. (1969): A Systematic Study of Ego Functions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 148, 569-585.
3. Bergeret, J. (1970): Les Etats Limites. *Revue Française de Psychoanalyse*, 34, 605-633.
4. — (1972): *Abrégé de Psychologie Pathologique*. Masson & Cie, París.
5. Boyer, L. (1971): Psychoanalytic Technique in the Treatment of Certain Characterological and Schizophrenic Disorders. *International Journal of Psycho-Analysis*, 52, 67-85.
6. — y Giovacchini, P. (1967): *Psychoanalytic Treatment of Characterological and Schizophrenic Disorders*. Science House, Inc., Nueva York.
7. Cary, G. (1972): The Borderline Condition: A Structural-Dynamic Viewpoint. *The Psychoanalytic Review*, 59, 33-54.
8. Collum, J. (1972): Identity Diffusion and the Borderline Maneuver. *Comprehensive Psychiatry*, 13, 179-184.
9. Chessick, R. (1971): Use of the Couch in the Psychotherapy of Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 25, 306-313.
10. Duvocelle, A. (1971): *L'Etat Limite ou Borderline Personality Organization*. Tesis para el doctorado en Medicina, Lille.
11. Frosch, J. (1964): The Psychotic Character: Clinical Psychiatric Considerations. *Psychiatric Quarterly*, 38, 81-96.
12. — (1970): Psychoanalytic Considerations of the Psychotic Character. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 24-50.
13. — (1971): Technique in Regard to Some Specific Ego Defects in the Treatment of Borderline Patients. *Psychoanalytic Quarterly*, 45, 216-220.
14. Greenson, R. (1970): The Unique Patient-Therapist Relationship In Borderline Patients. Presentado en la reunión anual de la Asociación Americana de Psiquiatría (no publicado).
15. Grinker, R., Werble, B. y Drye, R. (1968): *The Borderline Syndrome*. Basic Books, Inc., Nueva York.
16. Hurvich, M. (1970): On the Concept of Reality Testing. *International Journal of Psycho-Analysis*, 51, 299-312.
17. Jacobson, E. (1954): Psychotic Identifications. En *Depression*. Nueva York, International Universities Press, 1971, págs. 242-263.
18. Kernberg, O. (1970): A Psychoanalytic Classification of Character Pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 800-802.
19. —; Burstein, E.; Coyne, L.; Appelbaum, A.; Horwitz, L. y Voth, H. (1972): Psychotherapy and Psychoanalysis: Final Report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bulletin of the Menninger Clinic*. Vol. 36, 1/2, enero-marzo 1972).

20. Khan, M. y Masud R. (1964): Ego Distortion, Cumulative Trauma, and the Role of Reconstruction in the Analytic Situation. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 272-279.
21. — (1969): On Symbiotic Omnipotence. En *The Psychoanalytic Forum*. John A. Lindon, comp. Science House, Nueva York.
22. Kohut, H. (1971): *The Analysis of the Self*. Nueva York, International Universities Press.
23. Mahler, M. (1971): A Study of the Separation-Individuation Process and Its Possible Application to Borderline Phenomena in the Psychoanalytic Situation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 403-424. Nueva York/Chicago, Quadrangle Books.
24. Masterson, J. (1972): *Treatment of the Borderline Adolescent: A Developmental Approach*. Wiley-Interscience, Nueva York. [Hay versión castellana: *Tratamiento del adolescente fronterizo*. Buenos Aires, Paidós, 1975.]
25. Meza, C. (1970): *El colérico (borderline)*. Editorial Joaquín Mortiz, México.
26. Paz, C. (1969): Reflexiones técnicas sobre el proceso analítico en los psicóticos fronterizos. *Revista de Psicoanálisis*, 26, 571-630.
27. Weisfogel, J., Dickes, R. y Simons, R. (1969): Diagnostic Concepts Concerning Patients Demonstrating Both Psychotic and Neurotic Symptoms. *The Psychiatric Quarterly*, 43, 85-122.
28. Werble, B. (1970): Second Follow-Up Study of Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 23, 3-7.
29. Wolberg, A. (1973): *The Borderline Patient*. Intercontinental Medical Book Corporation, Nueva York.
30. Zetzel, E. (1971): A Developmental Approach to the Borderline Patient. *American Journal of Psychiatry*, 127, 867-871.

## CAPÍTULO VI

### ESTRUCTURACION GENERAL Y FASE INICIAL DEL TRATAMIENTO

En capítulos anteriores (véanse capítulos III y V) propuse una estrategia terapéutica general para la psicoterapia psicoanalítica de pacientes fronterizos, que consiste en los siguientes puntos; 1) elaboración sistemática de la transferencia negativa en el "aquí y ahora" únicamente, sin intentar llegar a reconstrucciones genéticas completas; 2) interpretación de las constelaciones defensivas, a medida que éstas se manifiestan en la transferencia negativa; 3) fijación de límites para bloquear la exoactuación transferencial y estructuración de la vida del paciente fuera del tratamiento en la medida necesaria para salvaguardar la neutralidad del analista; 4) no interpretación de los aspectos más moderados y de origen menos primitivo de la transferencia positiva, para favorecer el gradual desarrollo de la alianza terapéutica; 5) interpretaciones formuladas de manera tal que permitan la clarificación sistemática de las distorsiones que hace el paciente de las intervenciones del analista y de la realidad presente (en especial sus percepciones durante la sesión); 6) elaboración en primera instancia de la transferencia groseramente distorsionada (por momentos de tipo casi psicótico) que refleja relaciones objetales internalizadas muy irreales ligadas con tempranas perturbaciones yoicas, para llegar después a la transferencia vinculada con experiencias reales de la infancia. Esta estrategia terapéutica se basa en la hipótesis general de que la interpretación de las defensas primitivas que típicamente predominan en estos pacientes y de las primitivas relaciones objetales internalizadas ligadas con aquéllas fortalece el yo y produce cambios en las estructuras intrapsíquicas que tienden a resolver la organización fronteriza de la personalidad.

Incluiré a continuación algunas consideraciones técnicas acerca de la fase inicial del tratamiento de pacientes fronterizos y abordajes tácticos que surgen de la estrategia terapéutica general bosquejada antes. La organización fronteriza de la personalidad es un diagnóstico global que comprende diversos tipos de patología caracterológica de funcionamiento fronterizo. Es importante por lo tanto diagnosticar con la mayor precisión posible las constelaciones caracterológicas

predominantes, ya que éstas son factores que repercuten tanto sobre el pronóstico como sobre el tratamiento (véase capítulo IV). En los párrafos siguientes nos detendremos en algunas de estas derivaciones terapéuticas, más específicamente en las variaciones técnicas a introducir en los períodos iniciales del tratamiento, según los diferentes tipos de constelaciones caracterológicas.

### **Organización general del tratamiento**

Algunos pacientes fronterizos pueden ser tratados con éxito mediante la técnica psicoanalítica convencional sin modificaciones. De acuerdo con mi experiencia, sin embargo, en la mayoría de los pacientes fronterizos para quienes resulta indicada la psicoterapia psicoanalítica modificada descrita antes, las siguientes providencias han demostrado ser útiles.

Un mínimo de dos sesiones semanales es indispensable para llevar a cabo la estrategia terapéutica ya mencionada; es preferible tener tres sesiones por semana, pudiendo llegar a cuatro o cinco. Años atrás se temía que la excesiva frecuencia de las sesiones pudiera estimular la regresión, pero la bibliografía más reciente demuestra que tales temores eran infundados. Lo potencialmente regresivo en la psicoterapia analítica de pacientes fronterizos es la falta de suficiente estructuración en la situación terapéutica y la consecuente exoactuación de primitivas necesidades patológicas en la transferencia, que hace que la neurosis transferencial (o la psicosis transferencial) llegue a reemplazar la vida ordinaria del paciente. Es entonces cuando sus necesidades patológicas encuentran en las sesiones una gratificación mayor que la que podrían esperar de cualquier situación de su vida. Por otra parte, los prematuros intentos de llegar a una completa reconstrucción genética (antes de que su yo de observación se haya desarrollado lo suficiente y antes de que pueda corregir sistemáticamente la distorsión de sus percepciones durante las sesiones) hacen que el paciente confunda al psicoterapeuta con sus objetos transferenciales, y a la realidad presente y pasada con su fantaseada realidad intrapsíquica. Obviamente, estos fenómenos caracterizan el desarrollo de la psicosis transferencial.

Cuando merced a un abordaje técnico apropiado es posible evitar estos riesgos, no creo que la frecuencia de las sesiones tenga en sí misma un efecto regresivo. La ventaja de comenzar con menos de cuatro o cinco sesiones semanales es que el terapeuta puede observar mejor cómo maneja el paciente la labor realizada durante las sesiones en los intervalos entre una y otra sesión. El análisis de la manera en que aquél utiliza la labor psicoterapéutica en los intervalos entre sesiones es de gran importancia para evaluar el desarrollo del yo de observación y de la alianza terapéutica, así como los aspectos más sutiles de la reacción terapéutica negativa (por ejemplo, las tenden-

cias inconscientes a destruir o neutralizar el significado emocional y el aprendizaje alcanzado durante las sesiones).

Un abordaje "de apoyo" que gratifica las necesidades patológicas de dependencia en lugar de interpretar las tendencias inconscientes que obstaculizan la capacidad del paciente de depender realmente del terapeuta (por ejemplo, la necesidad inconsciente de destruir los suministros emocionales), también produce efectos regresivos. En otras palabras, la interpretación sistemática de las primitivas defensas características de los desórdenes fronterizos, el control de las actuaciones durante las sesiones y el firme mantenimiento de una posición técnicamente neutral protegen al paciente de la excesiva regresión, cualquiera que sea la frecuencia de las sesiones.

Cuando un paciente fronterizo es visto una vez por semana o con intervalos aun mayores, se hace difícil evitar que el enfoque predominante de la realidad externa vaya en detrimento del trabajo interpretativo; o bien el análisis de la transferencia se escinde de la realidad externa de una manera tan irreal (debido al insuficiente conocimiento de esa realidad por parte del terapeuta) que a la larga es inevitable caer en un abordaje de apoyo. A su vez, un abordaje puramente de apoyo (como opuesto del enfoque interpretativo de la transferencia) por lo general favorece la disociación entre la realidad externa del paciente y la situación terapéutica, oculta las principales defensas primitivas, fija la situación transferencial en el punto más profundamente inconsciente de la transferencia negativa latente y, por último, convierte al paciente en paciente "a perpetuidad". Los pacientes "a perpetuidad" son aquellos que necesitan permanecer en tratamiento durante años, porque no pueden renunciar al apoyo externo ni incrementar suficientemente su capacidad de funcionamiento autónomo, síndrome que es a veces iatrogénico.

Un interrogante esencial que se plantea en las primeras etapas del tratamiento es en qué medida se requiere estructuración externa para proteger al paciente y la situación terapéutica contra prematuras y violentas exoactuaciones que pueden poner en peligro la vida de aquél y de otras personas o imposibilitar la continuación del tratamiento. Cuando el tratamiento comienza después de un episodio psicótico reciente o aún activo (que los pacientes fronterizos pueden sufrir en momentos de excesiva turbulencia emocional, bajo los efectos de drogas o alcohol o en el curso de una psicosis transferencial) suele estar indicado un período de internación que oscila desde unos pocos días a algunas semanas, con un programa de tratamiento hospitalario bien estructurado, y clarificación de la realidad inmediata, en un entorno que a la vez de ofrecer comprensión y esclarecimiento sirve a la fijación de límites. Un lapso breve de internación está indicado también cuando el paciente vive en medio de una situación caótica, en especial cuando a ello se suman sus dificultades para proporcionar al terapeuta datos significativos acerca de su vida. Las amenazas o los intentos de suicidio, una situación social deteriorante

o las actuaciones graves que importan actos delictivos son típicos ejemplos de circunstancias que ponen en peligro la vida del paciente o la continuación del tratamiento; también en estos casos suele ser necesario un período breve de internación, simultáneo con el comienzo o la prosecución de la psicoterapia intensiva según los lineamientos ya mencionados.

El objetivo más importante en lo que atañe a la obtención de la estructuración necesaria es el establecimiento de una organización terapéutica global que permita al terapeuta conservar su posición de neutralidad técnica, es decir equidistante de la realidad externa, del superyó del paciente, de sus necesidades instintivas y de su yo de exoactuación (como opuesto del yo observador) (6). En ocasiones este objetivo puede ser cumplido sin necesidad de internación completa, por medio de un régimen de hospitalización parcial, ubicación en hogares adoptivos, intervención de un trabajador social en el entorno del paciente, etcétera. En ciertos individuos fronterizos, el yo observador no está suficientemente desarrollado como para permitirles recibir psicoterapia psicoanalítica intensiva como pacientes externos; ello ocurre, por ejemplo, en casos de extrema carencia de motivaciones para el tratamiento, intolerancia a la ansiedad, falta de control sobre los impulsos o relaciones objetales muy pobres; en tales circunstancias la psicoterapia expresiva se hace posible recién después de un período prolongado de estructuración ambiental de sus vidas, lograda merced a varios meses de hospitalización total o parcial u otros servicios sociales externos aptos para establecer límites en la vida del paciente o para respaldar a su familia en el cumplimiento de ese mismo propósito. Este tipo de estructuración externa durante períodos prolongados puede ser necesario en presencia de graves actuaciones crónicas, tendencias suicidas o autodestructivas en general que escapan al control del paciente o ciertas formas de reacción terapéutica negativa.

Muchos pacientes fronterizos están en condiciones, sin necesidad de estructuración externa, de participar de manera activa en la fijación de límites a ciertos tipos de exoactuaciones que ponen en peligro su tratamiento o su seguridad. En ocasiones el psicoterapeuta debe especificar ciertas condiciones que el paciente tiene que cumplir para poder recibir psicoterapia analítica como paciente externo. Obviamente, el hecho de determinar dichas condiciones importa un abandono de la neutralidad por parte del terapeuta y el establecimiento de parámetros técnicos. Como lo subrayó Eissler (3) dichos parámetros deben ser introducidos sólo en la medida mínima indispensable y el terapeuta debe tener presente la necesidad de interpretarlos eventualmente y de interpretar también el impacto que producen sobre la situación transferencial. En la práctica, los parámetros técnicos que representan un grosero apartamiento de la posición de neutralidad técnica pueden ser considerados modificaciones de la técnica, cuya eventual resolución por medios interpretativos es a

veces imposible. Las órdenes o prohibiciones terminantes y las maniobras sugestivas o manipulantes de considerable envergadura son típicos ejemplos de modificaciones técnicas, por las cuales a la larga es necesario pagar un precio muy alto. Por ejemplo, es posible que la interpretación no logre resolver las patológicas idealizaciones de que es objeto el terapeuta y, en consecuencia, la repercusión transferencial del sometimiento del paciente a aquél puede interferir con su eventual liberación de los lazos regresivos que lo atan a sus objetos transferenciales. De todas maneras, esto no significa que todas las prohibiciones constituyan un peligroso abandono de la neutralidad; por el contrario, algunas prohibiciones, que están formuladas como requisitos esenciales impuestos por la realidad, representan una precisa identificación del terapeuta con el yo observador del paciente. Por ejemplo, prohibir a los pacientes que griten durante las sesiones en lugar de expresar su enojo mediante verbalizaciones corrientes, que dañen o destruyan objetos del consultorio o que traten de controlar la vida del terapeuta fuera de las horas de tratamiento son, a mi juicio, medidas que aquél debe tomar a veces con el fin de salvaguardar una atmósfera terapéutica técnicamente neutral y constituyen parámetros técnicos eminentemente factibles de resolución.

El paciente suele poner de manifiesto sus esfuerzos por controlar la vida del terapeuta llamándolo por teléfono a menudo durante la noche, espiándolo o espiando a sus familiares o tratando de influir sutilmente en su vida personal o profesional mediante maniobras manipulativas con intervención de terceros. Todas estas expresiones de la transferencia deben ser en primer término interpretadas; cuando la interpretación sola no basta para resolverlas, deben ser prohibidas si ello es necesario para proteger los límites de la vida del terapeuta y el normal alcance de una relación terapéutica.

Cuando la historia del paciente consigna frecuentes intentos de suicidio o la utilización de amenazas de suicidio para controlar a quienes lo rodean (incluyendo al terapeuta), es importante analizar esta situación a fondo con él. El paciente debe ser capaz de asumir el pleno control de toda expresión activa de sus tendencias suicidas (como opuesto de la libertad de exteriorizar verbalmente sus deseos e impulsos durante las sesiones) o debe mostrarse dispuesto a solicitar protección externa (mediante hospitalización total o parcial) cuando se siente incapaz de controlar los impulsos suicidas. En otras palabras, varias internaciones breves convenidas por el propio paciente, por su familia o por un trabajador social pueden proporcionar la estructuración externa necesaria para conservar la situación terapéutica; esto es preferible a que el terapeuta modifique su técnica, renunciando al enfoque primordialmente interpretativo en un contexto de neutralidad técnica.

Una situación similar se produce cuando el paciente es propenso a recurrir a las drogas o la automedicación. En general, pienso que toda medicación que afecte el sistema nervioso central está contra-



indicada para pacientes fronterizos en psicoterapia analítica intensiva, y es el paciente mismo quien debe asumir la responsabilidad de no influir su nivel de ansiedad o depresión y su perspicacia y capacidad de respuesta con la ingestión incontrolada de drogas. Esta observación cabe fundamentalmente a los pacientes alcohólicos o drogadictos, en cuyo caso, cuando no están en condiciones de controlar sus síntomas por sí mismos, es conveniente que el tratamiento psicoterapéutico comience con un período prolongado de internación. La conducta antisocial, en especial cuando conduce a actos delictivos, es otra situación que necesita ser controlada al inicio del tratamiento; teniendo en cuenta el pronóstico generalmente desfavorable de las tendencias antisociales en los desórdenes fronterizos, es fundamental ponerlas bajo control desde las primeras etapas de la terapia.

La enfermedad física que requiere del individuo una participación constante y responsable en el esfuerzo por mantenerlo sano o vivo, representa una difícil complicación del tratamiento de pacientes fronterizos. Por ejemplo, el paciente diabético necesita de una dieta y una medicación estrictas que implícitamente le otorgan el poder de controlar su vida (o su muerte). Los pacientes de este tipo pueden expresar su agresión hacia el terapeuta descuidando su estado de salud, tratando así de obligarlo a adoptar una posición "de apoyo" y a asumir la responsabilidad por su salud y su seguridad. Cuando esta situación se prolonga durante un período considerable, puede impedir el análisis de la transferencia y producir el estancamiento del proceso terapéutico. En general, en los pacientes que tienen el poder de causar su propia muerte simplemente interrumpiendo la medicación de la cual depende su vida, los primitivos mecanismos de omnipotencia y los tipos más severos de reacción terapéutica negativa se encuentran fuertemente reforzados. En todos estos casos es necesario decidir cuanto antes si el paciente puede comprometerse a asumir la plena responsabilidad por sí mismo o si se requiere alguna estructuración o control externo para conservar la neutralidad del encuadre terapéutico.

Por el contrario, existen muchos otros síntomas potencialmente autodestructivos que no necesitan ser considerados de manera inmediata, en la medida en que no representan una amenaza para la vida del paciente o para el tratamiento. Por ejemplo, pueden pasar años antes de que el paciente fronterizo obeso llegue a ejercer un eficaz control sobre su obesidad; los fracasos en el estudio o en el trabajo y las dificultades interpersonales de todo tipo pueden ser un reflejo de la psicopatología del paciente y es posible que transcurra mucho tiempo antes de que sean abordados en el tratamiento. A veces es necesario un prolongado período de observación para discernir si los síntomas presentes requieren o no estructuración inmediata del encuadre terapéutico; así por ejemplo, es importante diferenciar los problemas leves de anorexia de la anorexia nerviosa; la promiscuidad sexual (que por lo general no constituye una amenaza para

el tratamiento) puede derivar en esfuerzos inconscientes por llegar al embarazo o producir otras complicaciones sociales que sí ponen en peligro la continuación del tratamiento.

En ocasiones la estructuración constituye una medida preventiva ante algo que, de otra manera, puede convertirse después en una exoactuación incontrolable; en tal caso la fijación anticipada de límites, para situaciones que pueden aparecer en el futuro, representa un parámetro técnico que debe ser formulado en un principio, antes de que surjan distorsiones transferenciales más intensas que hagan más difícil esa prohibición. Por ejemplo, en el caso de pacientes con tendencia a infligirse heridas, puede ser necesario discutir detenidamente al comenzar la terapia la posibilidad de que dichas tendencias recurran y se intensifiquen en determinado momento del tratamiento; el terapeuta debe poner en claro que espera que el paciente hable con sinceridad, durante las sesiones, de sus deseos de herirse y asuma la responsabilidad de no actuarlos; o bien, que solicite ser internado si se siente incapaz de controlar sus impulsos. En todos estos casos el psicoterapeuta debe manifestar con claridad que espera que el paciente se exprese verbalmente sin recurrir a la acción; está instituyendo así un parámetro técnico que eventualmente tendrá que ser resuelto mediante la interpretación.

### **Encuadre terapéutico básico**

Puesto que el abordaje técnico general que propuse constituye un procedimiento psicoanalítico modificado, cuyo acento está puesto en el mantenimiento de la neutralidad técnica del terapeuta y en la interpretación sistemática de la transferencia en el "aquí y ahora" (con interpretación limitada de sus raíces genéticas), puede ser llevado a cabo en un encuadre psicoanalítico convencional, con asociación libre por parte del paciente y utilización del diván. En efecto, así lo postulan también Boyer (2), Frosch (5) y Giovacchini (7). La principal ventaja de conservar el encuadre analítico o convencional es que se obtienen así las condiciones más favorables para mantener la neutralidad y para salvaguardar el anonimato del analista (contrariamente a lo que ocurre en las entrevistas cara a cara). Este encuadre protege también al analista de la exoactuación de su contra-transferencia, riesgo considerable en la psicoterapia psicoanalítica de pacientes muy regresivos. Sin embargo, en la mayoría de los casos para los que no está indicado el procedimiento analítico convencional, prefiero llevar a cabo el tratamiento con entrevistas cara a cara. El principal motivo es que cuanto más regresivo es el paciente y, por lo tanto, cuanto más marcado es el predominio de las primitivas defensas caracterológicas, más prevalecen los aspectos no verbales de su comportamiento, cuya observación resulta más fácil para el analista en un encuadre cara a cara. Teniendo en cuenta que los

pacientes de personalidad fronteriza padecen siempre una grave patología del carácter que se refleja en sus primitivas defensas caracterológicas; que sus principales defensas, tales como la disociación la identificación proyectiva, la omnipotencia y la desvalorización, se expresan por lo general en el comportamiento no verbal durante las sesiones (además de manifestarse en el contenido verbal), y que la prematura regresión transferencial típica de estos pacientes se traduce en la totalidad de la interacción con el terapeuta, la observación de la conducta del paciente es crucial ya desde la primera sesión. En otras palabras, a medida que avanzamos desde el nivel neurótico hacia el nivel fronterizo de la patología caracterológica, mayor es la participación de los aspectos no verbales en el material total, y las entrevistas cara a cara permiten una observación más completa de dichos aspectos en el contexto del análisis global de las interacciones entre paciente y terapeuta.

Los principales peligros de este tipo de entrevistas son que disminuye el dominio del terapeuta sobre la exteriorización de sus reacciones contratransferenciales y aumentan los esfuerzos del paciente por controlar al terapeuta. En las sesiones cara a cara se debilita la protección que el hecho de sentarse detrás del diván ofrece tanto al paciente como al terapeuta contra el excesivo impacto del material transferencial y contratransferencial y es más factible que el paciente llegue a percibir aspectos reales del terapeuta, que pueden incidir sobre determinadas defensas, en especial la identificación proyectiva, la idealización primitiva y la desvalorización. Sin embargo, la posibilidad de que el paciente tenga una percepción más real del terapeuta ofrece también ciertas ventajas, ya que combinada con la técnica de este último puede facilitar la gradual diferenciación en la transferencia entre el sí-mismo y el objeto.

Mis indicaciones iniciales al paciente acerca del trabajo a realizar en el curso del tratamiento se limitan a estimularlo a hablar con la mayor libertad posible sobre lo que ocurre en su mente durante las sesiones y sobre los aspectos de su vida cotidiana que lo preocupan. Más que insistir en la asociación libre en su sentido estricto, trato de alentar la comunicación total y franca de lo que el paciente considera importante, poniendo en claro que necesito saber todo cuanto sea posible sobre él y por él mismo, para poder ayudarlo a explorar aquellos aspectos suyos acerca de los cuales su propia comprensión resulta insuficiente. Después de las explicaciones y esclarecimientos iniciales, paso a ocuparme de las resistencias que surgen, utilizando los medios interpretativos convencionales.

Escuchar con la "atención suspendida" se convierte en una tarea difícil frente a pacientes fronterizos, cuyas comunicaciones verbales suelen ser contradictorias y confusas y que aportan además abundante comunicación no verbal que, a su vez, llega en fragmentos también contradictorios y difíciles de integrar con el material verbal. Pienso que el concepto de Bion acerca del analista como "continente"

(1) es útil para formular la tarea básica del psicoterapeuta de organizar para sí mismo el material del paciente. De entre los contradictorios fragmentos de comunicación verbal y no verbal, de los confusos pensamientos, sentimientos y expresiones del paciente, el psicoterapeuta necesita evaluar en cada momento aquello que es de mayor repercusión emocional y la manera en que puede ser entendido en el contexto de la totalidad de las comunicaciones del paciente. Este material y su integración en el marco de la situación emocional total del paciente en cada momento son el motivo central de las interpretaciones del terapeuta.

En los casos que nos ocupan existe el riesgo de interpretar prematuramente material genético disociándolo de otro material presente, riesgo que aumenta debido a la presencia del pensamiento del proceso primario en el nivel consciente y de material emocional primitivo que se manifiesta escindido de otro material vinculado con él desde el punto de vista dinámico y estructural. "¿Por qué el paciente me dice esto ahora?" es la pregunta que el psicoterapeuta debe contestar antes de ocuparse del material primitivo; muchas veces tendrá que buscar la respuesta en su propia asimilación interna de las comunicaciones extrañas y contradictorias del paciente, hasta que la totalidad del material pueda ser reducida a una interacción humana comprensible entre ambos. Esta actitud contribuye a evitar el peligro de caer en reconstrucciones genéticas intelectualizadas y de que el paciente se detenga en primitivas fantasías gratificantes sin enfrentar los conflictos presentes vinculados con dichas fantasías.

Muchas veces las comunicaciones extrañas y contradictorias del paciente ponen a prueba la capacidad de introspección del terapeuta. En tal caso, éste deberá hacerlo partícipe de lo que observa en él y de su desorientación acerca del significado de lo que está ocurriendo. Esta actitud contrasta con la interpretación directa y terminante del material, sin compartir el fundamento de la comprensión —y la no comprensión— lograda hasta entonces por el terapeuta, lo cual estimula en el paciente la idealización primitiva y expectativas mágicas respecto del tratamiento. La psicoterapia es una labor a ser encarada de manera conjunta por paciente y terapeuta, y por frustrante que esto pueda ser para las expectativas transferenciales infantiles de los pacientes fronterizos, con el tiempo promueve el crecimiento del yo al contribuir al desarrollo de la capacidad yoica de observación y de la alianza terapéutica.

El sistemático esclarecimiento que el terapeuta hace al paciente de lo que percibe en él, en especial las más importantes y desorientadoras confusiones y contradicciones y el hecho de que lo aliente a indagar el significado de esas confusiones y contradicciones, pueden intensificar su ansiedad. Bajo los efectos de sus primitivas operaciones de defensa y de sus temores paranoides o depresivos, el paciente puede experimentar la indagación que hace el terapeuta como un ataque o un rechazo; en consecuencia, es importante que

en el proceso de esclarecimiento éste interprete la manera en que el paciente percibe sus intervenciones. En general, como lo señalaron Frosch (4, 5) y Greenson (9), el esclarecimiento de las percepciones del paciente durante las sesiones importa sobre todo la interpretación de la posible distorsión del significado de los comentarios del terapeuta.

Muchas veces el paciente experimenta estos comentarios como "gestos mágicos" que gratifican primitivos deseos transferenciales; por lo tanto es importante que el terapeuta interprete de manera sistemática los intentos del paciente de utilizar sus comentarios como una gratificación transferencial directa y no como hipótesis aptas para seguir indagando lo que ocurre en él. La interpretación de cualquier conflicto o suceso transferencial debe ir acompañada de la interpretación de las actitudes conscientes e inconscientes del paciente hacia los comentarios del terapeuta. Si bien esta constante clarificación con frecuencia acentúa la ansiedad del paciente, también le demuestra que el terapeuta tiene como principal función activar su yo observador y que confía en que posee por lo menos un cierto grado de capacidad para llegar a comprenderse a sí mismo y a sus interacciones y para aprender a modificar sus sentimientos, su pensamiento y su conducta valiéndose de esa autocomprensión.

El esclarecimiento de las percepciones del paciente de las intervenciones del terapeuta hace además que éste se sienta más libre para hablar e indagar nuevos aspectos angustiantes para el paciente, así como para expresarle su incertidumbre y su confusión, cuando ésta es la comunicación más provechosa que está en condiciones de formular.

Uno de los principales efectos de este abordaje técnico es la gradual integración de aspectos recíprocamente disociados o fragmentarios de los conflictos del paciente, hasta formar unidades significativas de primitivas relaciones objetales internalizadas. Cada unidad está constituida por una determinada imagen de sí mismo y una determinada imagen objetal, ambas ligadas por una disposición afectiva. Estas unidades se activan en la transferencia y su interpretación e integración con otras unidades afines o contradictorias —en especial la integración de las unidades de origen libidinal con las de origen agresivo— marcan el comienzo de los procesos de elaboración de la transferencia y de resolución de la primitiva constelación de maniobras defensivas típicas de los desórdenes fronterizos. El siguiente fragmento clínico ilustra el proceso de integración del material de una paciente, partiendo de manifestaciones verbales y no verbales contradictorias hasta conformar una interacción humana coherente, primer paso hacia la comprensión de una relación objetal internalizada significativa.

Después de prolongados silencios y de algunas observaciones inconexas que yo no lograba coordinar, repentinamente —y por primera vez— la paciente, una mujer de alrededor de veinticinco años,

habló de las fantasías sexuales que había tenido acerca de ser un hombre y poseer un pene, lo cual la hacía parecida a mí. Al mismo tiempo comenzó a hacer gestos que parecían querer demostrar aburrimiento, dio muestras de cierta inquietud y miró repetidas veces su reloj. Estas manifestaciones me confundían; la paciente presentaba material aparentemente importante como si no le concerniera en absoluto y dando la impresión de estar pensando en otra cosa, quizás en la terminación de la hora. Le manifesté la manera en que yo percibí sus diversas expresiones y le pregunté cómo entendía todo esto.

Su actitud cambió inmediatamente; en tono de ligero reproche, me preguntó si estaba interesado en lo que ella había estado diciendo; sentía que al señalarle su comportamiento y sus miradas al reloj, yo había demostrado estar distraído y no prestarle debida atención. Le mostré que estaba atribuyéndome una reacción que, como parte de su propia conducta, ella había exhibido hacía apenas un momento. Contestó que como desde un principio había sentido que yo no estaba verdaderamente interesado, había buscado en sus fantasías algo que pudiera llamarme la atención, decidiendo por fin hablar de sus fantasías sexuales. Sentía que si este material no me interesaba, podía perder las esperanzas de comunicar durante la sesión algo capaz de despertar mi interés, y en tal caso lo mismo daba que se concentrara en el tiempo que faltaba para que terminara la hora y pudiera irse del consultorio. Se puso de manifiesto que el hastío y la irritación que la paciente expresaba en sus actitudes reflejaban la manera en que desvalorizaba la sesión; mediante esta desvalorización buscaba defenderse contra la atemorizante y dolorosa vivencia de percibirme indiferente y distante, vivencia que constituía la manifestación transferencial inmediata y predominante; además, sus fantasías sexuales representaban al mismo tiempo su deseo de convertirse en mí poseyendo mi pene, como una defensa contra los deseos más profundos de ser amada y cuidada por mí, y el deseo de someterse sexualmente a mí como el precio a pagar por mi amor y mi protección (patrón masoquista básico de esta paciente). Este ejemplo muestra el predominio de los mecanismos de escisión (dísociación de pensamientos, conducta y sentimientos) y de proyección, y la utilización de mi reacción emocional total como parte de mis esfuerzos por "contener" el material de la paciente.

Una vez que el terapeuta ha llegado a reconocer la constelación transferencial predominante en función de una situación inmediata y emocionalmente significativa desarrollada en la sesión, está en condiciones de esclarecer e interpretar la imagen de sí mismo del paciente, la imagen objetal y el afecto que intervienen en dicha situación, cumpliendo así un paso más en el diagnóstico de las unidades significativas de relaciones objetales internalizadas. Es importante clarificar todos estos componentes para poder diagnosticar los aspectos recíprocamente escindidos del concepto de sí mismo del

paciente y de las representaciones objetales significativas, cumpliendo así uno de los objetivos del tratamiento a largo plazo. La integración entre sí mismo y objetos y por ende de todo el mundo de relaciones objetales internalizadas, es una meta estratégica central en el tratamiento de pacientes de personalidad fronteriza.

Otro de los aspectos del tratamiento es la integración de los afectos con sus correspondientes relaciones humanas, fantaseadas o reales, en las que interviene el paciente y un objeto significativo. Las disposiciones afectivas del paciente reflejan la carga libidinal o agresiva de determinada relación objetal internalizada; en consecuencia, la integración de esas relaciones hasta entonces escindidas o fragmentarias tiene como corolario la integración de estados afectivos escindidos o fragmentarios. El ejemplo siguiente ilustra la activación de una particular relación objetal internalizada en la transferencia.

En determinado momento de la sesión, la paciente, una joven de dieciocho años, habló de manera monótona y vacilante de temas que antes habían sido emocionalmente muy importantes para ella y para mí. Repentinamente me encontré enfrentando lo que me impresionó como indiferencia o flojedad por parte de ella, hasta tal punto que debí luchar para no distraerme al escucharla. No dieron resultado alguno mis reiteradas tentativas de indagar y esclarecer esta situación con la paciente, hasta que después de un período de creciente frustración e insatisfacción, me di por vencido creyendo estar momentáneamente incapacitado para comprender el material. En ese momento la situación cambió de repente; la paciente comenzó a pedirme ayuda con insistencia ante una situación real inmediata, una visita de su madre; sus dudas se referían a diversos aspectos de esa visita, todos ellos muy triviales, por lo cual fui sintiéndome poco a poco impaciente y distante, en tanto que sus pedidos verbales de consejo se hacían cada vez más enfáticos. Recién entonces comprendí que en la transferencia se había producido una inversión de roles y la actuación de una relación objetal específica.

En un primer momento la paciente había exoactuado una imagen de su madre como persona distante, retraída e indiferente que sólo se mostraba interesada cuando aquélla le suplicaba amor y comprensión; por mi parte, yo representaba la imagen de sí misma que tenía la paciente como hija frustrada e insistente en su búsqueda de una relación significativa. En la segunda parte de la interacción, yo había sido ubicado en el rol de la madre indiferente y rechazante, mientras la paciente exoactuaba su propia imagen de hija frustrada e insistente. La interpretación de esta situación total llevó a un enfoque más directo de los conflictos de la paciente con su madre y permitió que eventualmente aquélla reconociera su propia participación en esos conflictos, al actuar unas veces como una hija exigente, enojada y ávida (su imagen de sí misma en el pasado), y otras como una madre desdeñosa, arrogante y rechazante (la imagen objetal recíproca).

De estos dos ejemplos (ambos correspondientes a etapas tem-

pranas del tratamiento) es posible extraer otras inferencias. En primer lugar, en la terapia de pacientes fronterizos, la transferencia se transforma inmediatamente en una de las principales resistencias y por lo tanto necesita ser interpretada, en especial en lo que atañe a la transferencia negativa manifiesta y latente que puede bloquear el establecimiento mismo de la alianza terapéutica. En el caso de estos pacientes, la "alianza terapéutica" (10) o "alianza operativa" (8) puede llegar a consolidarse cuando se sacan a la luz los aspectos transferenciales negativos en el "aquí y ahora" únicamente. Este abordaje restringido de la transferencia estimula el yo observador del paciente y al mismo tiempo el desarrollo de la alianza terapéutica. La posición opuesta consiste en no abordar la transferencia negativa inconsciente, permitiendo así que permanezca oculta, y confiando fortalecer la alianza operativa con recursos de apoyo y no analíticos. En segundo lugar, aunque el terapeuta debe ser muy activo al trabajar con el material transferencial en las primeras etapas del tratamiento, esta actividad no significa abandono de la posición de neutralidad y requiere un análisis constante de los diversos efectos que sus intervenciones tienen sobre el paciente. Además, este abordaje requiere permanente colaboración por parte del paciente en el trabajo psicoterapéutico e interpretación de las repercusiones transferenciales de su renuencia a prestar esa colaboración. El análisis de las responsabilidades del paciente durante la sesión contribuye a la evaluación de los efectos de largo plazo de la labor psicoterapéutica, en especial los efectos sobre el trabajo que aquél sigue realizando en los intervalos entre sesiones.

### **Problemas especiales de las primeras etapas del tratamiento**

#### **1. RETENCIÓN CONSCIENTE DE MATERIAL**

Cuando el paciente retiene conscientemente información, o cuando miente, la primera prioridad del terapeuta debe ser interpretar y reducir la supresión de información por medios interpretativos —como opuesto de educativos—. Esta tarea puede llevar semanas o meses, sobre todo en presencia de rasgos antisociales. Cualquiera que sea el tiempo que tome, la total resolución de las repercusiones que el hábito de mentir tiene en la realidad y en la transferencia, tiene precedencia sobre todo otro material, con excepción de las exoactuaciones que ponen en peligro la vida del paciente. Sin embargo, como las mentiras interfieren con el abordaje terapéutico de todos los demás problemas, incluyendo la exoactuación, cuando en el paciente que habitualmente miente se observan también exoactuaciones que representan un peligro para su vida o para el tratamiento, es preferible comenzar éste con un suficiente grado de estructuración de su vida, como el que se obtiene de una internación



prolongada. El paciente que tiene el hábito de mentir y que por lo tanto presenta evidencias de un serio deterioro superyoico, tiende a proyectar su propia actitud respecto de los valores morales en el terapeuta, percibiéndolo en consecuencia como deshonesto y corrupto. El abordaje interpretativo de las funciones transferenciales de la mentira debe incluir, por consiguiente, el análisis de la proyección que hace el paciente de su propia deshonestidad en el terapeuta y de las repercusiones transferenciales de esta proyección en el "aquí y ahora".

La interpretación de las mentiras del paciente debe comprender también la indagación de sus posibles consecuencias para el futuro inmediato y mediato de la relación terapéutica. En el contexto inmediato, por ejemplo, es posible que el paciente mienta para afirmar su superioridad sobre el terapeuta, para anular sus esfuerzos, para controlarlo, para protegerse de su peligrosa venganza en caso de que el terapeuta llegue a conocer asuntos que el paciente desea ocultar, o para explotar conscientemente la relación terapéutica para fines que no son el de recibir ayuda. Desde una perspectiva mediata, la mentira importa una distorsión básica de la naturaleza humana de la relación paciente-terapeuta y demuestra que el paciente ha abandonado por lo menos temporariamente toda esperanza en la posible eficacia de la discusión franca de sus problemas. La mentira significa también que, según el paciente, el terapeuta es incompetente, tonto o deshonesto, desde el momento que se presta a esa parodia de tratamiento; también en este caso se pone en evidencia la carencia de una auténtica relación humana o la falta de fe en dicha relación. De la exitosa indagación de las repercusiones mediatas e inmediatas de la mentira puede depender que un tratamiento destinado al fracaso se transforme en una relación terapéutica significativa.

## 2. PERMANENTE DESVALORIZACIÓN DE TODA LA AYUDA HUMANA RECIBIDA

Si bien este problema suele estar asociado con la tendencia a mentir, muchos pacientes que consciente e inconscientemente desvalorizan a todos aquellos que tratan de ayudarlos, son honestos en lo que concierne al suministro de información acerca de sí mismos. La desvalorización, mecanismo de defensa predominante en las personalidades narcisistas, por lo general coexiste con la omnipotencia y suele intervenir en el grave tipo de reacción terapéutica negativa (vinculada con la envidia inconsciente de las fuentes de ayuda) que es característica de las personalidades narcisistas.

En ciertos pacientes, la inmediata desvalorización de toda la ayuda recibida surge de otros motivos, como por ejemplo una inconsciente y profunda desconfianza en las fuentes de ayuda (fuentes que, en última instancia, representan primitivas imágenes parentales temidas y odiadas que se activan en la transferencia). Los pacientes

de personalidad infantil y con una crónica tendencia a exigir continua ayuda forman parte de este grupo. En general, la "excesiva dependencia" resulta ser un reflejo de la incapacidad interna de depender verdaderamente de los demás y de lo que se recibe de ellos. Esta desvalorización inconsciente de la ayuda recibida es la contraparte de la idealización inconsciente de lo recibido, que resulta de primitivas expectativas mágicas de dependencia respecto de imágenes parentales idealizadas; en ambos casos puede fracasar la incorporación real de lo que el paciente ha recibido del terapeuta, trayendo como consecuencia la sensación de insatisfacción, frustración y vacío, y la falta de trabajo por parte del paciente en los intervalos entre sesiones. La desvalorización de que hace objeto la personalidad narcisista al terapeuta y al aprendizaje logrado en la situación terapéutica, puede ser el primer signo de una grave y crónica reacción terapéutica negativa, situación extremadamente difícil de tratar y que en ciertos casos pone en evidencia la imposibilidad de que el paciente obtenga beneficio alguno de una psicoterapia psicoanalítica.

Al ocuparme de las personalidades narcisistas en los capítulos VIII y IX, señalo que la indicación de tratamiento para estos pacientes varía según el nivel general de su funcionamiento yoico, la medida en que la rabia primitiva se manifiesta de manera directa a partir del comienzo del tratamiento y la intensidad de la reacción terapéutica negativa. El tratamiento ideal para las personalidades narcisistas sin funcionamiento fronterizo es el procedimiento psicoanalítico sin modificaciones; en mi opinión, la introducción de parámetros técnicos es innecesaria en estos casos, que en cambio requieren una sistemática interpretación de las defensas narcisistas en la transferencia, como medio exclusivo para resolver la estructura narcisista de la personalidad.

Los pacientes narcisistas que funcionan en un nivel francamente fronterizo pueden responder bien a la psicoterapia psicoanalítica modificada, sugerida para los pacientes fronterizos en general, si sus mecanismos de omnipotencia y desvalorización y la concomitante falta de consolidación de la experiencia terapéutica pueden ser elaborados dentro de un plazo razonable. Dado el prolongado tratamiento que requieren estos pacientes, existe el riesgo de que varios años de psicoterapia a razón de dos o tres sesiones semanales no produzcan ningún cambio básico. Por lo tanto, en estos casos me inclino ahora por un período de prueba de la psicoterapia limitado a no más de un año. Si al cabo de este período no se ha logrado ninguna modificación básica de la estructura defensiva, puede ser conveniente adoptar un abordaje de apoyo que ha dado resultados satisfactorios con estos pacientes (véase capítulo IX).

Por último, para las personalidades narcisistas con funcionamiento fronterizo e intensas reacciones de rabia desde el comienzo del tratamiento (e intensificación de la desvalorización del tratamiento como parte de dichas reacciones), también puede resultar ade-

cuando un abordaje de apoyo, después de haber ensayado un período de tratamiento estructurado (a veces mediante internación). En resumen, me inclino por intentar primero una psicoterapia expresiva con todos los pacientes narcisistas de funcionamiento francamente fronterizo, aunque con reevaluaciones regulares de la situación.

El estudio directo y sistemático del comportamiento del paciente durante los primeros minutos de cada sesión puede ofrecer información importante acerca del trabajo realizado por él en los intervalos entre sesiones. Normalmente se espera que los pacientes inicien la sesión utilizando el tiempo inmediatamente de manera provechosa. La tendencia a perder tiempo en prolongados silencios iniciales, los esfuerzos conscientes e inconscientes para que el terapeuta asuma la responsabilidad de usar bien la sesión, los crónicos intentos de hacerlo hablar y la pasividad general, pueden estar indicando, entre otras cosas, una activa desvalorización del proceso terapéutico por parte del paciente. La sistemática interpretación de la pasividad demostrada al comienzo de las sesiones puede revelar aspectos esenciales de la transferencia negativa, hasta entonces ocultos; así ocurre sobre todo en el caso de pacientes de personalidad narcisista.

### 3. CRÓNICA SENSACIÓN DE "SIN SENTIDO" EN LA INTERACCIÓN TERAPÉUTICA

Están incluidas aquí una variedad de situaciones emergentes de causas diversas y que se traducen en la interacción terapéutica como una sensación generalizada de vacío, falta de significado o confusión crónica. Una de las categorías de pacientes que presentan este problema son las denominadas personalidades inadaptadas, que se caracterizan por su funcionamiento fronterizo y serias dificultades para vincularse con los demás por medio del lenguaje verbal simbólico; estos pacientes requieren psicoterapia de apoyo, a veces durante toda su vida aunque disminuyendo gradualmente la frecuencia de las sesiones. También las personalidades esquizoides suelen inducir una crónica sensación de "vacío" en las sesiones; en estos casos es esencial interpretar de manera sistemática las funciones defensivas que cumplen la dispersión emocional y la transferencia negativa latente, a veces de características francamente paranoides. En la mayoría de las personalidades fronterizas se presentan períodos, por lo general más breves, de carencia de significado emocional, que hacen necesario el enfoque técnico ya descrito, que apunta a resolver la escisión y la fragmentación del pensamiento, la conducta y los afectos, hasta formar unidades integradas de interacción humana con el terapeuta.

Cuando transcurre un cierto tiempo sin que el terapeuta logre aclarar lo que se manifiesta como una combinación totalmente confusa de material, es importante evaluar si la confusión se debe 1) a las particulares maniobras defensivas del paciente, 2) a reacciones

contratransferenciales o 3) a los esfuerzos inconscientes del paciente por confundir al terapeuta. Muchas veces, la indagación franca de esta situación terapéutica con el paciente revela claves importantes para su resolución.

#### 4. CONTROL Y RETENCIÓN PARANOIDES DE MATERIAL

Algunos pacientes paranoides de funcionamiento fronterizo reconocen que sus esfuerzos conscientes por retener información son parte de las fantasías paranoides que tienen acerca del terapeuta; así por ejemplo, un paciente se negó durante varias semanas a dar su verdadero nombre. Cuando en las primeras sesiones del tratamiento se observan ideas paranoides manifiestas, es importante que el terapeuta evalúe cuidadosamente si el paciente es en realidad una personalidad fronteriza o si sufre una psicosis paranoide. Teniendo en cuenta que en este último caso el paciente puede ser propenso a caer en exoactuaciones de naturaleza muy agresiva cuando se manifiesta su psicosis transferencial, es esencial efectuar lo antes posible un cuidadoso diagnóstico diferencial y no iniciar una psicoterapia intensiva sin una cabal noción de lo que significa tratar a un paciente psicótico. Cuando no es posible establecer un diagnóstico preciso en el curso de las primeras sesiones, suele ser preferible comenzar la psicoterapia junto con un período breve de internación, con el fin de facilitar la ulterior evaluación del paciente. Los beneficios que a la larga ofrece una breve internación inicial compensan el incremento de ansiedad, las distorsiones transferenciales y las demás complicaciones que puede causar en la vida cotidiana del paciente. En cualquier caso, es fundamental que el terapeuta no permita que el paciente ejerza un control patológico sobre el tratamiento, ya que ello afectaría no sólo su neutralidad sino incluso sus posibilidades de ayudarlo en el simple plano humano. A veces es preferible no tratar al paciente en absoluto, antes que tratarlo en condiciones imposibles. La identificación proyectiva es una maniobra defensiva predominante en los pacientes paranoides y el implícito control sádico sólo puede ser interpretado cuando objetivamente el terapeuta está libre de la posibilidad de ser controlado por el paciente.

#### 5. GRAVES EXOACTUACIONES INICIALES

Muchas veces recién es posible justipreciar la propensión a la exoactuación de un paciente fronterizo cuando la psicoterapia ya ha comenzado. El problema de obtener la necesaria estructuración de la situación terapéutica se hace entonces más difícil, debido a que el terapeuta desconoce la magnitud de las exoactuaciones del paciente, o bien sólo puede hacer conjeturas al respecto, sobre la base de su

comportamiento durante las sesiones. En la práctica, el terapeuta debe tomar en cuenta aun las más leves insinuaciones detectadas durante la hora de todo serio desequilibrio emocional que el paciente pueda sufrir fuera de la situación terapéutica, indagar a fondo con él lo que a primera vista puede impresionar como dificultades más o menos triviales de su vida cotidiana. La intuición del terapeuta, su experiencia en el manejo de pacientes con problemas caracterológicos similares y el planteamiento franco de su desorientación y su preocupación por lo que ocurre fuera del tratamiento, pueden contribuir a que reaparezca en la transferencia material previamente dissociado del contenido de las sesiones. Una clave importante acerca de la situación del paciente fuera del tratamiento suele encontrarse en ciertas defensas caracterológicas que se manifiestan reiteradamente en los primeros momentos de cada sesión y que resultan imposibles de modificar a pesar de los sistemáticos intentos de interpretación.

Por ejemplo, una paciente comenzaba sus sesiones con un breve silencio, después del cual hacía preguntas que estaban indirectamente conectadas con asuntos importantes para ella. Sin embargo, las preguntas eran formuladas de manera tal que el terapeuta debía "conjeturar" a qué se referían y era premiado si sus conjeturas resultaban "acertadas". Aunque sutil, esta modalidad de comportamiento persistió durante varios meses, no obstante los reiterados esfuerzos del terapeuta por interpretarla. Con el tiempo se puso en evidencia que reflejaba una exoactuación generalizada no detectada hasta entonces y que ilustraba un patrón de conducta habitual no mencionado por la paciente como problema a tratar en el contexto de la terapia. Este patrón se manifestaba en situaciones sociales, en las que la paciente se retraía ostentosamente en un obstinado silencio y trataba de monopolizar la atención de personas importantes haciéndoles preguntas intrigantes de manera tal, que les daba a entender que sólo ellos con su intuición eran capaces de ayudarla. Como consecuencia directa de esta actitud, la paciente se había rodeado de una cantidad de parientes y amigos bien intencionados, que solícitamente respondían a sus preguntas y le brindaban amplia información sobre todo tipo de temas, en tanto que ella, a menudo con una misteriosa sonrisa, "extraía" de ellos lo que consideraba útil para mantenerse "en control" sin, por otra parte, ninguna modificación de su generalizado distanciamiento. El hecho de que esta actitud se intensificara durante el tratamiento demostró que funcionaba como una resistencia transferencial. La interpretación de la actuación del control omnipotente que la paciente ejercía fuera del tratamiento canalizó la expresión de esta defensa caracterológica en el contexto de las sesiones, facilitando así su total elaboración.

Naturalmente, estos problemas no surgen sólo en las primeras sesiones, pero al terapeuta puede resultarle más fácil diagnosticar las sutiles defensas caracterológicas al comienzo del tratamiento, antes de llegar a habituarse a ellas hasta tal punto que le pasen

inadvertidas. Asimismo, como en un principio la información que posee el terapeuta acerca del paciente es limitada, el sistemático análisis de todas sus interacciones externas puede contribuir a predecir o impedir futuras exoactuaciones incontrolables y de efectos muy desorganizantes.

#### 6. UTILIZACIÓN DISTORSIONADA DE INFORMACIÓN PREVIA RESPECTO DEL TRATAMIENTO Y DEL "LENGUAJE PSICOTERAPÉUTICO"

Debido al tratamiento complejo y prolongado que requieren los pacientes fronterizos y a las frecuentes interrupciones o cambios de terapeuta que imponen sus actuaciones transferenciales, muchas veces los terapeutas ven pacientes que ya han sido tratados antes. En tales casos, la cuidadosa indagación de las experiencias previas con otros terapeutas es siempre útil para impedir que se repita la situación que hizo interrumpir aquellas experiencias. Sin embargo, la primitiva y distorsionada identificación del paciente fronterizo con aspectos parciales de sus anteriores psicoterapeutas suele reflejarse en un material que impresiona al actual terapeuta como inauténtico o artificial. Esto ocurre sobre todo con la descripción de experiencias emocionales; en efecto, muchas veces los pacientes fronterizos no conocen la verdadera naturaleza de sus afectos y tienden a rotularlos con la terminología que han oído utilizar a sus anteriores terapeutas. En tales circunstancias es muy importante establecer la autenticidad de lo que el paciente siente y de la manera en que lo expresa.

#### 7. CUALIDAD PREDOMINANTE DE LAS REACCIONES ANTE LA SEPARACIÓN

Las reacciones del paciente frente a la separación del terapeuta son factores de gran importancia para el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. Las separaciones ocasionadas por fines de semana, feriados, enfermedades, vacaciones, etcétera, tienden a activar el nivel de reacción predominante del paciente ante dichas separaciones. Podríamos establecer una secuencia para ordenar los diferentes tipos de reacción, según la gravedad de las distorsiones que afectan a las relaciones objetales internalizadas. La reacción más negativa es la de aquellos pacientes que no experimentan repercusión emocional alguna ante las separaciones del terapeuta, pero que han aprendido a imitar las reacciones de otros pacientes, utilizándolas a modo de racionalización para diversas actuaciones; se trata por lo general de personalidades narcisistas con fuertes rasgos antisociales. El siguiente nivel de la secuencia lo ocuparían los pacientes de personalidad narcisista que reconocen abiertamente no experimentar reacción frente a las separaciones del terapeuta. En algunos pacientes narcisistas de funcionamiento fronterizo se suele observar un parti-

cular tipo de rabia intensa y desvalorizante, cuya significación inmediata es muy desfavorable, pero que al cabo de un período de elaboración puede indicar una incipiente capacidad de establecer una profunda relación emocional con el terapeuta.

Una reacción menos desfavorable es la representada por la ansiedad intensa, a veces de efectos desorganizantes, que experimentan muchos pacientes fronterizos ante separaciones prolongadas del terapeuta, reacción que es típica de las personalidades infantiles. En este caso, el temor a la separación refleja por lo general no sólo una dependencia patológica, sino además el temor de que la rabia producida por la frustración de la separación destruya la imagen internalizada del terapeuta. La interpretación de los significados inconscientes de la angustia de separación es parte importante del tratamiento desde sus primeras etapas. El siguiente nivel de la secuencia está caracterizado por la presencia de reacciones de duelo patológicamente intensas, típicas de pacientes fronterizos con relaciones objetales internalizadas más integradas y, por lo tanto, de mejor pronóstico.

Por último, la tolerancia a las reacciones normales de duelo frente a las separaciones del terapeuta es característica de las etapas más avanzadas del tratamiento de pacientes fronterizos y, en general, de pacientes con una patología caracterológica más benigna. En todos los casos es esencial analizar detenidamente las reacciones de cada paciente ante la separación, debido al riesgo de una prematura interrupción del tratamiento y a la importante información que acerca de la transferencia y de la cualidad general de las relaciones objetales pueden ofrecer dichas reacciones.

#### 8. LA RELACIÓN DEL PSICOTERAPEUTA CON EL EQUIPO HOSPITALARIO

En el caso de pacientes fronterizos cuyo tratamiento se combina con internación, sea desde el comienzo o en etapas ulteriores, es importante que el psicoterapeuta se mantenga en estrecho contacto con el coordinador del equipo hospitalario. Esto plantea problemas vinculados con el carácter confidencial del tratamiento, el riesgo de escisión de la transferencia y la coordinación general del tratamiento hospitalario y la labor psicoterapéutica.

Sobre la base de mi experiencia, considero útil que el psicoterapeuta reciba regularmente información completa acerca de las interacciones del paciente en el hospital, poniendo en conocimiento de este último dicho suministro de datos. El terapeuta puede así compartir con el paciente la información más significativa sobre sus interacciones en el hospital e integrarla con su análisis de la transferencia. Al mismo tiempo, el psicoterapeuta debe manifestarle al paciente que considerará confidencial toda la información que reciba de él, salvo aspectos específicos que desee indagar con el equipo hos-

pitalario; de todos modos, antes de hacerlo deberá solicitar la autorización del paciente. En otras palabras, se deberá mantener el carácter confidencial de la información, excepto cuando el paciente haya dado su expresa autorización para que el terapeuta comparta determinados aspectos con el equipo hospitalario. Por último, acostumbro hacer saber de manera explícita al paciente que no me siento obligado a considerar confidenciales aquellas circunstancias que importan una amenaza para su vida o la de otras personas, también en este caso aclarándole anticipadamente el tipo de información que, a mi juicio, debe ser compartida con el equipo hospitalario.

El enfoque descrito pone de relieve la importancia de integrar la totalidad del tratamiento en los casos en que se requiere internación durante la psicoterapia: en la práctica, esta integración contribuye a disminuir o impedir las maniobras de escisión mediante las cuales parte de la transferencia se expresa hacia el equipo hospitalario. Cuando en el caso de pacientes externos surgen complicaciones sociales, tales como las tentativas de familiares o allegados al paciente de ponerse en contacto directo con el psicoterapeuta, se podrá solicitar la colaboración de un asistente social o un trabajador social en psicometría, con el fin de obtener el grado de estructuración apto para mantener al terapeuta separado del entorno social externo del paciente, pero sin dejar de contener la situación terapéutica global desarrollada hasta entonces. También en estas circunstancias el psicoterapeuta debe mantener una fluida comunicación con el trabajador social, y toda información que desee compartir con éste debe ser objeto de previa discusión con el paciente.

En mi opinión, el peligro de exoactuaciones incontrolables y escisión de la situación terapéutica sobrepasa los riesgos y complicaciones a que pueda dar lugar el hecho de compartir determinada información con otros miembros del equipo terapéutico. Unas veces este tipo de ordenamiento terapéutico múltiple obstaculiza la neutralidad del terapeuta hasta tal punto que el tratamiento se transforma en una terapia de apoyo; otras, en cambio, libera al terapeuta de la necesidad de tomar decisiones acerca de la vida del paciente, diluye sus reacciones contratransferenciales que de otro modo resultarían insoportables y, en resumen, protege su neutralidad. Son tantas las variables individuales que intervienen en cada caso, que es muy difícil generalizar respecto de este tema.

En síntesis, los requisitos y el modo de organización de las primeras etapas del tratamiento reflejan aspectos esenciales de la estrategia y táctica terapéuticas a seguir con pacientes fronterizos. El objetivo general de esa fase inicial del tratamiento es crear las condiciones que permitan desarrollar una relación psicoterapéutica prolongada en circunstancias favorables, entre las cuales se incluyen medidas tendientes a proteger al paciente de los efectos potencialmente destructivos y autodestructivos de su enfermedad, a salvaguardar la neutralidad del terapeuta y a evitar el riesgo de que la



estrategia psicoterapéutica asuma las características de una terapia de apoyo, apartándose así del trabajo interpretativo requerido por estos pacientes. Dentro de este encuadre general, el psicoterapeuta debe tratar de integrar la interpretación del comportamiento del paciente, su experiencia subjetiva y las repercusiones transferenciales de sus dificultades actuales, a la luz de una auténtica experiencia humana entre ambos, cada vez más amplia y profunda.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bion, W. (1967): *Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. Londres, Heinemann. [Hay versión castellana: *Volviendo a pensar*. Buenos Aires, Hormé.]
2. Boyer, L. B. (1971): Psychoanalytic Technique in the Treatment of Certain Characterological and Schizophrenic Disorders. *Int. J. Psycho-anal.*, 52, 67-85.
3. Eissler, K. R. (1953): The Effect of the Structure of the Ego on Psychoanalytic Technique. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 1, 104-143.
4. Frosch, J. (1970): Psychoanalytic Considerations of the Psychotic Character. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 18, 24-50.
5. — (1971): Technique in Regard to Some Specific Ego Defects in the Treatment of Borderline Patients. *Psychoanal. Quart.*, 45, 216-220.
6. Freud, A. (1936): *The Ego and the Mechanisms of Defense*. Nueva York, Int. Univ. Press, 1946.
7. Giovacchini, P. L. (comp.) (1972): *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Therapy*. Science House, Inc.
8. Greenson, R. R. (1967): *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. Nueva York, Int. Univ. Press.
9. Greenson, R. R. (1970): The Unique Patient-Therapist Relationship in Borderline Patients. Presentado en la reunión anual de la Asociación Americana de Psiquiatría (no publicado).
10. Zetzel, E. R. (1956): Current Concepts of Transference. *Int. J. Psycho-anal.*, 37, 369-376.

## CAPÍTULO VII

### LA VIVENCIA SUBJETIVA DE VACIO

Un sí-mismo normalmente integrado y las correspondientes concepciones integradas de los demás (representaciones objetales integradas) garantizan el sentido de continuidad a través del tiempo y en circunstancias variables. Garantizan también el sentido de pertenencia a un conjunto de relaciones humanas que otorgan significado a la vida, así como la "vivencia de uno mismo" que todos consideramos natural y que normalmente solo se ve amenazada por los traumas psicosociales más extremos e inusuales o por situaciones que ponen en peligro la propia vida. Jacobson señaló que esta vivencia de sí mismo, que deriva del reconocimiento de un sí-mismo integrado por parte del individuo, debe ser diferenciada de la "autoestima" o "autoconsideración", que depende de la carga libidinal del sí-mismo integrado (1).

Cuando por motivos diversos se perturba la normal relación entre el sí-mismo y el mundo interno de objetos (representaciones objetales integradas) y se produce lo que podríamos llamar abandono interno del sí-mismo por parte de los objetos internos o una pérdida de objetos internos, surgen experiencias subjetivas patológicas sumamente dolorosas y perturbadoras. Entre estas experiencias ocupan un lugar preponderante la sensación de vacío y futilidad de la vida, el desasosiego crónico, el hastío y la pérdida de la normal capacidad de experimentar la soledad y sobreponerse a ella.

Hay pacientes que describen una dolorosa y perturbadora experiencia subjetiva que con frecuencia denominan sensación de vacío. En los casos típicos, es como si ese vacío fuera su modalidad básica de vivencia subjetiva, de la cual tratan de escapar participando en un cúmulo de actividades o en desenfundadas interacciones sociales, ingiriendo drogas o alcohol o buscando gratificar sus instintos mediante el sexo, la agresión, la comida o quehaceres compulsivos, que apartan la atención de su vivencia interna. Otros pacientes, en cambio, parecen sucumbir a esta experiencia de vacío y adquieren un estilo de vida mecánico, pasando por las distintas actividades cotidianas con una sensación de irrealidad o un desvanecimiento de toda

vivencia subjetiva, de manera tal que dan la impresión de fusionarse con su entorno inmediato, sea humano o inanimado.

La vivencia subjetiva de vacío puede adoptar formas diversas. En algunos pacientes con depresiones neuróticas crónicas o de personalidad depresiva, esta vivencia se presenta sólo de manera intermitente y en franco contraste con otros tipos de experiencias subjetivas, caracterizándose por una sensación de pérdida de contacto con los demás. Los pacientes perciben a las otras personas como distantes, inaccesibles o mecanizadas, mientras ellos mismos se perciben del mismo modo; para ellos la vida ya no tiene sentido; no hay esperanza de felicidad o gratificaciones futuras; no queda nada a lo que puedan aspirar o por lo que puedan luchar. Sienten que ya no son capaces de amar a nadie y que no hay razón alguna para que nadie los ame; el mundo humano ha quedado desprovisto de relaciones significativas entre las personas, o por lo menos de vínculos de amor en los que ellos mismos puedan participar. Su mundo de objetos inanimados parece estar drásticamente limitado, como si esos objetos, que el paciente apreciaba y de los que se rodeaba en su vida cotidiana, sobresalieran de su entorno habitual, haciéndose impenetrables, inaccesibles y dolorosamente faltos de significado.

Las vivencias de estos pacientes depresivos se asemejan al sentimiento de soledad, salvo que en la soledad intervienen componentes de anhelo y la sensación de que hay otros cuya presencia y cuyo amor son necesarios, pero que ahora parecen inaccesibles. La indagación psicoanalítica revela que en estos pacientes actúa un sentimiento inconsciente de culpa y que el "vaciamiento" de su experiencia subjetiva refleja el ataque de que los hace víctima su superyó. El duro castigo interno impuesto por el superyó consiste en el implícito dictamen de que no merecen ser amados ni apreciados, quedando condenados a estar solos. En los casos más graves, y en un plano más profundo, las presiones superyoicas determinan la fantasía de que debido a su maldad han destruido a sus objetos internos y que en consecuencia han quedado solos en un mundo ahora carente de amor.

Otros pacientes, aquellos de personalidad esquizoide, experimentan el vacío como una característica innata que los hace diferentes de los demás. Contrariamente a otras personas, son incapaces de tener vivencia alguna y pueden sentirse culpables por carecer de los sentimientos de amor, odio, ternura, anhelo o duelo que detectan y comprenden en los demás, pero que ellos mismos no pueden experimentar. Para los pacientes esquizoideos la vivencia de vacío suele ser menos penosa que para los depresivos, ya que no hay tanto contraste entre los períodos en que se sienten vacíos y los momentos en que establecen contacto emocional con los demás. La sensación interna de dejarse llevar, de irrealidad subjetiva y el relativo alivio derivado de esa misma irrealidad les hace más tolerable la vivencia de vacío y les permite reaccionar con una dependencia pasiva con

respecto a otras personas, llenando así el tiempo con un reconocimiento de la realidad externa que contrasta con su experiencia subjetiva.

La vivencia subjetiva del terapeuta frente al paciente depresivo que atraviesa por una experiencia de vacío difiere de manera notable de la que tiene ante el paciente esquizoide en iguales circunstancias. En relación con un paciente de personalidad depresiva o con una depresión neurótica crónica, el terapeuta suele sentir un intenso contacto humano, una vivencia subjetiva de empatía, aunque sabiendo al mismo tiempo que aquél no puede permitirse tener acceso emocional a él, no obstante reconocerlo como persona real. La culpa inconsciente que impide al paciente depresivo aceptar el amor o la preocupación que se le ofrece, se refleja en la transferencia y en la reacción emocional del terapeuta. Por el contrario, frente a pacientes esquizoides que padecen una vivencia subjetiva de vacío o de falta de significado emocional en sus relaciones con los demás y con la vida en general, el terapeuta suele experimentar iguales sentimientos de extrañamiento, distancia e inaccesibilidad.

Una paciente de marcados rasgos esquizoides dijo en una sesión, después de muchos meses de tratamiento, que no podía experimentar vivencia alguna y que mis interpretaciones de sus sentimientos hacia mí ponían de relieve que yo ignoraba hasta qué punto ella era incapaz de sentir. Habló de una visita a casa de una prima, cuyo marido era un hombre muy atractivo de acuerdo con la opinión de los demás. Por la manera en que la paciente describía las interacciones entre su prima, el marido de ésta y las personas que los rodeaban, tuve la vaga impresión de que existían ciertas tensiones de carácter sexual entre ellos; pero no lograba discernir quién era sexualmente atractivo para quién y qué tenían que ver todas estas personas con la paciente misma.

Cuando le formulé todas estas preguntas, sus respuestas me dieron la sensación de que todo el asunto de la visita a su prima no tenía ninguna importancia en ese momento, pero no pude detectar ninguna otra cosa que sí la tuviera. Mi distracción iba en aumento y tuve la impresión de perder las conexiones entre los distintos aspectos del material. La única idea que persistía en mi mente era que la paciente estaba defendiéndose de sentimientos sexuales hacia mí. Como carecía de evidencias directas en ese sentimiento, tuve la penosa sensación de no estar haciendo más que una especulación intelectual mecánica, en la que no podía apoyarme para interpretar.

La paciente habló entonces de lo cansador que le había resultado asistir a la fiesta ofrecida por su prima, tratando de participar y mostrarse interesada cuando en realidad se sentía a millas de distancia y habría preferido simplemente trabajar en tareas mecánicas que no le exigieran una respuesta interna. Mencionó también haber leído sobre un caso de violación o algún hecho parecido que importaba una dolorosa experiencia sexual. Otra vez caí en la cuenta de que me había distraído, perdiendo la hilación de sus comentarios. Al

mismo tiempo estaba consciente del sol que entraba en el consultorio, de las líneas y sombras de los muebles, y noté con sobresalto que la paciente sentada frente a mí parecía casi un objeto inanimado o, mejor dicho, me impresionaba como extraña, impersonal y mecánica. En otras palabras, había inducido en mí la sensación de vacío e inconexión que según ella había caracterizado sus interacciones con su prima y las restantes personas.

Le dije entonces que creía que había algo en ella que trataba de dispersar y fragmentar todos sus contactos humanos, privándolos de su significado hasta hacer que ya nada tuviera sentido; en vista del temor que le inspiraban sus fantasías sexuales, esa dispersión o fragmentación podía servir para protegerla de los muy reales sentimientos sexuales que experimentaba hacia el marido de su prima, proceso que en ese momento se estaba desarrollando también con respecto a mí. La paciente reveló inmediatamente que había tenido la fantasía de abrazarme y sentirse sexualmente excitada al ser abrazada por mí de manera paternal.

Este ejemplo ilustra la etapa de resolución de lo que muchas veces es una situación crónicamente resistente y frustrante en la relación terapéutica con personalidades esquizoides; es decir, la dispersión y fragmentación de emociones en todas las relaciones humanas, que provoca una crónica sensación de vacío en el paciente y en las reacciones del terapeuta ante aquél. La vivencia de vacío de tipo esquizoide difiere del sentimiento de soledad, en la medida en que éste importa un total y profundo reconocimiento de la posibilidad de establecer relaciones significativas con los demás, reconocimiento que no está al alcance de las personalidades esquizoides durante gran parte de su tratamiento.

Existen otros pacientes en quienes la vivencia de vacío es un aspecto sobresaliente de su psicopatología. Me refiero a las personalidades narcisistas, es decir aquellas que presentan un desarrollo patológico del narcisismo caracterizado por la formación de un sí-mismo grandioso y serios deterioros de todas sus relaciones objetales internalizadas. Contrariamente a los pacientes depresivos y esquizoides, en la experiencia de vacío de las personalidades narcisistas intervienen también, como componentes típicos, fuertes sentimientos de hastío o desasosiego. En ellos están ausentes ciertos aspectos de la capacidad de establecer vínculos humanos que, a su modo, conservan los pacientes esquizoides, y más aún los depresivos. Estos últimos, e incluso los esquizoides, son capaces de experimentar una profunda empatía hacia el amor, o en general hacia las emociones y vivencias de las que participan los demás, no obstante sentirse dolorosamente excluidos de ellas.

Por ejemplo, un paciente de personalidad depresiva reaccionaba con intensidad a la música y a las emociones reflejadas en novelas y obras de teatro y se identificaba profundamente con personajes literarios. La paciente esquizoide mencionada antes se interesaba en

ciertos temas filosóficos y religiosos y, aunque con su característico distanciamiento, se preocupaba por la vida de familiares y amigos. Era algo así como un observador de otro planeta que contempla "la vida y acciones" de los habitantes de este planeta.

Los pacientes de personalidad narcisista, en cambio, son incapaces de empatizar en profundidad con la vivencia humana. La vida social, en la que encuentran la oportunidad de confirmar en la realidad o en la fantasía su necesidad de ser admirados y de gratificar directamente sus instintos, suele dar un sentido inmediato a sus vidas, pero sólo de manera temporaria. Cuando las gratificaciones cesan, reaparece la sensación de vacío, desasosiego y hastío. El mundo se transforma entonces en una prisión, de la que sólo pueden escapar mediante nuevas experiencias que signifiquen excitación, admiración, control, triunfo o incorporación de suministros. Las respuestas emocionales profundas al arte, la catectización de sistemas de valores o de lo creativo, más allá de la gratificación de sus objetivos narcisistas, son experiencias que están fuera de su alcance o directamente desconocidas para ellos.

En la relación terapéutica, las personalidades narcisistas tienden a inducir en el terapeuta dos reacciones emocionales extremas y opuestas. Cuando proyectan su propia grandiosidad, el terapeuta suele sentirse el centro de la vida del paciente, la fuente inagotable de sabiduría y gratificaciones que hacen sentir plenamente vivo al paciente. Otras veces, en cambio (y para sobresalto del terapeuta inexperto), puede sentirse vacío, indefenso y perdido en presencia de un paciente autosuficiente satisfecho de sí mismo y omnipotente, proceso que se produce a veces abruptamente y sin embargo de manera tan sutil y persistente, que puede transcurrir mucho tiempo antes de que el terapeuta tome conciencia de lo que le está ocurriendo. En tales circunstancias puede experimentar una crónica sensación de vacío, irrealdad y hastío, junto con una intensa culpa por ese hastío. Recién después de un cierto período llega a saber que el hastío es la expresión de su reconocimiento de una seudopresencia de la otra persona en el consultorio, la expresión de una relación fingida en la que él mismo está siendo tratado como un apéndice sin valor del paciente omnipotente y omnisciente. El hastío del terapeuta refleja la ausencia de relaciones objetales significativas en las sesiones, y lo alerta acerca del hastío y el desasosiego mucho más generalizados y crónicos del paciente, que ponen de manifiesto su carencia de relaciones objetales.

Muchos casos fronterizos tienen vivencias de vacío, pero de manera transitoria y sin la extensión característica de las personalidades narcisistas (fronterizas o no) y de los pacientes con marcados rasgos esquizoides. Algunos pacientes en quienes se combinan rasgos narcisistas y esquizoides alternan entre períodos en los que experimentan fuertes emociones frente a posibles enemigos contra quienes deben luchar, proceso merced al cual se sienten vivos, y períodos

en que debido al predominio de los rasgos narcisistas y la ausencia de enemigos inmediatos, pasan por dolorosas vivencias de vacío y carencia de sentido en la vida. Existen pacientes narcisistas cuyo narcisismo patológico constituye una importante defensa contra primitivas tendencias paranoides, y pacientes paranoides en quienes el enfrentamiento con posibles enemigos es una protección contra la dolorosa vivencia de vacío. En todos los casos en que prevalece el narcisismo patológico, esta vivencia representa el polo opuesto al sentimiento de soledad. Muy a menudo los pacientes narcisistas son incapaces de reconocer la posibilidad de una relación significativa con los demás, no buscan establecerla ni la echan de menos.

Todo lo dicho hasta aquí acerca de la vivencia subjetiva de vacío se presta para formular las siguientes generalizaciones: esta vivencia representa una pérdida temporal o permanente de la normal relación del sujeto con las representaciones objetales, es decir, con el mundo de objetos internos que fija intrapsíquicamente las experiencias significativas con los demás y constituye un ingrediente básico de la identidad del yo. En los pacientes con una identidad yoica bien consolidada y, por lo tanto, con una normal integración y estabilidad de sí mismos y del mundo de objetos internos, como lo son las personalidades depresivas, este proceso tiene lugar en momentos en que fuertes presiones superyoicas les hacen sentir que no merecen ser amados y que, en consecuencia, pueden ser abandonados por sus objetos internos. Sin embargo, aun en estas circunstancias persiste su capacidad de mantener relaciones objetales normales, capacidad que puede ser actualizada en la transferencia y en otras experiencias interpersonales.

Por el contrario, cuando el sí-mismo y el mundo de objetos internos no están integrados ni existen relaciones normales entre ambos la vivencia de vacío y falta de sentido de la vida cotidiana es más profunda y crónica. Por consiguiente, todos los pacientes con el síndrome de difusión de la identidad (pero no con crisis de identidad) son propensos a sufrir vivencias de vacío. Estas vivencias adquieren especial intensidad cuando los mecanismos de disociación o escisión constituyen las defensas predominantes contra el conflicto intrapsíquico; esto ocurre, por ejemplo, con las personalidades esquizoides, en quienes los mecanismos de escisión son especialmente marcados y pueden llevar a una dispersión o fragmentación defensiva de los afectos y de las relaciones internas y externas entre el sujeto y objetos significativos. En las personalidades narcisistas, en quienes las normales relaciones entre un sí-mismo integrado y un mundo integrado de objetos internos están reemplazadas por el desarrollo patológico de un sí-mismo grandioso y el deterioro de los objetos internos, la vivencia de vacío alcanza su máxima intensidad y es casi constante. En estos casos, el vacío, el desasosiego y el hastío constituyen la constelación básica de la experiencia narcisista patológica. En síntesis, la vivencia de vacío representa un complejo estado afec-



tivo que refleja la ruptura de la normal polaridad entre sí-mismo y objetos (las unidades básicas de todas las relaciones objetales internalizadas); se ubica a mitad de camino entre el anhelo, la tristeza y la soledad, que traducen la esperanza de restablecer relaciones objetales significativas, y la fusión regresiva de naturaleza psicótica entre un sí-mismo e imágenes objetales "totalmente buenos" (que se produce cuando no se puede tolerar la pérdida de la buena relación con un objeto).

En la transferencia, la vivencia subjetiva de vacío del paciente se refleja en las vicisitudes de la relación paciente-terapeuta. Mediante el análisis de la situación transferencial y contratransferencial, el terapeuta puede identificar el tipo de patología de las relaciones objetales internalizadas que subyace a esta vivencia. Dicho análisis adquiere gran importancia desde el punto de vista del diagnóstico y del tratamiento. Permite esclarecer la naturaleza de la patología predominante en las estructuras intrapsíquicas y en las operaciones defensivas intervinientes. Puesto que las personalidades fronterizas y los pacientes narcisistas padecen una severa patología del sí-mismo y de las representaciones objetales, el análisis de su transferencia requiere una estrategia terapéutica específica, que se describe a continuación.

Como primera medida, el terapeuta debe estar alerta a la posible aparición durante las sesiones de la sensación de futilidad o falta de significado, como vivencia básica tanto en el paciente como en él mismo; esta deshumanización de la relación terapéutica debe ser diagnosticada en función de los mecanismos intervinientes (predominio de la escisión, de la omnipotencia primitiva, de la culpa inconsciente, de la envidia inconsciente del terapeuta, etcétera); asimismo deben interpretarse estas defensas contra una relación objetal significativa en la transferencia, y sus motivaciones.

Como segundo paso, el terapeuta debe evaluar la primitiva relación objetal que se desarrolla una vez que aquellas defensas han sido elaboradas, en función de la imagen de sí mismo del paciente y la correspondiente imagen objetal que intervienen en ella. El terapeuta puede representar un aspecto del sí-mismo disociado del paciente y/o de una primitiva imagen objetal, pudiendo producirse además un intercambio de las imágenes de sí mismo y del objeto actuadas respectivamente por él y por el paciente. Es necesario entonces interpretar estos aspectos de las representaciones de sí mismo y del objeto, y esclarecer en la transferencia la correspondiente relación humana.

El tercer paso consiste en la integración de esta particular relación "objetal parcial" activada en la transferencia con otras relaciones "objetales parciales", hasta lograr la integración y consolidación del sí-mismo real del paciente y de su concepción interna de los objetos. Estos pasos representan en esencia la secuencia que sigue la

elaboración de los primitivos fenómenos transferenciales típicos de los pacientes fronterizos y las personalidades narcisistas.

El estudio psicoanalítico de pacientes que buscan evadir su sensación de vacío por medio del alcohol o las drogas ofrece ilustración adicional acerca de las características de las estructuras intrapsíquicas de dichos pacientes, de acuerdo con las cuales, a mi juicio, varían los efectos del alcohol o las drogas.

Un paciente de personalidad depresiva que se encuentra bajo la influencia del alcohol, puede experimentar una sensación de bienestar y júbilo, que inconscientemente representa para él la reunión con una imagen parental perdida y prohibitiva pero ahora clemente, que fue motivo de sus sentimientos inconscientes de culpa y depresión. La combinación de júbilo y depresión, de expansividad y duelo, en las personalidades depresivas bajo los efectos del alcohol, refleja la elaboración de la culpa en la fantasía, la necesidad de reparar la relación con el objeto y la celebración del reencuentro con él. Por el contrario, en muchos pacientes fronterizos la ingestión de drogas da lugar a una sensación de bienestar y bondad que activa las imágenes escindidas y "totalmente buenas" de sí mismo y del objeto y hace posible negar las relaciones objetales internalizadas "totalmente malas", permitiendo así evadir la culpa intolerable o la persecución interna. En las personalidades narcisistas, el alcohol y las drogas constituyen los medios principales para "reabastecer" el sí-mismo grandioso y asegurar su omnipotencia y su protección contra un entorno potencialmente frustrante y hostil que no ofrece gratificaciones ni admiración.

Las personalidades narcisistas son, a mi juicio, las más propensas a las adicciones y en ellas el pronóstico para el tratamiento de esas adicciones es mucho peor que en los pacientes fronterizos sin rasgos narcisistas y los pacientes menos regresivos, como por ejemplo las personalidades depresivas. En líneas generales, cabe decir que las funciones psicológicas del alcohol o las drogas están marcadamente influenciadas por las características predominantes de las relaciones objetales intrapsíquicas.

En los últimos años se ha planteado un importante interrogante vinculado con la relación entre la vivencia subjetiva de futilidad y vacío, por una parte y por la otra, el rápido colapso y las oscilaciones de la estabilidad social y los valores culturales. Al respecto cabe preguntarse si los actuales cambios sociales y culturales han afectado las pautas que rigen las relaciones objetales. Sobre la base de lo expuesto hasta aquí, no creo que los cambios en la cultura contemporánea tengan efectos sobre las pautas de las relaciones objetales, si definimos éstas no simplemente como interacciones reales entre una persona y los demás, sino en función de las estructuras intrapsíquicas que gobiernan dichas interacciones y de la capacidad interna de vincularse en profundidad con otras personas. Muchos autores se han referido a lo que denominan esta "era de la alienación", infi-

riendo que la alienación social y cultural puede promover la desintegración de la capacidad de establecer compromisos profundos con los demás.

Al comparar la juventud y sus manifestaciones de protesta con la juventud alienada, Keniston (2, 3) presentó una importante evidencia sociológica que demuestra que el retraimiento generalizado de las relaciones con los demás y la incapacidad de establecer vínculos profundos y duraderos no son un reflejo directo de la cultura juvenil, sino la consecuencia de muy tempranos conflictos infantiles y de la patología familiar. Del mismo modo, no creo que las modificaciones de la moral contemporánea hayan cambiado la necesidad y la capacidad de intimidad en sus diversas modalidades. Esto no quiere decir que al cabo de varias generaciones no puedan producirse modificaciones en las pautas de la intimidad, siempre y cuando los cambios de los patrones culturales afecten la estructura familiar hasta un punto tal que llegue a repercutir sobre las más tempranas etapas del desarrollo infantil. Pienso que es importante discriminar entre los efectos de la desorganización social, del quebranto grave de la estructura familiar y del temprano desarrollo infantil (factores que tienen una innegable repercusión en el desarrollo de la personalidad), y los efectos de las rápidas modificaciones culturales que se reflejan en los cambiantes hábitos sociales y sexuales. En mi opinión, estos últimos no producen vivencias crónicas de vacío y futilidad, a menos que exista una severa patología de las relaciones objetales internalizadas, cuyo origen se remonta a la infancia o los primeros años de la niñez.

## BIBLIOGRAFIA

1. Jacobson, Edith: *The Self and the Object World*. Nueva York, International Universities Press, 1964.
2. Keniston, K.: *Young Radicals*. Nueva York, Harcourt, Brace and World, Inc., 1968.
3. — Student Activism, Moral Development, and Morality, *Amer. J. Orthopsychiat.*, 40, 577-592, 1970.

**SEGUNDA PARTE**  
**LA PERSONALIDAD NARCISISTA**

## CAPÍTULO VIII

### TRATAMIENTO DE LA PERSONALIDAD NARCISISTA

En el presente capítulo me ocuparé de la etiología, el diagnóstico, el pronóstico y algunos factores del tratamiento de pacientes de personalidad narcisista; mi propósito no es agotar el tema, sino arrojar nueva luz sobre determinados aspectos. Enfocaré fundamentalmente el problema clínico del narcisismo y la etiología del narcisismo patológico desde el punto de vista metapsicológico, ya que el tema general de la teoría del narcisismo en psicoanálisis será examinado en el capítulo X.

Sugerí en el capítulo I que narcisismo es un término descriptivo del que se ha hecho uso y abuso; pero existe un grupo de pacientes cuyo principal problema radica en un desequilibrio de su autoapreciación relacionado con perturbaciones específicas de sus vínculos objetales y a quienes se podría ver como un cultivo casi puro de narcisismo patológico. Es para estos pacientes que reservaría la denominación de personalidades narcisistas. En un plano superficial, no exhiben desórdenes serios de conducta; su comportamiento social suele ser satisfactorio y el control sobre sus impulsos es en general más eficaz que en las personalidades infantiles.

Las interacciones de estos pacientes con otras personas están referidas a sí mismos en medida inusual; sienten gran necesidad de ser amados y admirados y presentan una curiosa contradicción entre un concepto muy elevado de sí mismos y una desmedida necesidad de homenaje por parte de los demás. Su vida emocional carece de hondura; experimentan escasa empatía hacia los sentimientos de otras personas; disfrutan poco de la vida, más allá del tributo que reciben de los demás y de sus propias fantasías grandiosas; caen en el desasosiego y el hastío cuando el brillo externo se desvanece y no encuentran nuevas fuentes para alimentar su autoestima. Sienten envidia hacia los demás; tienden a idealizar a las personas de quienes esperan una gratificación de su narcisismo y a desvalorizar y despreciar a aquellos de quienes ya nada esperan (muchas veces sus antiguos ídolos). En general, sus relaciones con otras personas son netamente explotadoras y a veces parasitarias. Es como si sintieran tener

derecho a controlar y poseer a los demás y a explotarlos sin culpa; detrás de una fachada de encanto y simpatía se llega a percibir su naturaleza fría y despiadada. La gran necesidad de estos pacientes de recibir el tributo y la adoración de los demás lleva muchas veces a decir que dependen de otras personas, pero en un nivel más profundo son incapaces de depender verdaderamente de nadie debido a la desconfianza y el desprecio que sienten hacia los demás.

La indagación analítica revela a menudo que su comportamiento altivo, grandioso y controlador es una defensa contra rasgos paranoides vinculados por la proyección de la rabia oral, componente esencial de su psicopatología. En un plano superficial, se observa en estos pacientes una notable carencia de relaciones objetales; en un nivel más profundo, sus interacciones reflejan relaciones objetales internalizadas muy intensas, primitivas y de naturaleza atemorizante, y su incapacidad de depender de sus objetos buenos internalizados. La personalidad antisocial constituye un subgrupo de la personalidad narcisista; presenta las características ya mencionadas, a las que se agrega una severa patología superyoica.

Los rasgos sobresalientes de las personalidades narcisistas son la grandiosidad, la exagerada centralización en sí mismos y una notable falta de interés y empatía hacia los demás, no obstante la avidez con que buscan su tributo y admiración. Sienten gran envidia hacia aquellos que poseen algo que ellos no tienen o que simplemente parecen disfrutar de sus vidas. No sólo les falta profundidad emocional y capacidad para comprender las complejas emociones de los demás, sino que además sus propios sentimientos carecen de diferenciación, encendiéndose en rápidos destellos para dispersarse inmediatamente. En particular, son incapaces de experimentar auténticos sentimientos de tristeza, duelo, anhelo y reacciones depresivas, siendo esta última carencia una característica básica de sus personalidades. Cuando se sienten abandonados o defraudados por otras personas, suelen exhibir una respuesta aparentemente depresiva pero que, examinada con mayor detenimiento, resulta ser de enojo y resentimiento cargado de deseos de venganza, y no verdadera tristeza por la pérdida de una persona que apreciaban.

Algunos pacientes de personalidad narcisista presentan fuertes sentimientos conscientes de inseguridad e inferioridad, que en ocasiones alternan con sentimientos de grandeza y fantasías omnipotentes (10). Otras veces, las fantasías inconscientes de omnipotencia y grandiosidad narcisista recién emergen a la superficie después de algún tiempo de análisis. La presencia de contradicciones extremas en su concepto de sí mismos es a menudo la primera evidencia clínica de su severa patología yoica y superyoica, oculta tras la fachada de un buen funcionamiento social.

La organización defensiva de estos pacientes es bastante similar a la de las personalidades fronterizas en general. Predominan en ellos los mecanismos de defensa primitivos, como la disociación, la nega-

ción, la identificación proyectiva, la omnipotencia y la idealización primitiva. También presentan los intensos y primitivos conflictos vinculados con la agresión oral que son característicos de los pacientes fronterizos. Lo que distingue a muchos individuos narcisistas del paciente fronterizo corriente es su funcionamiento social relativamente bueno, su mejor control sobre los impulsos y lo que puede ser descrito como capacidad "seudosublimatoria", es decir la capacidad de operar de manera activa y coherente en determinadas áreas, que les permite satisfacer en parte sus ambiciones de grandeza y obtener la admiración de los demás. Muchos de estos pacientes poseen un alto grado de inteligencia y desempeñan labores creativas en sus respectivos campos de acción; suelen ser figuras destacadas en el mundo industrial, académico o artístico. Sin embargo, la observación detenida y prolongada pone de manifiesto lo superficial y veleidoso de su desempeño, y una falta de hondura que revela la futilidad disimulada por el brillo externo. Muchas veces estos pacientes son los genios "prometedores" que después sorprenden a los demás por la banalidad de sus logros. Su capacidad de controlarse en situaciones angustiantes impresiona a primera vista como una buena tolerancia a la ansiedad; sin embargo, la indagación analítica demuestra que obtienen esta tolerancia a costa de incrementar sus fantasías narcisistas y de retraerse en un "espléndido aislamiento". En otras palabras, su tolerancia a la ansiedad no refleja una auténtica capacidad de avenirse a una realidad perturbadora.

En síntesis, el funcionamiento superficial de la personalidad narcisista es muy superior al del paciente fronterizo corriente; de ahí que su propensión a la regresión —que en el curso del tratamiento psicoanalítico puede llegar incluso al nivel psicótico— suele constituir una verdadera sorpresa para el analista.

### **Características etiológicas y dinámicas**

Una primera tentativa de clasificar el carácter narcisista como una forma de tipo libidinal (5) no logró aceptación general por las razones mencionadas por Fenichel (3). Van der Waals (19) esclareció el tema del "narcisismo patológico" al señalar que no refleja plenamente una fijación a las tempranas etapas narcisistas del desarrollo y la ausencia de la normal evolución hacia el amor objetal, sino que está caracterizado por el desarrollo simultáneo de formas patológicas de amor a sí mismo y formas patológicas de amor objetal. Según van der Waals, así como el narcisismo normal se desarrolla al mismo tiempo que las relaciones objetales normales, el narcisismo patológico se desarrolla simultáneamente con relaciones objetales patológicas. Este autor señaló también que la comprensión del narcisismo patológico se ha visto obstaculizada por el hecho de que en la bibliografía psicoanalítica los problemas clínicos del narcisismo



aparecen entremezclados con el tema del narcisismo como problema metapsicológico.

Jacobson (6) aclaró la relación entre regresión psicótica por una parte, y por la otra la refusión defensiva de las primitivas representaciones de sí mismo y de los objetos. Según ella, en las más tempranas etapas del desarrollo de un individuo, cuando las imágenes de sí mismo ya han llegado a diferenciarse de las objetales, contribuyendo así al desarrollo de la prueba de realidad y de los límites yoicos, las frustraciones extremadamente graves en la relación con primitivos objetos significativos pueden producir una peligrosa refusión de dichas imágenes, mecanismo que permite que el individuo evada el conflicto entre la necesidad que tiene del objeto externo y el temor que éste le inspira. En esas circunstancias puede tener lugar un desvanecimiento de los límites yoicos y una pérdida de la prueba de realidad, o sea una regresión psicótica. Esto no ocurre en las personalidades narcisistas, que conservan su prueba de realidad y cuyos límites yoicos son estables. A. Reich (10) sugirió que en las personalidades narcisistas se produce una fusión regresiva entre el sí-mismo y un primitivo ideal del yo.

Por mi parte, considero que en la personalidad narcisista tiene lugar una refusión de las imágenes internalizadas de sí mismo y de los objetos en una etapa del desarrollo en que los límites yoicos ya están estabilizados. En ese momento y a modo de defensa contra una realidad intolerable en el campo interpersonal se produce una fusión de las imágenes del sí-mismo ideal, del objeto ideal y del sí-mismo real, junto con la desvalorización y destrucción tanto de las imágenes objetales como de los objetos externos. En sus fantasías, estos pacientes se identifican con las imágenes ideales de sí mismos, para negar la normal dependencia de los objetos externos y de las representaciones internalizadas de éstos. Es como si se dijeran: "Ya no es necesario que tema ser rechazado por no estar a la altura del ideal de mí mismo, que por sí solo me permite ser amado por la persona ideal que imagino me amaría. Esa persona ideal, mi imagen ideal de esa persona y mi propia persona real somos uno, y mejor que la persona ideal que yo deseaba que me amara: por lo tanto ya no necesito de nadie más". En otras palabras, la normal tensión entre el sí-mismo real por una parte, y el sí-mismo ideal y el objeto ideal por la otra, queda eliminada por la constitución de un concepto inflado de sí mismo, en cuyo contexto el sí mismo real, el sí mismo ideal y el objeto ideal se confunden. Al mismo tiempo, los remanentes de las propias imágenes inaceptables son reprimidos y proyectados en los objetos externos, que son desvalorizados. Este proceso contrasta con la normal diferenciación entre las imágenes ideales de sí mismo y las imágenes objetales ideales que representan demandas internalizadas de los objetos y la gratificación obtenida de éstos en caso de que esas demandas sean satisfechas. El superyó normal integra las imágenes ideales de sí mismo y de los objetos; la tensión

entre esas imágenes ideales integradas y las imágenes reales de sí mismo se transforma en tensión entre el yo y el superyó. En los pacientes narcisistas, por el contrario, la patológica fusión entre las imágenes del sí-mismo ideal, del objeto ideal y del sí-mismo real impide esa integración del superyó, debido a que el carácter irreal del proceso de idealización obstaculiza la condensación de las imágenes idealizadas con las demandas parentales reales y con los precursores superyoicos de origen agresivo. Asimismo, las imágenes reales de sí mismo, que son parte de la estructura yoica, están ahora condensadas con precursores del superyó y por lo tanto interfieren con la normal diferenciación entre superyó y yo. Si bien algunos componentes superyoicos, como por ejemplo las prohibiciones parentales, están internalizadas, conservan no obstante características primitivas, agresivas y distorsionantes, debido a que no están integrados con los aspectos amorosos del superyó que normalmente derivan de las imágenes ideales de sí mismo y de los objetos y que en estos pacientes están ausentes (15). La integración con otros precursores superyoicos es tan escasa que los aspectos más agresivos y primitivos del superyó son fácilmente re proyectados bajo la forma de proyecciones paranoides. Importa destacar que la naturaleza agresiva y primitiva del superyó del paciente narcisista deriva en última instancia del carácter netamente oral agresivo de sus fijaciones. Es típico de estos pacientes adaptarse a las exigencias morales de su entorno, porque de no hacerlo temen ser atacados y, además, porque este sometimiento representa para ellos el precio a pagar por la gloria y la admiración. Sin embargo, es frecuente que pacientes de este tipo que nunca presentaron evidencia de comportamiento antisocial se consideran a sí mismos deshonestos y capaces de verse envueltos en actividades antisociales "si sólo tuvieran la seguridad de salir bien parados". Es obvio agregar que también consideran a los demás deshonestos e indignos de confianza, o bien confiables sólo en la medida en que las presiones externas los obliguen a serlo. Naturalmente, este concepto de sí mismos y de los otros adquiere gran importancia en la transferencia.

Una de las consecuencias de la fusión defensiva de imágenes del sí mismo ideal, del objeto ideal y del sí mismo real es la desvalorización y la destrucción no sólo de los objetos externos, sino también de las imágenes objetales internalizadas. En realidad, este proceso nunca llega tan lejos como para que no existan representaciones internas de objetos externos, ya que probablemente sería imposible vivir en tales condiciones. El deseo de ser admirado y amado por las demás personas hace necesario que esas personas estén por lo menos en cierta medida "vivas", tanto en el plano interno como en el externo. Los remanentes de las representaciones objetales internalizadas adquieren las características de personas reales, pero desdibujadas y desprovistas de vida. Esta manera de percibir a los demás, sobre todo a las personas que no están idealizadas, como sombras

sin vida o marionetas, es relativamente frecuente en estos pacientes. Las personas idealizadas de las que parecen "depender" resultan ser por lo general una proyección de la concepción grandiosa que tienen de sí mismos. El mundo interno de los individuos narcisistas parece estar poblado únicamente por representantes idealizados de sí mismos, por "sombras" de los demás y —como veremos más adelante— por temidos enemigos. Las relaciones del paciente narcisista con los demás tienen fines puramente explotadores, como si estuviera "exprimiendo un limón y arrojando después la cáscara vacía": para él, las otras personas poseen en su interior algo que él tiene que extraer, o bien ya han sido vaciadas y por lo tanto carecen de valor. Pero estos desdibujados objetos externos suelen aparecer repentinamente investidos de peligrosos poderes, cuando el paciente proyecta en ellos las primitivas características de su superyó y de sus propias tendencias explotadoras. De ahí que su actitud hacia los demás puede reflejar desvalorización —los arroja a un lado después de haber extraído de ellos todo lo que necesita— o temor —los otros pueden atacarlo, explotarlo y obligarlo a someterse—. En la base misma de esta dicotomía se encuentra una imagen aún más profunda de la relación con los objetos externos, precisamente aquella contra la cual el paciente erigió todas las demás estructuras patológicas; es la imagen de sí mismo hambriento, enfurecido, vacío, dominado por la rabia impotente ante la frustración y el temor que le causa un mundo tan lleno de odio y deseos de venganza como él mismo.

Este nivel más profundo del concepto de sí mismo de los pacientes narcisistas sale a la luz recién en las etapas más avanzadas de su tratamiento psicoanalítico, salvo en el caso de individuos narcisistas con francos rasgos fronterizos, en quienes se manifiesta ya desde las fases más o menos tempranas. Psicoanalistas de la escuela inglesa que analizaron pacientes con esta estructura caracterológica, subrayaron la importancia esencial de este terror básico al ataque y la destrucción. En la transferencia de pacientes menos desorganizados, es decir personalidades narcisistas con un yo relativamente más fuerte, surgen a veces fenómenos paranoides, con vivencias de vacío, rabia y temor de ser atacados. En un nivel aún menos regresivo, los remanentes manifiestos de este tipo de imágenes de sí mismo revelan que el paciente se percibe como una persona despreciable, pobre y vacía, permanentemente dejada de lado y devorada por la envidia hacia quienes poseen alimento, felicidad y fama. Muchas veces, estos vestigios manifiestos de las primitivas imágenes de sí mismo del paciente son indistinguibles de los vestigios indefinidos de las imágenes objetales desvalorizadas. Este tipo de autoconcepto desvalorizado se observa sobre todo en los pacientes narcisistas que tienden a dividir el mundo en personas famosas y ricas y personas despreciables, inútiles y "mediocres". Estos pacientes temen no pertenecer al grupo de los grandes, ricos y poderosos, sino al de los "mediocres", término que no conserva para ellos su acepción corrien-

te de "término medio", sino que equivale a despreciable y sin valor. Un paciente, después de años de tratamiento analítico, manifestó su anhelo de convertirse en una persona "corriente", queriendo decir con esto que deseaba disfrutar de su condición de tal, sin necesidad de sentirse grande e importante para contrarrestar su sensación de indignidad y desvalorización.

¿Qué es lo que produce la patológica fusión de imágenes del sí-mismo ideal, del objeto ideal y del sí-mismo real? En estos pacientes la agresión oral presenta un desarrollo patológicamente aumentado y es difícil evaluar en qué medida este desarrollo es el resultado de una fuerte pulsión agresiva de origen constitucional, de una intolerancia a la ansiedad también de origen constitucional respecto de los impulsos agresivos o de una grave frustración sufrida en los primeros años de vida.

En la historia de estos pacientes aparecen con frecuencia padres fríos, con una agresividad encubierta pero intensa. Una cantidad de casos que tuve oportunidad de examinar o tratar, sirvieron de base para elaborar un cuadro en el que aparece reiteradamente una figura parental, por lo general la madre o un sustituto materno, que en un plano superficial funciona bien en un contexto familiar aparentemente bien organizado, pero que presenta un cierto grado de insensibilidad, indiferencia y agresión no verbalizada. Cuando en el niño que vive en ese ambiente aparecen una intensa frustración oral, resentimiento y agresión, ha quedado configurada la condición inicial para que necesite defenderse contra el exceso de envidia y odio. Por otra parte, estos pacientes presentan determinadas características específicas que los distinguen de otros pacientes fronterizos. En los casos a los que hice referencia, las historias revelaron que cada uno de los pacientes en cuestión poseía alguna cualidad objetivamente capaz de despertar la envidia o la admiración de los demás; por ejemplo, desusada atracción física o talento especial que les servían de refugio contra su básica vivencia de no ser amados o de ser víctimas del odio vengativo. Otras veces, era la utilización narcisista del hijo por parte de una madre fría y hostil lo que convertía a aquél en alguien "especial", lo llevaba a buscar una compensación tratando de ser grande o admirado, o lo hacía defenderse desvalorizando a los demás. Por ejemplo, dos pacientes eran usados por sus respectivas madres como una especie de "obra de arte"; los vestían y los exponían a la admiración pública de manera casi grotesca, como consecuencia de lo cual, sus esfuerzos por compensar la envidia y la rabia oral se centraron en fantasías de poder y grandeza asociadas con tendencias exhibicionistas. Estos pacientes son a menudo el eje de su estructura familiar: el hijo único, el hijo "brillante", o el único capaz de cumplir las aspiraciones de la familia; muchos de ellos han sido el "genio" de la familia durante su infancia.

No estoy seguro de que estas observaciones den cuenta de la totalidad del cuadro de estos pacientes. De todos modos, una vez

que ha entrado en acción la fusión defensiva de las imágenes del sí-mismo ideal, del objeto ideal y del sí-mismo real, resulta extremadamente eficaz para perpetuar el círculo vicioso de autoadmiración, desprecio de los demás y anulación de toda verdadera dependencia. Lo que más temen estos pacientes es depender de otras personas, porque para ellos depender significa odiar, envidiar y exponerse al peligro de ser explotados, maltratados y frustrados. En el curso del tratamiento sus principales defensas se erigen contra la posibilidad de depender del analista ya que toda situación que los haga sentir dependientes los retrotrae inmediatamente a la básica situación amenazante de su temprana infancia (12).

Esta incapacidad de depender de los demás es una característica esencial de los pacientes narcisistas. Muchas veces admiran a determinada persona sobresaliente y establecen con ella una aparente relación de dependencia, pero en realidad se vivencian como parte de esa persona; por lo general el tratamiento revela que el individuo admirado no es más que una extensión de ellos mismos. Cuando la persona admirada los rechaza, experimentan odio y temor y reaccionan desvalorizando a su antiguo ídolo; cuando desaparece o es "destronada", inmediatamente la dejan de lado. En síntesis, no establecen un verdadero compromiso con esta persona; simplemente la utilizan con fines narcisistas. Cuando el propio individuo narcisista ocupa una posición objetivamente importante —por ejemplo como líder de una institución política o de un grupo social— tiende a rodearse de seguidores en quienes se interesa mientras la admiración de aquéllos sea una experiencia nueva para él. Cuando cree haber obtenido toda la admiración que necesita de ellos, vuelve a percibirlos como "sombras", explotándolos y maltratándolos sin piedad. Al mismo tiempo, se siente profundamente ofendido cuando uno de sus "esclavos" pretende liberarse. En la situación analítica esta relación se reproduce constantemente. Muchas veces el paciente narcisista idealiza al analista y está convencido de que es el mejor analista del mundo; al mismo tiempo, en un nivel más profundo, siente ser su único paciente; tuve oportunidad de observar en varios pacientes la fantasía literal de que cuando ellos no estaban en sesión, el analista desaparecía, moría o dejaba de ser "brillante". Es típico que durante los fines de semana o las vacaciones estos pacientes olviden por completo al analista y no se permitan las reacciones de duelo que estas separaciones inducen en los casos corrientes de psiconeurosis. En resumen, el analista idealizado es sólo una extensión de ellos mismos, o bien ellos mismos son una extensión del analista idealizado; la situación es la misma en cualquiera de las dos alternativas. Existe el peligro de considerar que estos pacientes son muy dependientes debido a la satisfacción que obtienen de esa "cercanía". Es por esta razón que algunos terapeutas se sorprenden cuando pacientes que durante años se mostraron felices de concurrir a las sesiones con interminables expresiones de admi-

ración y alabanza, repentinamente se manifiestan dispuestos a interrumpir la relación y en efecto lo hacen ante la menor frustración o por el motivo más banal.

Las vivencias de vacío y hastío de estos pacientes están en íntima relación con su atrofiado desarrollo yoico que a su vez se vincula con su incapacidad para experimentar depresión. Muchos autores señalaron que la capacidad para tolerar la depresión, ligada con la capacidad de duelo por la pérdida de un objeto bueno o de una imagen ideal del propio sujeto, es un requisito importante para el desarrollo emocional y en especial para la ampliación y profundización de los sentimientos. Además, la desvalorización de los objetos y de las imágenes objetales por parte de los pacientes narcisistas crea un constante vacío en su vida social y refuerza su vivencia interna de futilidad. Deben desvalorizar cuanto reciben para no sentir envidia. Esta es su tragedia: que necesiten tanto de los demás siendo al mismo tiempo incapaces de reconocer lo que reciben, debido a la envidia que ese reconocimiento les provocaría; en consecuencia, terminan siempre vacíos. Un paciente se enamoró de una mujer a la que consideraba muy hermosa, talentosa y cálida; en resumen, satisfactoria desde todo punto de vista. Durante un breve período, exactamente antes de que ella le respondiera y decidieran casarse, reconoció lo mucho que la odiaba por ser tan perfecta. Después del casamiento cayó en el hastío y se sintió indiferente por completo hacia ella. En el curso de su análisis, llegó a comprender que trataba al analista de la misma manera: desvalorizaba todo lo que recibía de él para evitar que su envidia y su odio salieran a la luz. Manifestó después una suspicacia y un odio cada vez mayores hacia su mujer por poseer todo lo que a él le faltaba, y temió que lo abandonara dejándolo con todavía menos de lo que tenía antes. Al mismo tiempo, sin embargo, y por primera vez, tomó conciencia y se sintió conmovido por las expresiones de amor y ternura de ella. Su reconocimiento de la descalificación agresiva de la que hacía objeto a su mujer y al analista, y la creciente capacidad de tolerar su odio sin necesidad de defenderse de él destruyendo su reconocimiento de los demás, permitieron que su mujer y el analista "cobraran vida" como personas reales con existencias autónomas, y con el tiempo hicieron posible que experimentara no sólo odio sino también amor hacia ellos.

### **Diagnóstico diferencial**

Las características descriptivas de las personalidades narcisistas permiten por lo general diferenciarlas de otras formas de desórdenes del carácter que también presentan defensas caracterológicas de tipo narcisista. Todas las defensas caracterológicas cumplen, entre otras, una función narcisista: protegen la autoestima. Además, existen

pacientes con todo tipo de desórdenes del carácter en quienes se observan fuertes defensas caracterológicas especialmente erigidas para proteger o acrecentar la autoestima. Estos últimos casos exhiben "defensas caracterológicas narcisistas" en el marco de una personalidad esencialmente no narcisista, que por lo tanto debe ser diferenciada de la personalidad narcisista en el sentido estricto que asignamos aquí a esta expresión. Por ejemplo, el empecinamiento o la tendencia a la oposición de las personalidades obsesivas tienen muchas veces una marcada calidad narcisista; sin embargo las relaciones interpersonales de los pacientes obsesivos son mucho más estables y profundas que las de los pacientes narcisistas, no obstante la superficial "frialidad" que se observa en ambos casos. Además, los sistemas de valores de las personalidades narcisistas son en general corruptibles, en contraste con la moral rígida de la personalidad obsesiva.

El diagnóstico diferencial respecto del carácter histérico tampoco presenta dificultades serias. En las personalidades histéricas se suele observar una exacerbación de los rasgos narcisistas, en especial los vinculados con las tendencias exhibicionistas; sin embargo, su necesidad de ser admirados y de convertirse en el centro de atención —por lo general una formación reactiva narcisista contra la envidia del pene— está acompañada de la capacidad de establecer vínculos profundos y duraderos con los demás. Las mujeres de personalidad narcisista, con su exagerada coquetería y exhibicionismo, impresionan a veces como "histéricas" en un plano superficial, pero el carácter frío y calculador de sus poderes de seducción está en franco contraste con la calidez y el compromiso emocional que caracterizan la seudohipersexualidad de la mujer histérica.

A. Reich (9), al analizar los tipos narcisistas de elección objetal por parte de las mujeres, tal como los describió Freud en su clásico trabajo sobre el narcisismo (4), distinguió dos clases de elección objetal, que en líneas generales corresponden a la diferenciación entre las defensas narcisistas en mujeres histéricas, por una parte y por la otra, la personalidad narcisista, tal como la definimos aquí. El primer tipo está representado por la mujer que manifiesta un exagerado sometimiento hacia hombres que encarnan su propio ideal del yo grandioso de la infancia; estas mujeres parecen querer fusionarse con el hombre idealizado, evitando así percibirse como un ser castrado; son capaces de establecer relaciones objetales significativas con los hombres; su tendencia a fusionarse con un hombre y a idealizarlo está fundada en una evaluación más o menos fidedigna y discriminada de los objetos. El segundo tipo descrito por Reich corresponde a la mujer de personalidad "como si", que tiende a experimentar seudoenamoramientos pasajeros hacia los hombres; estos enamoramientos reflejan una fusión narcisista de tipo más primitivo con objetos pasibles de desvalorización y escasamente diferenciados. Según Reich, esta última modalidad de elección

objetal refleja una patología más severa y una falta de diferenciación del ideal del yo que se asocia con un superyó insuficientemente desarrollado y un "predominio de la agresión contra los objetos en los cuales se constituye el ideal del yo" (9).

Desde el punto de vista del diagnóstico y el pronóstico, es muy importante que el analista observe qué nuevos tipos de fenómenos transferenciales aparecen cuando interpreta las resistencias narcisistas. Un buen examen diagnóstico que comprenda los aspectos estructurales permite diferenciar las personalidades narcisistas de otras estructuras caracterológicas con rasgos narcisistas. En los casos en que aún existen dudas, los efectos de la interpretación sistemática de las resistencias transferenciales narcisistas ayudan a aclarar el diagnóstico. Por ejemplo, un paciente obsesivo puede iniciar su análisis con fuertes defensas narcisistas contra temores edípicos o contra tendencias sadomasoquistas; en el caso de una mujer histérica, esas mismas defensas iniciales se erigen contra una relación de tipo edípico y en especial contra la envidia del pene. En todos estos casos, el análisis de las defensas caracterológicas narcisistas permite el pronto surgimiento de las tendencias transferenciales subyacentes, a través de reacciones transferenciales intensas y muy diferenciadas. En las personalidades narcisistas, por el contrario, las defensas narcisistas no se transforman en otras pautas transferenciales y permanecen en cambio ligadas con primitivos derivados de la agresión oral que se manifiestan mediante primitivas maniobras de defensa. En este último caso, las reacciones transferenciales oscilan entre la grandiosidad y el distanciamiento narcisistas, por una parte, y por la otra, primitivas tendencias predominantemente paranoides. La total incapacidad de vivenciar al analista como un objeto independiente, incapacidad que persiste aun después de muchos meses y años de labor analítica, es típica de las personalidades narcisistas y contrasta de manera radical con las relaciones transferenciales que se observan en otras formas de patología caracterológica, en las cuales la transferencia suele pasar a revelar diferentes conflictos altamente específicos correspondientes a diversos niveles de desarrollo psicosexual, en cuyo contexto el paciente dis-cierne claramente al analista como objeto independiente.

Desde el punto de vista estructural, la principal diferencia entre las personalidades narcisistas y otras modalidades de patología caracterológica radica en la naturaleza y las funciones del ideal del yo. En circunstancias normales, las imágenes idealizadas de las figuras parentales y las imágenes idealizadas del propio sujeto se condensan formando el ideal del yo (6), que pasa por ulteriores modificaciones merced a la integración y la incorporación de percepciones más reales de las demandas parentales, de los precursores superyoicos sádicos y de los aspectos más elaborados de las prohibiciones superyoicas. Ese ideal del yo "moderado", menos grandioso y más asequible, posibilita la normal gratificación narcisista de cum-



plir las expectativas de las imágenes parentales ideales internalizadas, gratificación que a su vez refuerza la autoestima, así como la confianza en la propia bondad y en las relaciones objetales gratificadoras. En los desórdenes caracterológicos no narcisistas, el excesivo desarrollo de las defensas narcisistas es el resultado de una exacerbación del ideal del yo de la temprana infancia, que defiende del temor y la culpa provocados por múltiples conflictos. Así por ejemplo, en muchas pacientes de personalidad histérica, la necesidad de satisfacer las fantasías internas de belleza y poder puede ser una defensa contra los sentimientos de inferioridad, que a su vez derivan de la envidia del pene y la angustia de castración. Asimismo, en las personalidades obsesivas, el cumplimiento de los ideales de perfección y pulcritud puede ser una eficaz protección contra la culpa y los conflictos de tipo sádico anal. En todos estos casos, la exacerbación o la fijación del ideal del yo infantil no va acompañada de la primitiva fusión del concepto de sí mismo del paciente con ese ideal del yo, ni de la concomitante desvalorización de las representaciones objetales y de los objetos externos. Por el contrario, estos dos procesos se desarrollan en las personalidades narcisistas y tienen por objeto defender al paciente contra primitivos conflictos y frustraciones de tipo oral. Las fijaciones en el nivel del narcisismo infantil normal, que en cualquier caso son patológicas, deben ser diferenciadas de las distorsiones más graves que sufren todas las relaciones objetales internalizadas de la personalidad narcisista.

Los siguientes casos ilustran la presencia de defensas caracterológicas narcisistas en personalidades no narcisistas. El primer ejemplo se refiere a una paciente histérica que tenía el firme pero profundamente reprimido convencimiento de que debajo de su cuerpo y sus genitales según ella feos y repulsivos, estaban el cuerpo y los genitales de una mujer única y extremadamente hermosa a quien los hombres se sentirían impulsados a rendir homenaje. En un nivel más profundo, se fantaseaba como la más atractiva mujer del mundo, una "madre-reina-diosa" capaz de lograr una relación perfecta con un "padre-marido-hijo" ideal. En la transferencia, se mostraba dispuesta a entregar su amor al analista-padre siempre que, a cambio, éste confirmara la perfecta imagen que tenía de sí misma, admirándola y absteniéndose de cuestionar su perfección e integridad. La paciente vivía las interpretaciones del analista como una amenaza a esta imagen de sí misma, como un grave ataque a su autoestima y como una demoledora crítica que le causaba intensa depresión. Cuando el analista le señaló la actitud altiva y desvalorizante que adoptaba hacia él y que era parte de su autoexaltación narcisista, se mostró muy airada y deprimida, percibiéndolo entonces como una figura parental narcisista, grandiosa y egocéntrica. Su reacción representaba en parte la manera en que de niña había experimentado realmente a su padre en el momento culminante de la etapa edípica. Defraudada por el modo en que según ella la

“atacaba” el analista-padre, se sintió perdida y rechazada por este padre idealizado, y al mismo tiempo derrotada en sus fantasías por otras mujeres-madres idealizadas que rivalizaban con ella por el padre. Desarrolló entonces una transferencia netamente edípica, después que fueron anuladas sus defensas caracterológicas narcisistas, que a su vez derivaban de su envidia del pene. En ningún momento desvalorizó por completo al objeto transferencial ni alternó en la transferencia entre primitivas distorsiones paranoides de origen oral y el retraimiento narcisista en una primitiva autoidealización, todo lo cual permite inferir que sus resistencias transferenciales narcisistas no reflejaban una personalidad narcisista.

El segundo ejemplo de la presencia de defensas narcisistas en una personalidad no narcisista, corresponde a un paciente obsesivo que adoptaba una actitud derogatoria hacia el analista. Solía interpretar su propio material y veía a aquél como una simple figura de fondo cuya función era aplaudir sus interpretaciones y su perspicacia. Sin embargo, el análisis de esta actitud y el sistemático señalamiento de esta modalidad defensiva del paciente, dieron lugar a que surgiera un nuevo y más profundo patrón transferencial. El paciente percibió ahora al analista como una figura materna fría, indiferente e incapaz de amar; los sentimientos de tristeza y soledad que experimentó entonces reflejaban su temprano anhelo de una madre idealizada. También en este segundo ejemplo, cuando las defensas narcisistas fueron anuladas, surgieron nuevas manifestaciones transferenciales, en cuyo contexto el paciente mantuvo la relación con un objeto diferenciado, sin desvalorizarlo y sin buscar refugio en una imagen idealizada de sí mismo. En síntesis, una vez resueltas las defensas narcisistas, en ambos casos se desarrollaron nuevas relaciones transferenciales con un objeto bien diferenciado, contrariamente a lo que ocurre con el paciente narcisista, que es incapaz de reconocer al analista como objeto independiente y continúa viéndolo como una simple extensión de sí mismo, si bien el nivel de regresión dentro de esta misma situación transferencial puede variar.

### Consideraciones técnicas

Muchos analistas de amplia experiencia consideran que el psicoanálisis no ofrece resultados alentadores con pacientes narcisistas, aunque al mismo tiempo reconocen que las posibilidades de éxito de cualquier otro método terapéutico son nulas. En contraposición con este pronóstico extremadamente reservado, Stone (16) se manifestó algo más optimista acerca de la analizabilidad de estos pacientes. E. Ticho (18), admitiendo los problemas y las objeciones a que dan lugar estos casos, sugiere que para las personalidades narcisistas el psicoanálisis constituye una “indicación heroica”. En

mi opinión, el hecho de que algunos de estos pacientes mejoren merced al tratamiento analítico y que además lo hagan de manera espectacular, demuestra que los esfuerzos por perfeccionar nuestros conocimientos acerca del manejo técnico y el pronóstico de estos casos, están plenamente justificados.

Ya en 1913 Jones (7) publicó un trabajo sobre el carácter narcisista patológico. En 1919 Abraham (1) escribió su primer estudio sobre las resistencias transferenciales de estos pacientes, en el que alertó al terapeuta acerca de los peligrosos efectos que ejercen las defensas caracterológicas narcisistas sobre el proceso analítico. Subrayó la necesidad de interpretar sistemáticamente las tendencias del paciente a desvalorizar al analista y a utilizarlo como espectador de su propio trabajo "analítico". En su clásico trabajo sobre la reacción terapéutica negativa, Riviere (11) se refirió a pacientes que necesitan malograr el proceso analítico; no pueden tolerar la idea de progreso porque ello equivaldría a reconocer la ayuda recibida de otros. Según ella, estos pacientes son incapaces de recibir algo bueno del analista debido a la culpa insoportable que les provoca su propia agresión básica. Rosenfeld (12) destacó el papel esencial que desempeña la incapacidad de depender en los pacientes de personalidad narcisista. Kohut (8) presentó el caso de un individuo narcisista, que ejemplificaba hasta qué punto éste no soportaba que su analista fuera una persona diferente y autónoma. Todos los trabajos mencionados ponen el acento en la intensidad de las resistencias transferenciales de los pacientes narcisistas.

Para ilustrar este punto presentaré a continuación un fragmento clínico. Un paciente narcisista ocupó sesiones enteras durante muchos meses de tratamiento repitiendo que el análisis le resultaba cada vez más monótono y hastiante, que los mismos contenidos se reiteraban una y otra vez en sus asociaciones y que su tratamiento estaba decididamente destinado al fracaso. Al mismo tiempo, sin embargo, se sentía relativamente bien en su vida fuera del análisis; había superado por lo menos en parte sus sentimientos de inseguridad e ineptitud, aunque sin llegar a comprender cómo lo había logrado. Le señalé que en su descripción de su análisis estaba implícita una descripción de mí, como proveedor de un tratamiento inútil y sin sentido. El paciente empezó por negar esta observación, alegando que el problema estaba en él y no en mí. Le recordé entonces que al iniciar su análisis, había sentido envidia de mis otros pacientes, que ya habían recibido de mí mucho más que él; por lo tanto era extraño que ya no los envidiara, sobre todo teniendo en cuenta que, en su opinión, era él mismo el causante de que no pudiera obtener beneficio alguno del tratamiento. Le puntalicé asimismo que por motivos todavía desconocidos para mí, también había desaparecido la intensa envidia que antes sentía hacia mí. En ese momento el paciente tomó conciencia de que en realidad creía que yo era el culpable de que su análisis fuera, según él, un fracaso;

se sorprendió de sentirse conforme con continuar el tratamiento cuando me consideraba tan ineficaz. Le señalé la gran satisfacción que le causaba verme como un fracasado mientras él tenía tanto éxito en su vida; era como si yo me hubiera convertido en la parte inservible de él, en tanto que él se había hecho cargo de la parte admirada de mí. Se sintió entonces angustiado por el temor de que yo lo odiara y tratara de vengarme; incluso fantaseó que yo podría denunciar ante sus superiores y la policía actividades suyas de las que se sentía muy avergonzado. Le mostré que su temor de ser atacado por mí era una de las razones que le impedían considerarse realmente en análisis y que en efecto buscaba asegurarse de que en realidad no era un paciente, afirmando que nada ocurría en las sesiones. En ese momento se admiró de que yo no me mostrara confuso y desalentado ante sus constantes repeticiones de que el tratamiento era un fracaso; pero al momento siguiente consideró que yo era muy astuto y sabía cómo emplear los "típicos trucos analíticos" para "ganarles de mano" a los pacientes. Agregó que él mismo podría utilizar los mismos métodos con las personas que trataran de despreciarlo. Le mostré que tan pronto como se sentía ayudado por una "buena" interpretación recibida de mí, se sentía también culpable por la manera en que me había atacado y al mismo tiempo envidioso de mi "bondad". Por lo tanto, tenía que "robar" mis interpretaciones para utilizarlas con los demás, proceso mediante el cual me desvalorizaba para no tener que reconocer que yo aún poseía algo bueno, y asimismo para evitar la obligación de sentirse agradecido. El paciente se mostró bastante angustiado por un momento, pero después quedó totalmente "en blanco". Llegó a la sesión siguiente intentando una débil negación de las repercusiones emocionales de lo que había ocurrido en la sesión anterior y se reprodujo una vez más el mismo ciclo, con sus reiteradas manifestaciones acerca de su hastío y de la ineficacia del análisis.

A veces resulta difícil imaginar lo frecuentes y repetitivas que son las interacciones de este tipo, prolongándose como se prolongan durante dos o tres años de tratamiento; se trata de una resistencia al análisis que pone de relieve la intensa necesidad del paciente narcisista de negar toda relación de dependencia. Obviamente, la sistemática indagación de la transferencia negativa adquiere en estos casos una importancia aun mayor que para cualquier otro paciente en análisis. Los pacientes narcisistas hacen constantes esfuerzos para desvalorizar el proceso analítico, para negar la realidad de su propia vida emocional y para confirmar la fantasía de que el analista no es una persona independiente de ellos. Una película de Ingmar Bergman, *Persona*, ilustra el colapso de una joven enfermera, inmadura pero básicamente sana, encargada de atender a una mujer con un grave desorden psicológico, cuya personalidad podría ser calificada de típicamente narcisista. La joven va derrumbándose poco a poco, vencida por la explotación fría y sin escrúpulos de la que es

víctima. No logra aceptar el hecho de que la mujer enferma devuelve odio por amor, y es totalmente incapaz de reconocer cualquier sentimiento de amor o humanidad que se manifieste hacia ella; parece poder vivir siempre y cuando pueda destruir todo lo que hay de valioso en otras personas, aunque al hacerlo termine destruyéndose ella misma como ser humano. En un pasaje dramático, la joven enfermera, dominada por un intenso odio hacia la mujer, la maltrata sin piedad; es como si todo el odio de la mujer enferma hubiera pasado a la joven que hasta entonces había tratado de ayudarla, destruyéndola desde adentro.

Este filme reproduce en esencia las situaciones transferenciales-contratransferenciales que se desarrollan en el tratamiento de pacientes marcadamente narcisistas. Todos sus esfuerzos parecen estar dirigidos a derrotar al analista, a destruir todo lo bueno y valioso que perciben en él y a convertir el análisis en un juego sin sentido. Después de muchos meses o años de ser tratado como un "apéndice" del paciente (proceso lo bastante sutil como para permanecer inadvertido durante largo tiempo), el analista puede comenzar a sentirse realmente "inútil" en su trabajo. Sus comentarios e intervenciones parecen perder todo significado y cualquier sentimiento solidario que experimente hacia el paciente es sistemáticamente destruido por éste. Como consecuencia de un tratamiento prolongado e infructuoso, el analista puede intentar defenderse desvalorizando al paciente, quien ve así ratificada su sensación de que aquél está transformándose en uno de los objetos peligrosos de los que trataba de huir; puede ocurrir también que cualquiera ligera frustración haga tomar conciencia al paciente de que ya no controla al analista. Es en este momento cuando suele producirse la interrupción del tratamiento; el paciente huye de un objeto transferencial odiado y frustrante, al que reduce nuevamente a "sombra" y la contratransferencia del analista refleja la correspondiente sensación de "vacío", como si el paciente no hubiera existido nunca.

De lo dicho hasta aquí es posible inferir una serie de consideraciones técnicas. En primer lugar, el analista debe prestar constante atención a la particular cualidad de la transferencia y contrarrestar de manera sistemática las tendencias al control omnipotente y la desvalorización por parte del paciente. Asimismo, es importante que esté alerta a las reacciones contratransferenciales que van aflorando con el tiempo; debe incorporar la contratransferencia al proceso analítico, no revelándole al paciente sus propias reacciones, sino infiriendo de éstas cuáles son los propósitos ocultos de la conducta del paciente. Por ejemplo, el sistemático rechazo que el paciente opone a las interpretaciones puede llevar a que el analista reconozca en sí mismo sentimientos de impotencia y le señale que está tratándolo como si deseara hacerlo sentir derrotado e impotente. O bien, cuando el comportamiento antisocial del paciente hace que el analista, más que el propio paciente, se preocupe por las posibles conse-

cuencias, el analista puede señalarle que está tratando de transferirle la preocupación por su conducta porque él mismo es incapaz de soportar ese sentimiento. Puesto que estos pacientes tratan al analista como una extensión de ellos mismos, la vivencia emocional de éste refleja con más fidelidad que en otros casos las luchas internas del paciente; de ahí que las reacciones contratransferenciales sean especialmente reveladoras en el tratamiento de personalidades narcisistas.

Un problema técnico cuyo manejo plantea especiales dificultades al terapeuta es el de los repentinos "cambios de onda" en la actitud emocional del paciente. Sobre todo después de momentos de comprensión o alivio, el paciente tiende a abandonar el tema tratado por completo, en lugar de experimentar agradecimiento por la ayuda del analista o de sentirse motivado para profundizar su comprensión de ese tema. En estas circunstancias está operando la tendencia a desvalorizar al analista, junto con el intento de robarle sus interpretaciones; es necesario estar muy atento a esta súbita "desaparición" de algo que solo minutos atrás o en la sesión anterior se manifestó como muy importante.

Una última observación técnica; quizá no convenga tratar a muchos de estos pacientes al mismo tiempo, debido a la gran tensión y las numerosas exigencias que imponen al analista. Además es útil tener en cuenta que estos casos requieren los tratamientos analíticos más prolongados para llegar a acceder a las patológicas estructuras del carácter que se activan en la transferencia.

En el pasado, algunos analistas clínicos opinaban que estos pacientes no desarrollaban una transferencia y que mantenían respecto del terapeuta un constante "retraimiento narcisista" que impedía el trabajo analítico. En realidad, y tal como lo describí más arriba, estos pacientes desarrollan una transferencia muy intensa; lo que en un plano superficial parece ser distanciamiento y ausencia de compromiso es un activo proceso de desvalorización, desprecio y deterioro. Las consecuencias típicas de la anulación de esta resistencia transferencial son la aparición de intensas reacciones paranoides, suspicacia, odio y envidia. Es posible que con el tiempo, al cabo de meses o incluso años de tratamiento, el paciente experimente culpa y depresión; la culpa surge del reconocimiento de su agresión hacia el analista, que también da lugar a una preocupación más humana por éste como persona y a una mayor tolerancia a la culpa y la depresión en general. Es éste un momento crucial en el tratamiento de estos pacientes y al mismo tiempo representa un factor pronóstico esencial. Los pacientes que al iniciar su terapia poseen por lo menos un cierto grado de tolerancia a la culpa y la depresión evolucionan mejor que aquellos que son totalmente incapaces de tolerar esos sentimientos. Esta observación nos conduce al tema general del pronóstico en el tratamiento analítico de pacientes narcisistas.

### **Consideraciones acerca del pronóstico**

El pronóstico general para las personalidades narcisistas es reservado. La rigidez de su estructura caracterológica y la fluidez de su funcionamiento constituyen grandes obstáculos para el progreso analítico. Desde el punto de vista de la patología del paciente, se hace difícil renunciar a la ventaja que ofrece un total "aislamiento" caracterológico respecto de toda relación interpersonal significativa. Estos pacientes son capaces de retrotraerse internamente de la vida social con tanta efectividad como lo hacen las personalidades esquizoides más graves. Sin embargo, siempre parecen estar en el centro de todo, obteniendo con habilidad "suministros narcisistas" pero al mismo tiempo protegiéndose de la dolorosa vivencia de interacciones emocionales más significativas.

En el capítulo III sugerí que las personalidades narcisistas, no obstante las semejanzas generales de su organización defensiva con la de los pacientes fronterizos, obtienen muy escasos beneficios de las terapias expresivas de orientación psicoanalítica ideadas para los pacientes fronterizos, y que para ellos el psicoanálisis es el tratamiento de elección. Sin embargo, aunque algunos de estos pacientes toleran la situación analítica sin excesiva regresión, son tan resistentes a cualquier tentativa de movilizar sus rígidas defensas patológicas en la transferencia que el análisis no produce efecto alguno. En los pacientes de personalidad narcisista con francas características fronterizas (sintomatología múltiple, graves manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica, regresión al pensamiento del proceso primario) el psicoanálisis está contraindicado. Por lo general, los pacientes de este tipo caen en una descompensación psicótica debido a su incapacidad de tolerar la marcada regresión y la reactivación en la transferencia de muy tempranos conflictos patógenos, hechos inevitables en su tratamiento analítico; por lo tanto, para ellos resulta más adecuada una terapia de apoyo. Con respecto a los pacientes narcisistas que están en condiciones de recibir tratamiento psicoanalítico, los siguientes factores suelen ser útiles para evaluar el pronóstico de cada caso.

#### **1. TOLERANCIA A LA DEPRESIÓN Y AL DUELO**

El pronóstico mejora para los pacientes que conservan un cierto grado de capacidad de depresión o duelo, en especial cuando su depresión contiene elementos de culpa. Por ejemplo, un paciente narcisista comenzó su tratamiento hablando de remordimiento por haberse vinculado con una mujer con tres hijos pequeños, que estaba muy enamorada de él. Los niños también lo amaban, de modo que de pronto se vio "rodeado", en una atmósfera de calidez y amor

que le impedía llevar a la práctica su habitual conducta de "desaparecer" después de haberse "sacado el gusto" con una mujer. (Las repercusiones transferenciales de estos sentimientos fueron enfocadas recién en una etapa ulterior del tratamiento.) Este paciente logró progresos notables después de varios años de análisis.

Dos incidentes del tratamiento de este paciente ponen de manifiesto su tolerancia cada vez mayor a la culpa y la depresión. Al finalizar el primer año de terapia, durante el cual se había indagado el carácter explotador de sus relaciones con las mujeres, el paciente decidió impulsivamente casarse e interrumpió el tratamiento durante varios meses; explicó después su actitud alegando que temía que el analista interfiriera con su decisión de casarse. El casamiento representaba en ese momento una defensa contra la profundización de su culpa y al mismo tiempo una exoactuación de esa culpa. Dos años más tarde examinamos un episodio que se había reiterado con relativa frecuencia. A causa de su trabajo, el paciente viajaba a distintas ciudades, donde sostenía relaciones fugaces con mujeres de las que se olvidaba por completo tan pronto como volvía a irse. Después de dos años de tratamiento tuvo que viajar a una ciudad y decidió no visitar a una joven con quien había estado vinculado durante varios años. Esta aún creía que con el tiempo podrían llegar a casarse; se mostraba contenta con sus visitas y le daba la impresión de que no se comprometería con ningún otro hombre mientras él siguiera estando en su vida. En el curso del análisis habíamos examinado la relación explotadora que mantenía con esta joven y la necesidad de defenderse de la culpa que sentía hacia ella. Ya en su hotel, el paciente pensó con pena en lo decepcionada que ella se sentiría después que él la abandonara una vez más. Sintió también una intensa excitación sexual que lo impulsaba a buscarla. Durante horas estos dos sentimientos lucharon dentro de él; tuvo por fin un acceso de llanto y experimentó tristeza y pesar, tanto por la joven como por él mismo. Pensó que el verla sólo serviría para despertarle falsas ilusiones, lo cual le haría un mal a ella y a la mejor parte de él mismo. Comprendió también que su excitación sexual representaba el deseo de gratificarla sexualmente para mitigar su propia culpa y un intento de evadir el reconocimiento del problema. Por último decidió no verla, sintiendo entonces que crecían su amor y su gratitud hacia ella; reconoció que era demasiado tarde para comenzar una nueva vida con esta joven, a la que vivió como un objeto bueno perdido. Importa subrayar que en ningún momento interferí con sus deseos de verla, de modo que la decisión de no visitarla no representó un sometimiento a mis intervenciones. Después de este episodio, el paciente se mostró mucho más tolerante con las personas incapaces de actuar debido a sus fuertes emociones, personas a las que hasta entonces había despreciado.



## 2. BENEFICIOS SECUNDARIOS DEL TRATAMIENTO ANALÍTICO

Desgraciadamente, existen condiciones sociales y profesionales que permiten obtener importantes beneficios secundarios del "aprendizaje" del método analítico. La configuración de esta situación de "aprendizaje" opera como un poderoso refuerzo de la maniobra defensiva de "despojar" al analista de lo que tiene para dar, con el fin de evitar la envidia y la necesidad de reconocer la dependencia de él. Por ejemplo, un pastor que inició su análisis debido a la promiscuidad de su conducta sexual, se sintió muy feliz ante la perspectiva de recibir tratamiento psicoanalítico, ya que ello le permitiría obtener ventajas importantes para las actividades docentes que ejercía. Esta presentida ventaja constituía una resistencia insoluble; la gratificación de "aprender" psicoanálisis compensaba con largueza la subyacente desvalorización del analista y la incapacidad del paciente de aceptar su condición de tal. Se supone que entre los estudiantes de los institutos psicoanalíticos no se encuentran personalidades narcisista (13); sin embargo es posible que algunos candidatos de este tipo encuentren la manera de ser aceptados para iniciar la carrera analítica, sobre todo porque la personalidad narcisista con buenas dotes de inteligencia suele impresionar como una promesa de originalidad y curiosidad intelectual (17). Estos candidatos permanecen en análisis a pesar de que éste adolece de una total vacuidad emocional, e incluso llegan a completar su formación sin haber logrado modificaciones sustanciales de sus rasgos narcisistas. Lo que ocurre es que la gratificación última de ser psicoanalista basta para compensar el odio y la envidia que sienten hacia ella el analista capaz de "dar"; por lo tanto, la incapacidad del candidato para depender de aquél y para establecer una total neurosis transferencial en el nivel de sus conflictos básicos derivados de la agresión oral pasa inadvertida. Con el tiempo, la mayoría de los candidatos de personalidad narcisista dejan de practicar tratamientos psicoanalíticos aun cuando se hayan graduado, porque su falta de interés y de compromiso con los pacientes hace que el ejercicio del psicoanálisis les resulte hastiante.

## 3. CAPACIDAD DE CULPA Y PROPENSIÓN A LA RABIA PARANOIDE EN LA TRANSFERENCIA

Riviere (11) sostiene que estos pacientes son incapaces de tolerar una relación de dependencia con el analista debido a sus sentimientos de culpa que, aunque profundamente reprimidos, están siempre presentes. Por el contrario, Rosenfeld (12) habla de las tendencias paranoides y la intensa transferencia sádico-oral que subyacen a la incapacidad de estos pacientes para tolerar la dependencia. De hecho, en los pacientes narcisistas pueden encontrarse

latentes cualquiera de las dos disposiciones transferenciales descritas. Una vez resueltas las típicas defensas transferenciales reflejadas en la fusión mágica con el analista y en la desvalorización de éste como persona autónoma, junto con la concomitante lucha contra la dependencia, algunos pacientes presentan intensas reacciones paranoideas en la transferencia, mientras que otros son capaces de experimentar por lo menos cierto grado de culpa y preocupación por el analista. Aun cuando su historia anterior no consigne antecedentes de culpa consciente, este segundo tipo de pacientes (que se acerca al descrito por Riviere) tiene mejor pronóstico que aquellos que manifiestan una reacción puramente paranoide en la transferencia.

#### 4. CALIDAD DE LA CAPACIDAD SUBLIMATORIA

Los pacientes que manifiestan por lo menos un cierto grado de creatividad en algún aspecto de su vida tienen mejor pronóstico que aquellos que carecen por completo de capacidad creativa. Este factor no siempre es fácil de evaluar, pero el cuidadoso estudio de los intereses y aspiraciones del paciente puede proporcionar datos importantes. Por ejemplo, un paciente tenía la vívida y pertinaz fantasía de reunir una colección de arte antiguo y envidiaba a las personas que poseían cerámicas u otros objetos de este tipo. Sin embargo, no sólo era incapaz de distinguir una piedra de valor de una imitación burda, sino que además no demostraba interés alguno por informarse al respecto. En realidad, sólo deseaba decorar su casa de la manera en que lo hacían las personas que coleccionaban antigüedades y a quienes él envidiaba. Importa destacar que coleccionar antigüedades constituía la principal aspiración de este paciente en lo concerniente a su riqueza personal, y sin embargo no era más que un interés superficial. Otro paciente se interesaba en la filosofía existencialista, tema del que hablaba con mucha frecuencia; sin embargo, después de varios meses de tratamiento surgió que nunca había leído más que unas pocas obras de difusión de esta filosofía. Un tercer paciente, a pesar de haber llegado a un alto nivel profesional que requería un monto considerable de lectura y educación formal, no leía más que lo necesario para sus exámenes, y una vez graduado fue completamente incapaz de continuar leyendo. En este caso, una vez analizado el problema de su envidia por los conocimientos y las contribuciones de otras personas, el paciente no sólo fue capaz de leer, sino además de aprender de la lectura y de su propio análisis.

En todos los ejemplos mencionados, los pacientes poseían escasa capacidad de sublimación, no obstante el especial talento o interés que exhibían en un plano superficial. Los casos siguientes ilustran una mayor capacidad de sublimación, que permite predecir un pronóstico más favorable. El paciente ya mencionado que se casó

impulsivamente al comenzar su análisis era comerciante y le interesaba la historia. Su interés impresionaba como auténtico y era una fuente de verdadero placer para él; sus conocimientos en esta materia eran realmente profundos y sin embargo los desvalorizaba debido a su temor de que si triunfaba en algo la envidia de los demás lo destruiría. Otro paciente aficionado a la música decía con frecuencia en las etapas iniciales de su análisis que cuando tocaba el piano, lo único bueno que había en él salía a la luz. La música era algo así como un compañero ideal pero misterioso; el paciente sentía que cada oportunidad de disfrutar plenamente escuchando o ejecutando música le reconfirmaba una cierta creencia en la bondad que experimentaba vagamente.

##### 5. GRADO Y CARACTERÍSTICAS DE LA INTEGRACIÓN SUPERYOICA

Mencioné antes que en las personalidades narcisistas, la integración superyoica es deficiente. En estos casos el superyó contiene fundamentalmente derivados de primitivas imágenes parentales agresivas y distorsionadas, sin que se hayan cumplido en él la normal integración entre los precursores agresivos y las imágenes ideales de sí mismo y de los objetos, ni las ulteriores fases de despersonificación y abstracción. Sin embargo, algunos de estos pacientes presentan evidencias de la despersonificación y abstracción de su superyó en determinadas áreas. Así por ejemplo, pueden ser honestos en asuntos financieros, pero incapaces de asumir un compromiso emocional en sus interacciones cotidianas con los demás. La inobservancia de determinadas convenciones vinculadas con las relaciones interpersonales suele provocarles si no culpa por lo menos vergüenza. Estos pacientes tienen mejor pronóstico que aquellos en quienes quedan muy escasos rastros de esta "moralidad menor". El pronóstico es más desfavorable para los pacientes que mienten al analista durante gran parte de su tratamiento y que también lo hacen con otras personas, o bien que presentan otras modalidades de comportamiento antisocial. Es casi obvio agregar que el peor pronóstico corresponde a la personalidad antisocial, que representa una manifestación extrema de esta carencia de desarrollo superyoico. Nada nuevo se aporta al hablar del pronóstico absolutamente desesperado del tratamiento analítico en las personalidades antisociales, pero mi propósito es completar la secuencia entre la personalidad narcisista y la personalidad antisocial, a la que considero una forma extrema de narcisismo patológico que, entre otras características, adolece de una total carencia de integración superyoica. Por el contrario, las personalidades narcisistas con rasgos obsesivos tienen un pronóstico más favorable. Sin embargo, el terapeuta debe ser cauto al diagnosticar rasgos obsesivos en una personalidad narcisista, ya que ésta suele dar la falsa impresión de ser un carácter obsesivo.

Este peligro se presenta sobre todo con las personalidades narcisistas de alto nivel cultural e intelectual, que por sus procesos de pensamiento fríos y fluidos y su carencia de reacciones emocionales, se prestan a ser confundidos con pacientes obsesivos. Sin embargo, en la personalidad verdaderamente obsesiva se observan reacciones emocionales intensas y profundas en momentos de ansiedad o cuando se produce un desplazamiento de sus conflictos afectivos. Por ejemplo, los problemas sociales, culturales o políticos suelen despertar fuertes sentimientos en las personalidades obsesivas, que demuestran una sorprendente comprensión de la profundidad emocional de los demás, no obstante ser ellos mismos tan "fríos". Por el contrario, las personalidades narcisistas manifiestan afectos superficiales y fugaces sobre un fondo de indiferencia emocional.

#### 6. CIRCUNSTANCIAS EXISTENCIALES QUE OFRECEN GRATIFICACIONES NARCISISTAS DESUSADAS

Una de las circunstancias en la vida del paciente que puede determinar un pronóstico desfavorable es la oportunidad de exoactuar su necesidad de poder, importancia social y admiración. Cuando un paciente narcisista que ambiciona poder lo ha alcanzado ya en el plano profesional o social, lo ve como parte de una situación normal, en cuyo caso resulta difícil analizar esta forma de "exoactuación crónica". Del mismo modo en que un estudiante de un instituto psicoanalítico puede utilizar su análisis como un medio para acceder a la condición de psicoanalista, un paciente puede usar un recurso preexistente para gratificar sus necesidades narcisistas; esta maniobra lo compensa de las frustraciones sufridas en el análisis, provocando así el estancamiento del proceso terapéutico.

#### 7. CONTROL DE LOS IMPULSOS Y TOLERANCIA A LA ANSIEDAD

Los pacientes narcisistas suelen ejercer un control relativamente eficaz sobre sus impulsos en casi todas las áreas, con excepción de aquellas que reflejan una formación transaccional que les permite gratificar sus necesidades patológicas. Por ejemplo, un paciente mantenía un excelente control sobre sus impulsos, salvo en los períodos de exoactuación homosexual, durante los cuales se hacía de compañeros ocasionales de manera tan impulsiva que ponía en peligro su posición social y corría el riesgo de entrar en dificultades con la ley; usaba la experiencia homosexual para escapar de la rabia que le producía cualquier frustración causada por su novia. Cuando según él, ella lo criticaba injustificadamente, salía en su automóvil, levantaba a cualquier hombre en un baño público y una vez que éste

le hacía felicio lo abandonaba sintiendo repugnancia y volvía a su casa aliviado. Poco a poco se puso en evidencia que en la interacción homosexual tenía la fantasía de que el hombre que le succionaba el pene sentía una imperiosa necesidad de él y que él mismo era el poseedor de todo el amor y la satisfacción posibles en esa interacción; de ello se reaseguraba al darle ese amor al otro hombre. Después, al abandonarlo abruptamente con desprecio, se identificaba con la madre hostil y desvalorizante a la que había odiado y envidiado, y con su novia que la representaba. Merced a la totalidad de la acción, se vengaba también de su novia-madre, al reasegurarse de que no la necesitaba como objeto sexual. En este ejemplo, lo que parecía ser una falta de control sobre los impulsos era en realidad una organización defensiva específica que pudo ser entendida y resuelta mediante el análisis. Para los pacientes de este tipo el pronóstico es mejor que para aquellos cuyo control sobre los impulsos es escaso o nulo y que se entregan sin freno a las exoactuaciones, como ocurre por ejemplo con las denominadas personalidades "caóticas" o las que combinan alguna forma de desviación sexual con una neurosis impulsiva —alcoholismo, drogadicción, etcétera—. El pronóstico es reservado también para los pacientes en quienes la ansiedad produce inmediatamente exoactuaciones generalizadas o la intensificación de otros síntomas; en otras palabras, los que poseen muy escasa tolerancia a la ansiedad.

#### 8. REGRESIÓN AL PENSAMIENTO DEL PROCESO PRIMARIO

Sugerí antes que cuando la personalidad narcisista se asocia con francos rasgos fronterizos, el psicoanálisis está contraindicado. Existen algunos pacientes narcisistas con muy escasos síntomas, buen control sobre los impulsos y un nivel de tolerancia a la ansiedad no demasiado bajo en quienes, sin embargo, el pensamiento del proceso primario está sorprendentemente cerca de la superficie. Por ejemplo, para un paciente que presentaba un funcionamiento más o menos satisfactorio en su vida, era motivo de placer la fantasía desarrollada al cabo de varios años de que se parecía a Cristo; gozaba especulando acerca de las características que compartía con Cristo. Reconocía que estas fantasías eran irreales, pero al mismo tiempo las sentía muy placenteras; al comienzo del tratamiento se intensificaron hasta tal punto que el paciente llegó a preguntarse si después de todo no sería Cristo en verdad; hizo después una aguda regresión a una reacción esquizofrénica, que probablemente no se habría producido en ese momento de no haber estado en psicoterapia expresiva.

Una observación más acerca de la propensión regresiva; el psicoanálisis está contraindicado para los pacientes de marcados rasgos fronterizos, en especial falta de control sobre los impulsos, intole-

rancia a la ansiedad y tendencia a regresar al pensamiento del proceso primario, aun cuando sean capaces de experimentar culpa y depresión, porque la depresión que surge en esos casos en el curso del tratamiento suele regresar al nivel psicótico o manifestarse como intentos de suicidio. Todo individuo narcisista a quien se intente ofrecer un tratamiento eficaz, pasa forzosamente por períodos de severa depresión y fantasías suicidas que ponen su vida en serio peligro cuando su yo no es lo bastante fuerte para tolerarlas; de ahí que para los pacientes de yo débil sea preferible una psicoterapia de apoyo. De entre los pacientes estudiados en el Proyecto de Investigación Psicoterapéutica de la Fundación Menninger, las personalidades francamente narcisistas con marcados rasgos fronterizos recibieron un tratamiento exclusivamente de apoyo que llegó a resultados muy satisfactorios.

### 9. MOTIVACIÓN PARA EL TRATAMIENTO

En estos pacientes, el esencial test de motivación se realiza recién después de algún tiempo de tratamiento. Las motivaciones comúnmente aceptables, como por ejemplo el deseo de resolver determinados síntomas, con frecuencia resultan ser falsas en las personalidades narcisistas. Muchas veces su verdadero objetivo es llegar a la "perfección" e inician su análisis con esas expectativas. Es difícil determinar al comienzo del tratamiento si ese deseo de "perfección" significará para ellos resolver sus síntomas para ser superiores a todos los demás o si evolucionará hacia el deseo de liberarse de una vida emocional invalidante. En todo caso, cuanto mayor sea el empeño de una persona por superar su frialdad interna, sus vivencias de vacío y sus dificultades para establecer lazos de empatía con los demás, más favorable es el pronóstico.

#### Un período crucial del tratamiento

Por lo general, una vez que el paciente ha elaborado sistemáticamente sus defensas narcisistas, salen a la superficie sus primitivos conflictos orales. El odio y el temor intensos que le inspira la imagen de una madre agresiva y peligrosa son proyectados en el analista y en otras personas significativas. En algún momento, el paciente tiene que tomar conciencia de que ese temor de ser atacado por la madre representa la proyección de su propia agresión, ligada con la rabia causada por la frustración que aquélla le infligió. Tiene que reconocer también que el concepto ideal que tiene de sí mismo es una fantasía que lo protege de las temidas relaciones con otras personas y que asimismo contiene el anhelo y el amor sin esperanza hacia una madre ideal capaz de acudir en su auxilio. Es necesario

que en algún momento esa profunda aspiración y el amor hacia la madre ideal coincidan con el odio hacia la madre distorsionada y peligrosa, para que el paciente llegue a reconocer que el analista-madre temido y odiado y el analista-madre anhelado y amado son en realidad uno y el mismo.

Es en este momento cuando surge una situación emocional extremadamente difícil para el paciente: tiene que reconocer los verdaderos aspectos buenos del analista (madre) que hasta entonces había negado y desvalorizado, y hacerse cargo de intensos sentimientos de culpa por su anterior agresión hacia aquél. El hecho de haber maltratado al analista y a todas las personas significativas de su vida puede provocarle intensa desesperación, llegando incluso a sentir que de hecho ha destruido a aquellos a quienes podría haber amado y por quienes podría haber sido amado. Suelen manifestarse entonces ideas de suicidio, pero si el paciente ha sido acertadamente seleccionado para recibir tratamiento psicoanalítico en virtud de su fortaleza yoica, podrá elaborar ese conflicto sin prematuro apoyo por parte del analista. Al elaborar este crucial período de su análisis, el paciente narcisista llega a reconocer al analista como persona autónoma por quien puede sentir amor y gratitud, y al mismo tiempo comienza a tomar conciencia de la existencia independiente de otras personas significativas para él. Es posible que por primera vez manifieste auténtica curiosidad, interés y satisfacción por lo que les ocurre a los demás. Es como si las otras personas cobraran vida tanto en el mundo externo como en su mundo interno de vivencias de sí mismo y de los objetos, en otras palabras, su "mundo de representaciones" (14). Esta etapa del análisis marca un abierto contraste con el anterior vacío de las fantasías y emociones del paciente.

La regresión normal al servicio del yo representa una dimensión especial, esto es la reactivación de relaciones objetales internalizadas del pasado como fuente de apoyo interno en momentos de crisis, pérdida de apoyo externo o soledad. En circunstancias normales, la riqueza emocional derivada de felices relaciones interpersonales del pasado permite disfrutar de la felicidad actual de los demás merced a la empatía con ellos, y es además una fuente interna de consuelo cuando la realidad amenaza destruir la autoestima. Los pacientes narcisistas son incapaces de encontrar este tipo de recursos en su propio pasado, pero con la ayuda del tratamiento llegan a tomar conciencia de una vida más profunda y significativa, y el nuevo mundo de relaciones objetales internalizadas que va configurándose en ellos se convierte en una fuente de fortaleza y creatividad.

El siguiente caso ilustra este crucial período del tratamiento en un particular paciente. En una época, este paciente había llegado a tomar conciencia de que siempre había tratado al analista como un "espejo" de sí mismo; lo había convertido en un esclavo poderoso incondicionalmente a su servicio; algo así como el genio de la lámpara de Aladino. Entre sesiones tenía la sensación de que el analista

quedaba reducido a una existencia virtual, como si él tuviera el poder de encerrarlo en una botella y dejarlo de lado. Por primera vez, después de años de análisis, demostró curiosidad por el analista y envidia por su vida privada. Reconoció la pena y el enojo que le causaban las separaciones de fin de semana y la gratitud que sentía hacia aquél por no haberlo abandonado a pesar de su constante actitud peyorativa. Este paciente siempre había despreciado la literatura, en especial la poesía, y todo aquello que no tratara de "hechos concretos, fríos y útiles".

Un día recordó un cuento que de niño lo había impresionado pero que después había olvidado por completo; se trataba de "El ruiseñor" de Andersen (2). El paciente, una persona poco imaginativa, interpretó espontáneamente la historia, basándose en asociaciones y sueños que había tenido a lo largo de varios días. El mismo representaba al Emperador de China ya que, al igual que éste, desvalorizaba a cuantos lo rodeaban. China era su mundo de fantasías, donde todos desvalorizaban a todos. El ruiseñor (el vivo y verdadero) era la única criatura cálida y digna de amor de ese mundo, pero el Emperador era incapaz de amarla. Aunque había disfrutado de su canto, lo abandonó sin remordimiento cuando recibió un pájaro mecánico, brillante y guarnecido de piedras preciosas. Este ruiseñor mecánico, cubierto de adornos lujosos, representaba el concepto de sí mismo del Emperador (el paciente), mecánico y sin vida. Cuando éste, enfermo, necesitó del canto del ruiseñor para recuperarse, el ruiseñor mecánico fracasó, porque el propio Emperador, según el paciente, lo había destruido, al igual que había destruido todo lo que lo rodeaba. Una noche, a punto de morir, el Emperador recordó todas las buenas y malas acciones de su vida y esos recuerdos lo hicieron sufrir. A juicio del paciente, ésta era la expresión del reconocimiento del Emperador de sus propios aspectos malos y de su desesperanza de poder reparar alguna vez los males cometidos. El verdadero ruiseñor volvió por fin y al cantar al pie de la ventana del Emperador agonizante, le salvó la vida. Al terminar el relato, el paciente dijo con emoción que ahora comprendía por qué de niño esta historia lo conmovía hasta las lágrimas, y rompió a llorar. El hecho de que el ruiseñor verdadero hubiera sobrevivido reafirmaba su fe en la existencia de un ser bueno en el que aún podía confiar y que no había muerto, no obstante la avidez y la destructividad del Emperador —y de él mismo—. Este se había salvado de la muerte gracias a que había conservado dentro de sí a un ser bueno y capaz de perdonar, el ruiseñor, que representaba también al analista bueno que no había sucumbido a la destructividad del paciente.

Este ejemplo ilustra no sólo la manera en que el paciente llegó a comprender un problema crucial para él, sino además su reconocimiento cada vez mayor de la vida emocional; por primera vez aceptó una expresión literaria hasta entonces despreciada. La opor-



tunidad de ver que un paciente surge a la vida en el curso del tratamiento y que por primera vez siente verdadera preocupación e interés por los demás y por su mundo interior, constituye una experiencia gratificante para el analista, que compensa los muchos meses y años de soportar el vacío y la privación de significado con que estos pacientes tratan de ahogar la situación analítica.

Los factores pronósticos estudiados en este capítulo reflejan las limitaciones y las dificultades del tratamiento psicoanalítico de las personalidades narcisistas. Aun cuando en muchos de estos pacientes el tratamiento no alcanza resultados plenamente satisfactorios, por lo menos permite comprender y resolver mejor las defensas narcisistas en pacientes con una patología caracterológica menos grave. A mi juicio, merced a una cuidadosa selección de casos es posible obtener resultados terapéuticos más alentadores con los pacientes que en un primer momento son vistos como no analizables y que en consecuencia no reciben tratamiento, o con aquellos que inician un análisis fundado en la errónea suposición de que pertenecen a la categoría de las neurosis caracterológicas ordinarias, y que termina por fracasar después de muchos años de trabajo analítico.

#### **Resumen**

Se sugiere una hipótesis general acerca de la etiología de la personalidad narcisista, basada en las conexiones entre el narcisismo patológico y la patología de las relaciones objetales. Se pasa revista a los problemas técnicos que plantea el tratamiento psicoanalítico de estos pacientes, en especial sus típicas resistencias transferenciales, y se estudian los criterios pronósticos.

## BIBLIOGRAFIA

1. Abraham, K.: A particular form of neurotic resistance against the psychoanalytic method (1919). *Selected Papers on Psycho-Analysis*. Londres, Hogarth Press, 1949, págs. 303-311. [Hay versión castellana: Una forma particular de resistencia neurótica contra el método psicoanalítico. *Psicoanálisis clínico*, Buenos Aires, Hormé, 1959.]
2. Andersen, H. C.: The nightingale. En *Tales of Grimm and Andersen*. Nueva York, Modern Library, 1952, págs. 714-721.
3. Fenichel, O.: Typology. *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. Nueva York, Norton, 1945, págs. 525-527. [Hay versión castellana: *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires, Paidós, 1977.]
4. Freud, S.: On narcissism: an introduction (1914). *Standard Edition*, 14, 67-102, Londres, Hogarth Press, 1957. [Hay versión castellana: Introducción al narcisismo. *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967/68.]
5. — Libidinal types (1931). *Standard Edition*, 21, 215-220. Londres, Hogarth Press, 1961. [Hay versión castellana: Sobre los tipos libidinales. *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967/68.]
6. Jacobson, E.: *The Self and the Object World*. Nueva York, International Universities Press, 1964.
7. Jones, E.: The God complex (1913). *Essays in Applied Psycho-Analysis*, 2, 244-265. Nueva York, International Universities Press, 1964.
8. Kohut, H. (1968): The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. *Psychoanal. Study Child*, 23, 86-113.
9. Reich, A.: Narcissistic object choice in women. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 1, 22-44, 1953.
10. — Pathologic forms of self-esteem regulation. *Psychoanal. Study Child*, 15, 215-232. Nueva York, International Universities Press, 1960.
11. Riviere, J.: A contribution to the analysis of the negative therapeutic reaction. *Int. J. Psycho-Anal.*, 17, 304-320, 1936.
12. Rosenfeld, H.: On the psychopathology of narcissism: a clinical approach. *Int. J. Psycho-Anal.*, 45, 332-337, 1964.
13. Sachs, H.: Observations of a training analyst. *Psychoanal. Quart.*, 16, 157-168, 1947.
14. Sandler, J. y Rosenblatt, B.: The concept of the representational world. *Psychoanal. Study Child*, 17, 128-145. Nueva York, International Universities Press, 1962.
15. Schafer, R.: The loving and beloved superego in Freud's structural theory. *Psychoanal. Study Child*, 15, 163-188. Nueva York, International Universities Press, 1960.
16. Stone, L.: The widening scope of indications for psychoanalysis. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 2, 567-594, 1954.

17. Tartakoff, H. H.: The normal personality in our culture and the Nobel prize complex. En *Psychoanalysis—A General Psychology*, comps. R. M. Loewenstein, L. M. Newman, M. Schur y A. J. Solnit. Nueva York, International Universities Press, 1966, págs. 222-252.
18. Ticho, E.: Selection of patients for psychoanalysis or psychotherapy. Presentado en la Reunión del XX Aniversario de la Asociación de Graduados de la Escuela Menninger de Psiquiatría, Topeka, Kansas, mayo de 1966.
19. Van de Waals, H. G.: Problems of narcissism. *Bull. Menninger Clin.*, 29, 293-311, 1965.

## CAPÍTULO IX

### PROBLEMAS CLINICOS DE LA PERSONALIDAD NARCISISTA

El presente capítulo retoma anteriores consideraciones acerca del diagnóstico y el tratamiento psicoanalítico de la personalidad narcisista (véanse capítulos I, IV y VIII). En los últimos años se ha llegado a un gradual consenso en cuanto a la definición de esta patológica estructura del carácter y a la indicación del psicoanálisis como terapia de elección (3, 7, 8, 9, 10, 13, 15, 16, 17). Sin embargo, no obstante la creciente coincidencia respecto de las características clínico-descriptivas de esta constelación, existen criterios contrapuestos en lo referente a los fundamentos metapsicológicos subyacentes y al enfoque técnico óptimo dentro de una modalidad psicoanalítica de tratamiento. En particular, el enfoque propuesto por Kohut para la terapia psicoanalítica de las personalidades narcisistas (10) difiere en muchos aspectos del sugerido por mí (véase capítulo VIII), que se acerca más a los puntos de vista de Abraham (1), Jacobson (3), Riviere (12), Rosenfeld (13), Tartakoff (15) y van der Waals (17). De ahí que en este capítulo me detendré en especial en aquellos aspectos de mi enfoque que ponen de relieve las coincidencias y divergencias con el de Kohut.

#### **Características clínicas de la personalidad narcisista como tipo específico de la patología caracterológica**

Con respecto a las características clínicas, la opinión de Kohut coincide con la mía y con la de los autores mencionados antes. A mi juicio, los pacientes de personalidad narcisista son aquellos caracterizados por una exagerada centralización en sí mismos, por lo general acompañada de una adaptación superficialmente eficaz, pero con serias distorsiones en sus relaciones internas con otras personas. Las ambiciones desmedidas, fantasías grandiosas, sentimientos de inferioridad y una excesiva dependencia de la admiración y el homenaje de los otros, suelen estar presentes en ellos formando combinaciones diversas. Junto con la sensación de hastío y futilidad y la continua

búsqueda de gratificación de su necesidad de brillo, riqueza, poder y belleza, presentan serias deficiencias en su capacidad de amor y preocupación por los demás. Esta incapacidad de empatía constituye a menudo una sorpresa, en vista de su adaptación social aparentemente buena. La permanente incertidumbre e insatisfacción con ellos mismos, y las tendencias conscientes o inconscientes a explotar sin piedad a los demás, son otras de las características de estos pacientes. Quizá mi descripción difiera de la de Kohut en la importancia que asigno a la patología de sus relaciones objetales internalizadas, así como a la presencia de una crónica e intensa envidia y de las defensas contra la misma, en especial la desvalorización, el control omnipotente y el retraimiento narcisista, como características sobresalientes de la vida emocional de estos pacientes.

### **Relación de la personalidad narcisista con los desórdenes fronterizos y las psicosis**

Respecto de este punto, el enfoque de Kohut y el mío presentan divergencias importantes. Kohut diferencia la personalidad narcisista de las psicosis y los estados fronterizos, pero no hace una clara discriminación entre los "casos fronterizos" y las psicosis esquizofrénicas (10, pág. 18). A mi juicio, y tal como lo describiré más adelante, la organización defensiva de la personalidad narcisista es llamativamente similar y a la vez diferente de una manera específica de la organización fronteriza. En contraposición con el criterio de Kohut, considero que existen importantes diferencias estructurales entre la personalidad fronteriza y las estructuras psicóticas, e incluso no descarto el psicoanálisis como tratamiento de elección para ciertos desórdenes fronterizos.

La similitud de la organización defensiva de las personalidades narcisistas con la de los desórdenes fronterizos se refleja en el predominio de mecanismos de escisión o disociación primitiva, que se pone de manifiesto en la presencia de estados yoicos mutuamente disociados o escindidos. Es así como la altiva grandiosidad, la timidez y los sentimientos de inferioridad suelen coexistir sin afectarse recíprocamente. Estas maniobras disociativas reciben el refuerzo de primitivas formas de proyección, en especial la identificación proyectiva, la idealización patológica, el control omnipotente y el retraimiento y la desvalorización narcisistas. Desde el punto de vista dinámico, la patológica condensación de necesidades genitales y pregenitales, bajo la influencia predominante de la agresión pregenital (en especial oral), caracteriza tanto a la personalidad narcisista como a la personalidad fronteriza en general.

En este sentido, importa subrayar que Kohut reconoce la presencia de "manifestaciones de grandiosidad conscientes pero escindidas" (10, pág. 179) y describe en detalle "la existencia paralela de facetas

profundamente incompatibles de la personalidad" (pág. 183), destacando la importancia de que el analista vincule el sector central de la personalidad con el sector escindido. Por lo tanto, en la práctica Kohut admite la configuración de una organización defensiva cuyo mecanismo principal es la escisión, aunque no la asocia con determinadas vicisitudes del desarrollo estructural del yo.

La diferencia entre la personalidad narcisista y la personalidad fronteriza es que la primera posee un concepto de sí mismo integrado aunque patológicamente grandioso que, tal como lo sugerí antes (véase capítulo VIII), refleja una condensación patológica de ciertos aspectos del sí-mismo real (el carácter "especial" del niño ratificado por sus tempranas vivencias), del sí-mismo ideal (las fantasías e imágenes de poder, riqueza, omnisciencia y belleza con que el niño trataba de compensar la severa frustración, la rabia y la envidia orales) y del objeto ideal (la fantasía de una figura parental infinitamente benigna y amante opuesta a la vivencia real del niño; en otras palabras, el sustituto del desvalorizado objeto parental de la realidad). Utilicé aquí el término "sí-mismo grandioso" sugerido por Kohut, porque a mi juicio es el que mejor expresa las significaciones clínicas de lo que antes denominé estructura patológica del sí-mismo, o de lo que Rosenfeld (13) llamó sí-mismo "insano y omnipotente". La integración de este sí-mismo grandioso y patológico compensa la falta de integración del normal concepto de sí mismo que caracteriza a la organización fronteriza subyacente y explica la paradoja de una relativa eficacia en el funcionamiento y la adaptación yoicos, no obstante la presencia de maniobras de escisión activas junto con las primitivas defensas que comúnmente las acompañan y la falta de integración de las representaciones objetales. Este sí-mismo grandioso se pone de manifiesto en una serie de características clínicas, acerca de las cuales coinciden las observaciones de todos los autores mencionados. Sin embargo, la opinión de Kohut y la mía difieren en cuanto a su origen; para Kohut, el sí-mismo grandioso refleja la fijación de un sí-mismo primitivo y arcaico pero "normal", mientras que para mí constituye una estructura patológica netamente diferente del narcisismo infantil normal.

Antes de examinar esta discrepancia, es oportuno mencionar a un particular grupo de pacientes que, a mi juicio, presentan la más clara ilustración de la íntima conexión que existe entre la organización fronteriza y el desarrollo del sí-mismo grandioso. Se trata de aquellos pacientes narcisistas que a pesar de la estructura sin duda narcisista de su personalidad funcionan en un nivel francamente fronterizo, es decir con las manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica típicas de la personalidad fronteriza, además de las defensas ya enumeradas, comunes a ambas categorías. Estos pacientes se caracterizan por su gran intolerancia a la ansiedad, falta de control sobre sus impulsos en todas las áreas, una llamativa ausencia de canales de sublimación, una tendencia al pensamiento del proceso primario muy

notoria en los tests psicológicos y gran propensión a desarrollar una psicosis transferencial; la patológica estructura narcisista no ofrece en ellos el grado de integración necesario para un buen funcionamiento social. En estos casos el psicoanálisis (e incluso el procedimiento psicoanalítico modificado que propuse para las personalidades fronterizas) está contraindicado. Un típico rasgo de estos pacientes es la "rabia narcisista", es decir la crónica activación de reacciones de rabia asociadas con excesivas demandas y ataques de desprecio contra el analista. Los pacientes fronterizos también suelen presentar estos intensos estallidos de rabia, por lo general como parte de la activación alternada en la transferencia de relaciones objetales internalizadas "totalmente buenas" y "totalmente malas". Sin embargo, en el grupo de pacientes narcisistas que nos ocupa, la rabia es tan implacable que contamina la totalidad del vínculo con el terapeuta, llevando a una completa desvalorización y deterioro de la relación terapéutica durante períodos muy prolongados y poniendo así en peligro la continuidad del tratamiento.

El siguiente caso ilustra las circunstancias descritas. La paciente, soltera, de poco más de treinta años, presentaba una personalidad narcisista bastante típica. Llegó a la consulta en un hospital psiquiátrico debido a su gradual fracaso académico y social y a su promiscuidad sexual caracterizada por la tendencia a abandonar a todo hombre que no pudiera controlar por completo. Sus padres, narcisistas y retraídos, presentaban ciertas tendencias antisociales no demasiado acentuadas; una hermana mayor también se encontraba en tratamiento a causa de sus rasgos antisociales. Su carencia de relaciones significativas se puso de manifiesto por primera vez en el jardín de infantes, disminuyó después cuando la paciente imitó los esfuerzos de la madre por controlar y manipular a quienes la rodeaban, y terminó por producir un caos en su vida social, su trabajo y sus relaciones sexuales. Al cabo de dos meses de tratamiento, caracterizados por una sutil desvalorización del terapeuta y de todo el equipo terapéutico y constantes tentativas de manejar y escindir al personal, el terapeuta se ausentó por una semana. Sus maniobras despreciativas, hasta entonces controladas, se transformaron en una intensa reacción de rabia y enojo; no obstante los esfuerzos del personal, a los dos meses logró convencer a sus padres de interrumpir su tratamiento. Durante ese lapso las sesiones se caracterizaron por la constante desvalorización del terapeuta y los ataques contra éste; en otras palabras, por una reacción de rabia narcisista que no pudo ser tratada por medio de una terapia expresiva.

Las personalidades narcisistas que en el curso del análisis han elaborado sus defensas contra las primitivas relaciones objetales ligadas en conflictos derivados de la agresión oral, suelen presentar estas reacciones de rabia en la transferencia en etapas más avanzadas de su tratamiento. En ocasiones, la transformación de una personalidad narcisista hasta entonces más o menos complaciente, casi indife-

rente y en apariencia bien controlada en una persona crónicamente enfurecida, puede ser motivo de sobresalto, pero en general es posible elaborar este cambio en fases posteriores del tratamiento, logrando así un progreso significativo. En este sentido, el cuidadoso estudio de la historia de estos pacientes revela a menudo episodios de rabietas y estallidos de agresión ocurridos en el pasado, cuando se sintieron frustrados por situaciones que creyeron poder controlar, o más tarde cuando creyeron ser superiores o capaces de manejar a las personas contra quienes desataron su agresión.

Por lo tanto, la situación es diferente en los casos en que la rabia narcisista se manifiesta como parte de la constelación clínica inicial (en personalidades narcisistas con funcionamiento abiertamente fronterizo), y en los casos en que surge como parte de la resolución del narcisismo patológico en etapas posteriores del tratamiento. La manifestación precoz y franca de la rabia narcisista constituye una seria amenaza para la terapia, sobre todo en las personalidades narcisistas de funcionamiento fronterizo que presentan rasgos antisociales o una desviación sexual con fuertes componentes sádicos, como por ejemplo violencia física hacia los objetos en el contexto de relaciones sexuales de características explotadoras. Estas reacciones de rabia se observan también en adolescentes de personalidad narcisista y comportamiento antisocial.

Para las personalidades narcisistas de funcionamiento fronterizo (en especial los casos de pronóstico más reservado caracterizados por las mencionadas reacciones de rabia narcisista), la psicoterapia de apoyo suele ser el tratamiento de elección. En circunstancias ideales, la terapia podrá ir acercándose gradualmente al enfoque general que propuse para los pacientes fronterizos, con interpretación sistemática (no sólo del origen de la rabia narcisista, sino además de los beneficios secundarios derivados de su manifestación en la transferencia) y fijación de límites en los casos en que la interpretación sola no baste para anular esos beneficios secundarios. Cuando es posible estructurar la vida externa del paciente de manera tal de poder controlar la exoactuación de la rabia narcisista y proteger la situación terapéutica lo suficiente como para que el analista conserve una posición más o menos neutral, se estará en condiciones de interpretar sistemáticamente las funciones defensivas que cumple la agresión dirigida contra aquél, posibilitando así en última instancia la resolución de la rabia narcisista. Además de ser expresiones directas de una agresión primitiva, esas reacciones de rabia pueden estar defendiendo al paciente contra los primitivos temores que le inspira el analista, contra su intensa culpa o contra la angustia de separación.

En los pacientes de personalidad narcisista en quienes la rabia narcisista surge en etapas posteriores del tratamiento, el análisis del origen y las funciones de dicha reacción en la transferencia no ofrece tantas dificultades. Los arranques de ira del paciente ante las más leves frustraciones, reales o fantaseadas, causadas por el analista,



pueden representar un progreso importante respecto de lo que antes fueron sutiles tentativas de desvalorizarlo, tan características de las resistencias narcisistas. Una típica función de la reacción de rabia es desvalorizar al analista, con el fin de eliminarlo como objeto significativo que de lo contrario puede ser motivo de temor y envidia, y cuyo apoyo el paciente necesita tan desesperadamente. La seguridad interna del analista y su confianza en lo que realmente puede ofrecer al paciente son factores importantes para convencer a éste de que su agresión no tiene el carácter devastador que sus fantasías le atribuyen.

En síntesis, el sí-mismo grandioso compensa el general "debilitamiento yoico" producido por las defensas primitivas comunes a las personalidades narcisistas y los pacientes fronterizos, y explica por qué el funcionamiento manifiesto de aquéllas puede abarcar un espectro que se extiende desde el nivel fronterizo hasta el de las formas mejor integradas de patología caracterológica. Por lo general, es posible formular el diagnóstico diferencial entre las personalidades narcisistas y otros tipos de desórdenes del carácter sobre la base de un detenido análisis de las características clínicas. Ya se ha hecho referencia al diagnóstico diferencial de las personalidades narcisistas respecto de las personalidades histéricas, las personalidades infantiles y las personalidades obsesivo-compulsivas (véanse capítulos I y VIII; 4). En los casos en que aún persistan dudas o cuando no sea posible llegar a un diagnóstico antes de iniciar el tratamiento, el típico desarrollo de una transferencia narcisista servirá para distinguir a los pacientes narcisistas de aquellos que establecen una clásica neurosis transferencial. A este respecto, Kohut y yo coincidimos.

### **Relación entre narcisismo normal y narcisismo patológico**

#### **1. ¿DETENCIÓN DEL DESARROLLO O DESARROLLO PATOLÓGICO?**

Según Kohut (10), las personalidades narcisistas permanecen "fijadas a configuraciones arcaicas de un sí-mismo grandioso y/o a objetos arcaicos sobreestimados y narcisísticamente catectizados" (pág. 3). Establece una clara continuidad (pág. 9) entre narcisismo patológico y normal, en cuyo contexto el sí-mismo grandioso representa una forma arcaica de aquello que normalmente y en el curso del tratamiento puede transformarse en un sí-mismo normal a través de un proceso confirmado. Su análisis enfoca casi con exclusividad las vicisitudes del desarrollo de las cargas libidinales, de modo que excluye casi por completo de dicho contexto las conexiones entre el narcisismo patológico y las vicisitudes de la agresión. Dice Kohut (10) (pág. XV): "Específicamente este estímulo está centrado casi exclusivamente en el papel que desempeñan las fuerzas libidinales

en el análisis de las personalidades narcisistas; el papel de la agresión será considerado separadamente". Por otra parte, al estudiar el narcisismo, Kohut pone tanto énfasis en la calidad de la carga instintiva, que parece sugerir la existencia de dos instintos libidinales totalmente diferentes, de orientación narcisista y de orientación objetal, determinados por las cualidades intrínsecas de la carga instintiva, más que por el destinatario de ésta (sujeto u objeto). Para citar sus propias palabras (pág. 26): "Según mi concepción general, el narcisismo está definido no por el destinatario de la carga instintiva (sea el propio sujeto u otra persona), sino por la naturaleza o cualidad de la carga instintiva". Más adelante reitera lo esencial de esta afirmación (pág. 39, nota de pie de página) y sostiene que el desarrollo del amor objetal depende en gran parte de la evolución del narcisismo desde sus modalidades más primitivas hacia las más elaboradas (págs. 220, 228, 297). Da así la impresión de analizar las vicisitudes del narcisismo normal y patológico y de los vínculos objetales normales y patológicos esencialmente como derivados de la cualidad de las catexias libidinales, más que en función de las vicisitudes de las relaciones objetales internalizadas.

No comparto estos puntos de vista, y al igual que Jacobson (3), Mahler (11) y van der Waals (17), considero que no es posible divorciar el estudio del narcisismo normal y patológico de las vicisitudes de los derivados de instintos tanto libidinales como agresivos, y del desarrollo de los derivados estructurales de las relaciones objetales internalizadas (5, 6). Presentaré a continuación material clínico y formulaciones teóricas que servirán de fundamento a los siguientes puntos de vista:

a) Las resistencias narcisistas típicas de los pacientes de personalidad narcisista representan un narcisismo patológico que difiere tanto del narcisismo adulto corriente como de una fijación o regresión al narcisismo infantil normal. Por lo tanto, las resistencias narcisistas que se manifiestan en el curso de la interpretación de las defensas caracterológicas de pacientes no narcisistas son de naturaleza diferente, requieren una técnica diferente y tienen un significado pronóstico diferente del de las resistencias narcisistas de pacientes que padecen un narcisismo patológico.

b) El narcisismo patológico sólo puede ser entendido en función del análisis combinado de las vicisitudes de los derivados de instintos libidinales y agresivos. El narcisismo patológico no refleja simplemente la carga libidinal del sí-mismo como opuesto de la carga libidinal de los objetos, sino la carga libidinal de un sí-mismo patológico. Este sí-mismo patológico ejerce funciones defensivas contra las subyacentes imágenes primitivas del sí-mismo y de los objetos, libidinalmente y agresivamente catexizadas, que representan intensos conflictos sobre todo pregenitales, centrados tanto en el amor como en la agresión.

c) Las características estructurales de las personalidades narcisistas no pueden ser entendidas como una simple fijación en un nivel primitivo del desarrollo ni como una falta de desarrollo de ciertas estructuras intrapsíquicas. Son el resultado del desarrollo de una patológica (como opuesto de normal) diferenciación e integración de estructuras yoicas y superyoicas, derivadas de relaciones patológicas (también como opuesto de normales).

Resumiendo estos tres puntos de vista en una formulación general, podemos decir que la carga narcisista (catectización de sí mismo) y la carga objetal (catectización de otros seres humanos y de sus representaciones) tienen lugar al mismo tiempo y se influyen recíprocamente de manera que no es posible estudiar las vicisitudes del narcisismo sin estudiar las vicisitudes de las relaciones objetales, del mismo modo en que tampoco es posible estudiar las vicisitudes del narcisismo normal y patológico sin vincular el desarrollo de las respectivas relaciones objetales internalizadas con los derivados de instintos tanto libidinales como agresivos.

## 2. CARACTERÍSTICAS DIFERENCIALES ENTRE NARCISISMO INFANTIL Y NARCISISMO PATOLÓGICO

Incluiré a continuación algunas observaciones clínicas pertinentes. El diagnóstico diferencial de las personalidades narcisistas respecto de personalidades obsesivas, depresivo-masoquistas e histéricas (es decir, entre los pacientes narcisistas de mejor funcionamiento y otros tipos de desórdenes caracterológicos) demuestra que el individuo narcisista no sólo siente excesivo amor por sí mismo, sino que ese amor suele ser bastante pobre y a menudo autodegradante, de lo cual se desprende que no se trata a sí mismo mejor de lo que trata a las demás personas con las que tiene relaciones (17). Su convicción de que carece de autenticidad, su arraigado escepticismo frente a la posibilidad de que de una honesta autoindagación pueda surgir algo bueno o valioso y su sorprendente despreocupación por su "imagen pública" en cuanto concierne a honradez, decencia y sistemas de valores, son maneras muy pobres de amarse.

Las siguientes características distinguen al narcisismo patológico del narcisismo normal de la temprana infancia: 1) Las fantasías grandiosas del niño normal, sus esfuerzos por controlar a la madre y por seguir siendo el centro de la atención de todos, tienen un fundamento mucho más real que en las personalidades narcisistas. 2) La exagerada respuesta del niño ante las críticas, el fracaso y las recriminaciones, así como su necesidad de constituirse en el centro de la atención, la admiración y el amor, coexisten con simultáneas manifestaciones de auténtico amor y gratitud, de interés por sus objetos en los momentos en que no se siente frustrado y, sobre todo, con la capacidad de confiar en los objetos significativos y de depen-

der de ellos. La capacidad de un niño de dos años y medio de mantener la catectización libidinal de la madre durante las temporarias separaciones de ésta, contrasta radicalmente con la incapacidad del paciente narcisista de depender de otras personas (incluyendo al analista) más allá de lo que conviene a sus necesidades inmediatas de gratificación. 3) El narcisismo infantil normal se pone de manifiesto en exigencias derivadas de necesidades reales, mientras que las demandas de la personalidad narcisista son excesivas, imposibles de satisfacer y por lo general resultan ser secundarias a un proceso de destrucción interna de los suministros recibidos. 4) La frialdad y el retraimiento de los pacientes narcisistas en los momentos en que no ejercitan su encanto social, su tendencia a desestimar a los demás salvo cuando los idealizan temporariamente como posibles fuentes de suministros narcisistas y el desprecio y la desvalorización que prevalecen en sus relaciones, están en franco contraste con la calidez que caracteriza las tendencias egocéntricas del niño pequeño. Indagando esta característica en la historia de pacientes narcisistas, se observa a la edad de dos o tres años una notoria falta de calidez y de vínculos normales con los demás y la presencia de un anormal monto de destructividad e insensibilidad fácilmente activables.

5) Las fantasías narcisistas infantiles de poder, riqueza y belleza que normalmente surgen en el período preedípico no significan posesión exclusiva de todo lo que hay de valioso y envidiable en el mundo; el niño normal no necesita que todos lo admiren por ser el exclusivo poseedor de esos tesoros, mientras que esta fantasía es típica de las personalidades narcisistas. En el narcisismo infantil normal, las fantasías de triunfo o grandiosidad narcisista están asociadas con el deseo de que la adquisición de esos valores haga al niño digno del amor y la aceptación de aquellos a quienes ama y por quienes necesita sentirse amado.

De todo lo dicho hasta aquí se desprende que entre el narcisismo patológico y el narcisismo normal existen diferencias sustanciales.

### 3. MANIFESTACIONES DEL NARCISISMO PATOLÓGICO EN LA SITUACIÓN ANALÍTICA

Una función importante de las resistencias narcisistas en la transferencia de la personalidad narcisista es negar la existencia del analista como ser humano autónomo e independiente, sin que se produzca la simultánea fusión que se observa en el tratamiento de pacientes más regresivos; es como si el analista fuera tolerado como "existencia satélite"; es posible que transcurran muchos meses o años de tratamiento con frecuentes inversiones de roles en la relación transferencial, pero sin ninguna modificación básica en la constelación transferencial total. El sí-mismo grandioso permite negar la dependencia respecto del analista. Sin embargo, la elaboración

de esta configuración defensiva muestra que ésta no refleja la ausencia de relaciones objetales internalizadas ni la incapacidad de catectizar a los objetos; por el contrario, es una rígida defensa contra vínculos objetales más primitivos y patológicos, en los que participan la rabia y la envidia narcisistas, el temor y la culpa derivados de esa rabia y a la vez el desesperado anhelo de una relación de amor que no sea destruida por el odio. Esta constelación defensiva es radicalmente diferente de las defensas narcisistas que se activan en otros tipos de desórdenes caracterológicos.

En los pacientes no narcisistas, el resentimiento contra el analista, las decepciones y los sentimientos de vergüenza y humillación que aparecen durante la exploración del carácter, son reacciones temporarias y menos intensas, que además coexisten con la capacidad de depender del analista, tal como lo demuestran la angustia de separación y las reacciones de duelo que estos pacientes manifiestan en la transferencia. Por el contrario, en el caso de personalidades narcisistas, las características sobresalientes son la desvalorización generalizada y el desprecio de que hacen objeto al analista y que muchas veces racionalizan alegando sentirse "defraudados". Los fines de semana, las vacaciones o la enfermedad del analista no provocan en ellos angustia de separación ni reacciones de duelo, y aun en los momentos en que parecen idealizar a aquél, se hacen obvias las diferencias entre esa idealización y la que se refleja en la transferencia de otro tipo de pacientes.

Las manifestaciones de enojo y rabia que se observan en el contexto de la transferencia negativa derivada del análisis de las defensas caracterológicas de pacientes no narcisistas no producen la masiva desvalorización del analista que es típica de las personalidades narcisistas. Por el contrario, la alternancia de exigencias infantiles en los momentos de enojo y manifestaciones de amor y gratitud junto con idealizaciones activadas por sentimientos de culpa, es típica de los pacientes no narcisistas y otorga una cualidad totalmente diferente a la transferencia. Es posible que transcurran meses y aun años sin que el individuo narcisista manifieste curiosidad alguna acerca de aquellos aspectos de la vida del analista que no están directamente vinculados con sus necesidades inmediatas. La aparición de una idealización aparentemente "normal" (aunque infantil) seguida de un olvido casi total del analista pone de relieve la diferencia entre la idealización normal y la patológica. La incapacidad de las personalidades narcisistas de depender de los demás, en contraste con la tenaz dependencia de los pacientes fronterizos y su capacidad de establecer una amplia gama de relaciones objetales, es un factor decisivo para llegar al diagnóstico diferencial entre las personalidades narcisistas de franco funcionamiento fronterizo y los pacientes fronterizos corrientes. Otros elementos a tomar en cuenta son las características específicas de la idealización patológica, el predominio del control omnipotente y, en especial, el despre-

cio, la desvalorización y el retraimiento narcisista, típicos de las personalidades narcisistas. Asimismo, la situación analítica ofrece abundante evidencia clínica acerca de la diferencia fundamental que existe entre el narcisismo infantil normal, la fijación al narcisismo infantil característica de los desórdenes caracterológicos no narcisistas y el narcisismo patológico de las personalidades narcisistas.

#### 4. CONSIDERACIONES GENÉTICAS

Esta diferencia se acentúa más aún cuando en el curso del tratamiento psicoanalítico se indagan los determinantes genéticos de las resistencias narcisistas de estos pacientes y las concomitantes defensas caracterológicas. El análisis genético revela que contrariamente a lo que ocurre en la fijación a las fases narcisistas infantiles del desarrollo, que es consecuencia directa de frustraciones y fracasos de la madre o su sustituto y de otros objetos significativos de la infancia, las personalidades narcisistas reproducen en la transferencia tempranos procesos de desvalorización de objetos externos importantes y de sus representaciones intrapsíquicas, a modo de elaboración secundaria y de defensa contra conflictos subyacentes centrados en la rabia y la envidia orales. Necesitan destruir los suministros de amor y gratificación para eliminar la fuente de envidia y de rabia proyectada, al tiempo que se retraen en la concepción grandiosa de sí mismos, que representa una primitiva refusión de imágenes idealizadas de las figuras parentales e imágenes idealizadas de sí mismos; escapan así del círculo vicioso de enojo, frustración y desvalorización agresiva de la posible fuente de gratificación, a costa de deteriorar seriamente sus relaciones objetales internalizadas. En síntesis, los procesos de desvalorización racionalizados en la transferencia como "decepciones", repiten la patológica desvalorización de las imágenes parentales, en tanto que la estructura defensiva del sí-mismo grandioso actualiza la condensación patológica de componentes derivados de las relaciones objetales que reflejan aquellos conflictos.

Mencioné antes (véase capítulo VIII) que es difícil determinar la participación que tiene en este cuadro la intensidad innata de las tendencias agresivas, y que el predominio de una figura materna crónicamente fría, narcisista y al mismo tiempo sobreprotectora parece ser el principal elemento etiológico en la psicogénesis de esta patología. La inclusión del hijo en el mundo narcisista de la madre durante ciertos períodos de su desarrollo temprano, crea en el niño la predisposición a considerarse "especial", predisposición alrededor de la cual se cristalizan las fantasías del sí-mismo grandioso. Las defensas narcisistas protegen al paciente no sólo contra la intensidad de su rabia narcisista, sino también contra el arraigado convencimiento de su propia indignidad, contra su imagen de un mundo

despojado de alimento y amor, y contra la concepción de sí mismo como un lobo hambriento dispuesto a matar y comer para sobrevivir. Todos estos temores se activan en la transferencia cuando en el paciente comienza a desarrollarse la capacidad de depender del analista. Es entonces cuando lo atemoriza la envidia destructiva que le inspira el analista y se pregunta si su necesidad de amor resultará ser más poderosa que sus ataques agresivos contra aquél. Estas vivencias dan lugar a una situación transferencial atemorizante y de gran ambivalencia, que necesita ser elaborada.

##### 5. TIPOS DE IDEALIZACIÓN Y RELACIÓN DE LA IDEALIZACIÓN NARCISISTA CON EL SÍ-MISMO GRANDIOSO

Respecto de la naturaleza de las maniobras defensivas del narcisismo patológico, mencioné ya que la idealización del analista por parte de estos pacientes difiere considerablemente de la idealización primitiva de los pacientes fronterizos y de la idealización que se produce en otros tipos de patologías caracterológicas. Los desórdenes fronterizos se caracterizan por lo que denominé "idealización primitiva", es decir una imagen irreal y "totalmente buena" del analista como primitivo objeto bueno y gratificante, utilizada a modo de protección para que aquél no sea "contaminado" por las proyecciones paranoides de un primitivo objeto sádico "totalmente malo". En otras palabras, este primitivo nivel de idealización está vinculado con el predominio de los mecanismos de escisión. Por el contrario, en los desórdenes caracterológicos no narcisistas, y en las neurosis sintomáticas, la idealización del analista como imagen parental buena, amante y benigna está vinculada con la ambivalencia del paciente y con la culpa y la preocupación que le causa la simultánea presencia de amor y odio intensos hacia aquél. En este nivel superior de la idealización, el analista es visto como una figura parental capaz de comprenderlo y tolerarlo todo y que ama al paciente a pesar de su "maldad". El siguiente nivel corresponde a un tipo aún más maduro de idealización, que incluye la proyección en los objetos idealizados de funciones superyoicas más avanzadas derivadas de sistemas de valores despersonificados y abstractos; se trata en esencia de un fenómeno normal que se manifiesta sobre todo en la adolescencia y el enamoramiento.

Todos estos tipos de idealización configuran una secuencia que abarca el funcionamiento normal desde su nivel primitivo hasta el adulto, y que en todos los casos está en franco contraste con la idealización de la personalidad narcisista, que refleja la proyección en el analista del sí-mismo grandioso del paciente. El paciente narcisista hace extensiva su grandiosidad al analista y así, cuando aparenta estar asociando en presencia de aquél, en realidad está hablando consigo mismo, con un "autoobservador" grandioso que

es una extensión de sí mismo y de quien se transforma temporariamente en accesorio o satélite. Importa subrayar que el hecho de que el paciente "retire" esta idealización al finalizar la sesión y demuestre una total falta de dependencia respecto del analista, prueba que no se ha producido una verdadera fusión, lo cual indica que esta reacción es diferente de la primitiva fusión entre sí-mismo y objeto que caracteriza lo que Jacobson (3) llama identificación psicótica y lo que Mahler (11) describe como la fase simbiótica del desarrollo. La fusión de imágenes de sí mismo y del objeto que refleja una regresión al primitivo nivel de desarrollo en el cual los límites yoicos aún no están definidos, no se produce en el paciente narcisista; por el contrario éste conserva la prueba de realidad en su sentido estricto durante las sesiones y no desarrolla una psicosis transferencial.

Asimismo, puesto que la idealización del analista no alterna con la intensa proyección de un "objeto malo" en él (como en general ocurre en los desórdenes fronterizos) ni incluye componentes de culpa y reparación (como en las idealizaciones infantiles normales desarrolladas en el curso de la neurosis transferencial), la idealización narcisista representa un proceso patológico y no una etapa normal del desarrollo. Las raíces genéticas de esta patología se remontan a algún punto entre la etapa de diferenciación entre sí-mismo y objeto (es decir más allá del nivel de desarrollo característico de las psicosis) y la etapa en que la normal integración de las imágenes de sí mismo y de los objetos da lugar respectivamente a la normal estructura de sí mismo y a representaciones objetales integradas (es decir las estructuras derivadas de relaciones objetales, típicas de las modalidades más corrientes de desórdenes caracterológicos y de las neurosis sintomáticas). Puesto que el paciente proyecta su sí mismo grandioso en el analista y conserva su "empatía" hacia lo proyectado, tratando al mismo tiempo de ejercer el máximo control para que aquél haga todo lo necesario con el fin de mantener la proyección, evitando así que se manifieste como objeto independiente y autónomo, la totalidad de esta operación defensiva refleja lo que desde el punto de vista funcional describí (reformulando la acepción que Melanie Klein dio a este término) como "identificación proyectiva" (véase capítulo I), otro mecanismo característico de los desórdenes fronterizos y de las personalidades narcisistas. Las consecuencias prácticas de los continuos esfuerzos del paciente por obligar al analista a comportarse exactamente como él lo desea se aproximan mucho a la descripción que hace Kohut de la transferencia especular. De todos modos, lo que deseo destacar nuevamente es la peculiar naturaleza del narcisismo patológico, en contraposición con las manifestaciones narcisistas que se observan en otros tipos de patología.

La opinión de Kohut acerca de la idealización narcisista discrepa con la formulación precedente. Según él, en las personalidades



narcisistas no se ha logrado la óptima internalización de la arcaica y rudimentaria díada sí-mismo—objeto —es decir, la imagen parental idealizada (10, págs. 37-47)—. Subraya que desde el punto de vista genético y dinámico, las idealizaciones del niño pequeño corresponden al contexto narcisista, proposición coherente con el énfasis que Kohut pone en la cualidad de las catexias libidinales, y no en el destinatario de la carga instintiva, que determina la orientación narcisista u objetal de una internalización. Debido al trauma resultante de la pérdida del objeto idealizado o de la decepción causada por éste, la internalización óptima no se produce y, citando las palabras de Kohut:

La intensidad con que el individuo busca esos objetos y depende de ellos se debe a que los necesita para reemplazar sectores ausentes de su estructura psíquica. No son objetos (en el sentido psicológico de este término) puesto que no son amados o admirados por sus atributos, y las características reales de sus personalidades y de sus acciones son sólo vagamente reconocidas. Más que anhelarlos, el individuo los necesita para reemplazar las funciones de un segmento de su aparato mental que no quedó constituido en la infancia (págs. 45-46).

En síntesis, Kohut sugiere que la transferencia idealizante de las personalidades narcisistas corresponde a una fijación en un nivel arcaico del desarrollo normal.

En mi opinión, la transferencia idealizante refleja un tipo patológico de idealización y corresponde a la activación masiva del sí-mismo grandioso en la transferencia. Así, la transferencia especular y la transferencia idealizante, según la terminología de Kohut, representan, a mi juicio, la activación alternada de componentes que esencialmente pertenecen a la condensación del sí-mismo patológico, siendo éste a su vez la resultante de una fusión de determinados aspectos del sí-mismo real, del sí-mismo ideal y del objeto ideal. Se trata de una condensación patológica y no de una simple fijación a una etapa temprana del desarrollo. El propio Kohut, al hablar de la imagen parental idealizada, se refiere a ella como una arcaica y rudimentaria díada "sí-mismo objeto", y describe los "típicos movimientos regresivos" que tienen lugar durante el análisis de las personalidades narcisistas (véase 10, diagrama 2, pág. 97, que ilustra el pasaje de la transferencia idealizante a la activación de la grandiosidad en el paciente). En mi experiencia, he podido observar la proyección alternada del sí-mismo grandioso en uno de los participantes de la relación analítica, mientras el otro representa los remanentes del sí-mismo real incorporados al miembro idealizado de la pareja por una especie de unión mágica, hecho frecuente en las resistencias narcisistas.

En mi opinión, la temprana idealización del analista en la trans-

ferencia no presenta diferencias esenciales con respecto a la proyección en él del sí-mismo grandioso y con frecuencia contiene muchos de los elementos característicos de esta proyección. Además, la idealización del analista durante los primeros períodos del análisis sirve para recrear las habituales relaciones incorporativas del paciente con posibles fuentes de gratificación; la idealización de dichas fuentes refleja la gratificante fantasía de que otras personas, en este caso el analista, poseen todavía algo valioso que el paciente aún no ha incorporado y que necesita hacer suyo. La temprana idealización es también una defensa contra la aparición de intensa envidia y contra la desvalorización del analista. Si bien estos procesos protegen al paciente contra la envidia, también destruyen su esperanza de recibir algo nuevo y bueno y, en un nivel más profundo, ratifican su temor de ser por siempre incapaz de establecer una relación de amor mutuamente gratificante.

En los períodos iniciales del análisis, los pacientes narcisistas desarrollan la típica fantasía de que su analista es el mejor del mundo; no necesitan envidiar a pacientes de otro analista; son el único paciente del suyo, o por lo menos el más interesante o el preferido. Poco a poco, los rasgos idealizados del analista, que en un principio reflejaron atributos ideales más o menos convencionales, adoptan determinadas características que revelan la particular naturaleza del sí-mismo grandioso del paciente. A lo largo de todo este proceso se producen oscilaciones durante las cuales el analista, en otras circunstancias ideal, pasa a ser la parte afortunada por tener un paciente tan singular, y a su vez el paciente se asegura de monopolizar el interés exclusivo de aquél porque no hay otro paciente de ningún otro analista que pueda ofrecer una experiencia analítica tan gratificante. Estos súbitos cambios, durante los cuales el paciente ve a su analista como una criatura perfecta y deificada, pasa después a desvalorizarlo por completo en tanto que él mismo se idealiza y más tarde vuelve a idealizarlo percibiéndose entonces como una extensión de aquél, ponen de relieve las íntimas conexiones de los componentes de la estructura condensada general —el sí-mismo grandioso— que caracteriza a las resistencias narcisistas. El análisis revela que cada uno de los componentes de esta estructura patológica ejerce funciones defensivas contra la expresión directa de la rabia y la envidia orales, contra temores paranoides ligados con la proyección de tendencias sádicas en el analista (que representa una primitiva y odiada imagen materna percibida como sádica) y contra básicas vivencias de soledad aterrorizante, falta de amor y culpa por la agresión dirigida contra las imágenes parentales frustrantes.

Un paciente, psicoanalista en tratamiento con otro colega, sentía durante las primeras sesiones que su analista poseía una perfecta técnica de interpretación. Sobre la base de lo que decía haber oído y de sus propias observaciones, forjó una imagen de su analista como un técnico cabal, meticoloso, quizás algo frío y distante pero perfec-

cionista, que habría de encargarse de que todas sus defensas y conflictos fueran resueltos sistemáticamente y en el orden correcto. Poco a poco llegó a verlo como un hombre totalmente seguro de sí mismo, incorruptible, rígido, pero estable y digno de confianza, que no dejaría que las emociones se interpusieran en su camino y que lo interrumpiría con precisión científica sólo cuando lo estimara necesario. Esta imagen de perfección le permitía sentirse muy seguro; habría podido suponerse que una situación transferencial como la descrita reflejaba la idealización del analista como objeto externo. Sin embargo, poco a poco salió a la luz que el paciente había estado leyendo trabajos técnicos de un conocido psicoanalista de otra ciudad, con el propósito de pasar a tratarse con él en caso de que descubriera alguna falencia en su actual analista. De manera sutil, había tratado de obligar a aquél a ajustarse a su imagen de la perfecta máquina de analizar, fría, distante y olímpicamente inmovible. Este paciente presentaba rasgos caracterológicos muy similares a los del analista de sus fantasías; era distante e insensible con sus propios pacientes y al mismo tiempo trataba de copiar la técnica de su analista. Se sentía orgulloso de su enfoque meticuloso, preciso e intelectual; se mostraba también muy irritado cuando alguien invadía lo que para él eran su espacio y su tiempo personales. Se sentía intensamente defraudado cuando el analista no se adaptaba a la imagen que él tenía de sí mismo, o cuando ponía de manifiesto características de su personalidad que no eran las que él conocía, ya que ello representaba la amenaza de que el analista emergiera como persona independiente y autónoma. Este caso ilustra la íntima conexión de la idealización del analista como representante de parte del sí-mismo grandioso del paciente y las correspondientes características patológicas del proceso de idealización.

#### 6. CARACTERÍSTICAS ESTRUCTURALES Y ORÍGENES DEL SÍ-MISMO GRANDIOSO

¿Cuáles son los orígenes estructurales y las funciones de la patológica condensación que da lugar al sí mismo grandioso? En mi opinión, las imágenes objetales idealizadas que en circunstancias normales deberían integrarse en el ideal del yo, y a su vez como ideal del yo en el superyó, se condensan en cambio con el concepto de sí mismo del paciente. En consecuencia, el superyó no llega a integrarse normalmente, los límites entre el yo y el superyó se desvanecen en determinadas áreas, los aspectos inaceptables del sí-mismo real son disociados o reprimidos, al tiempo que se produce una generalizada y devastadora desvalorización de los objetos externos y sus representaciones. Así, el mundo intrapsíquico de estos pacientes está poblado sólo por su sí-mismo grandioso, por imágenes desvalorizadas y desvaídas de sí mismo y de los demás, y por posibles perseguidores que representan precursores superyoicos sádicos no

integrados e imágenes objetales primitivas y distorsionadas en las que se proyectó un intenso sadismo oral. Es importante reiterar que estos fenómenos se producen cuando las imágenes de sí mismo y de los objetos están lo bastante diferenciadas como para garantizar la estabilidad de los límites yoicos, de modo que la condensación patológica tiene lugar después de que el paciente ha llegado a la etapa del desarrollo que separa las estructuras psicóticas de las no psicóticas. Así configurado, el patológico sí-mismo grandioso hace posible que el yo se integre lo suficiente como para permitir una adaptación social mejor que la que logran los pacientes fronterizos en general. Se compensa así la escisión del sí-mismo típica de los desórdenes fronterizos, pero a costa de un mayor deterioro de las relaciones objetales, de la pérdida de la capacidad de dependencia, y de la desastrosa búsqueda de autoprotección contra los conflictos emocionales con los demás, mediante el retraimiento en un aislamiento espléndido que otorga el sello específico a la organización narcisista.

Otro de los efectos de estos fenómenos es que como resultado de la condensación de elementos yoicos y superyoicos en el sí-mismo grandioso, ciertos elementos superyoicos, en especial los componentes normales del ideal del yo, no pueden intervenir en la integración del superyó. Predominan en consecuencia los precursores sádicos, cuyas presiones constituyen una seria amenaza para el yo. Asimismo, al no producirse la normal integración del ideal del yo con otras estructuras superyoicas, faltan también los precursores de sistemas de valores superiores y no se cumplen las condiciones indispensables para la internalización de componentes superyoicos más avanzados, en particular las imágenes parentales más reales derivadas de conflictos edípicos, que normalmente constituyen un fundamento esencial de la integración superyoica (3). Este deficiente desarrollo de las funciones superyoicas más avanzadas estimula la desvalorización de los padres, racionalizada a menudo como decepción, e interfiere además con la normal integración de sistemas de valores como parte de la personalidad total y con el concomitante desarrollo de la capacidad de sublimación.

La consecuencia final y más importante de la configuración del sí-mismo grandioso es la ruptura de la polaridad normal de las imágenes de sí mismo y de los objetos, que han sido parte de las unidades internalizadas que fijan y reproducen las relaciones satisfactorias con los demás. El sí-mismo grandioso permite negar la dependencia respecto de los otros, protege al individuo contra la rabia y la envidia narcisistas, crea las condiciones necesarias para la continua desvalorización de los demás y contribuye a distorsionar las futuras catexias narcisistas y objetales del paciente.

Teniendo en cuenta todas las razones expuestas, no es posible ver al narcisismo patológico como una simple fijación al nivel del narcisismo primitivo normal. El narcisismo normal surge de la carga libidinal de una imagen originalmente indiferenciada sí-

mismo—objeto, a partir de la cual se desarrollan las ulteriores imágenes de sí mismo y objetales libidinalmente catectizadas. Estas a su vez dan origen al concepto integrado de sí mismo, que incorpora imágenes de sí mismo de origen libidinal y de origen agresivo bajo el predominio de las de origen libidinal. El sí-mismo así integrado está rodeado de representaciones objetales integradas, resultantes de la integración de anteriores imágenes objetales de origen libidinal y agresivo bajo la influencia predominante de las de origen libidinal. En el narcisismo patológico, este normal “mundo de representaciones” (14) está reemplazado por una constelación de relaciones objetales internalizadas patológicas.

Así, en contraposición con la opinión de Kohut acerca de la naturaleza de la patología superyoica en las personalidades narcisistas, considero que estos casos no reflejan una simple falta de desarrollo de los precursores idealizados del superyó (los componentes del ideal del yo), sino una patológica condensación de esos precursores con componentes yoicos. En consecuencia, se desvanecen los normales límites yoicos y superyoicos, y las primitivas estructuras superyoicas no evolucionan hacia un superyó normal más avanzado. El problema no radica simplemente en una “falta” de internalización de ciertos precursores superyoicos idealizados normales, sino en una activa distorsión de los mismos, a la que se agrega la patológica desvalorización de los objetos externos. En líneas más generales, no se trata simplemente de la “ausencia” de determinadas estructuras, sino del desarrollo patológico de estructuras primitivas que impiden el desarrollo de las estructuras normales más avanzadas.

#### **Técnica psicoanalítica y transferencia narcisista**

Si interpreto acertadamente el pensamiento de Kohut, el objetivo de su estrategia técnica general es permitir el establecimiento de una total transferencia narcisista, en particular la transferencia especular que refleja la activación del sí-mismo grandioso. Según él, esta situación transferencial completa un proceso normal que había quedado detenido; esto es, la internalización en el superyó del sí-mismo ideal y el objeto ideal, y la concomitante evolución desde el narcisismo primitivo al narcisismo maduro. Kohut sugiere que “durante los períodos del análisis de las personalidades narcisistas en que comienza a germinar la transferencia idealizante, no hay más que una actitud analítica correcta: aceptar la admiración” (10, pág. 264). El analista, agrega Kohut,

interpreta las resistencias del paciente contra la revelación de su grandiosidad y le demuestra no sólo que su grandiosidad y su exhibicionismo desempeñaron en el pasado un papel adecuado a su nivel de desarrollo, sino además que ahora es necesario

permitir que accedan al plano consciente. Sin embargo, durante prolongados períodos del análisis es casi siempre perjudicial que el analista insista en lo irracional de las fantasías grandiosas del paciente y en la real necesidad de poner freno a sus demandas exhibicionistas. De hecho, la efectiva integración de la grandiosidad y el exhibicionismo infantiles se producirá de manera espontánea y callada (aunque muy lenta) cuando, con la ayuda de la empatía del analista con la transferencia especular, el paciente logre mantener la activación del sí-mismo grandioso y exponer su yo a las demandas de aquél (10, pág. 272).

Kohut admite que "a primera vista se podría suponer que estoy afirmando que en situaciones como ésta, el analista debe mostrarse indulgente con un deseo transferencial del analizado; específicamente, que debe brindarle ahora la necesaria repercusión o aprobación emocional que no recibió en el pasado de una madre depresiva, con el fin de posibilitarle una 'experiencia correctiva'" (pág. 290). Al cuestionar esta interpretación, Kohut sostiene que "aunque por razones tácticas (por ejemplo para asegurarse la cooperación de un sector del yo del paciente), transitoriamente el analista podría tener que dar lo que llamaríamos su consentimiento renuente a ese deseo infantil, el verdadero objetivo analítico no es la indulgencia, sino el conocimiento basado en la introversión [insight] logrado en un contexto de abstinencia analítica tolerable" (pág. 291).

Al referirse a los resultados de su enfoque, dice que "los resultados primarios y esenciales del tratamiento psicoanalítico de las personalidades narcisistas se encuentran dentro del dominio del narcisismo y, en la mayoría de los casos, los cambios logrados constituyen los resultados más significativos y decisivos desde el punto de vista terapéutico" (pág. 298). Considera que el aumento y la expansión de la capacidad de amor objetal es "el cambio inespecífico más sobresaliente" (pág. 296) y agrega que "la creciente catectización instintiva de los objetos a medida que el análisis avanza, por lo general no indica que el narcisismo activado se ha transformado en amor objetal; más bien se debe a la liberación de la libido objetal antes reprimida; en otras palabras, es el resultado del éxito terapéutico en sectores de psicopatología secundaria (neurosis transferencial) en un paciente que primariamente sufre un desorden narcisista" (págs. 296-297).

A mi juicio, el enfoque de Kohut no toma en cuenta las íntimas conexiones entre los conflictos narcisistas y los vinculados con los objetos, ni la participación fundamental que los conflictos centrados en la agresión tienen en la psicopatología de los pacientes narcisistas. Si bien coincido en que es importante permitir el pleno desarrollo de la transferencia sin intentar interpretarla prematuramente y en que el analista debe evitar —al igual que en todos los casos— cualquier actitud moralista respecto de lo inapropiado de la gran-

diosidad del paciente, considero que el enfoque de Kohut puede llevar a que involuntariamente se interfiera con el pleno desarrollo de la transferencia negativa, perpetuando el temor inconsciente que la rabia y la envidia le causan al paciente y dificultando así la elaboración del sí-mismo grandioso. Kohut infiere que es necesario tolerar la transferencia especular que refleja la activación del sí-mismo grandioso para permitir su pleno desarrollo, ya que de lo contrario puede ocurrir que la grandiosidad narcisista permanezca inconsciente. Creo sin embargo que el análisis sistemático de los aspectos positivos y negativos de la grandiosidad del paciente desde una posición esencialmente neutral puede resultar más eficaz para lograr la total activación de la transferencia narcisista.

Estoy de acuerdo con Kohut en que el tratamiento analítico de las personalidades narcisistas se centra en la activación del sí-mismo grandioso y en la necesidad de ayudar al paciente a que tome plena conciencia de aquél en una situación analítica neutral, pero creo que analizar las resistencias narcisistas exclusivamente desde el punto de vista de los conflictos libidinales, desestimando casi por completo las vicisitudes de la agresión, obstaculiza la interpretación sistemática de las funciones defensivas que cumple el sí-mismo grandioso. A mi juicio, es fundamental interpretar tanto la idealización primitiva del analista como el control omnipotente ejercido sobre él; el paciente debe llegar a reconocer, por supuesto en una atmósfera no crítica, su necesidad de desvalorizar y despreciar al analista como objeto independiente, para protegerse de la reactivación de la rabia y la envidia orales latentes, y del consecuente temor a la venganza de aquél. Es precisamente contra este temor (derivado de la proyección de reacciones sádicas activadas por frustraciones reales o fantaseadas infligidas por el analista) y contra el temor a la culpa (causada por el ataque del paciente al analista como objeto primitivo capaz de dar) que se erigen las resistencias narcisistas. Estas deben ser indagadas e interpretadas sistemáticamente antes de que puedan manifestarse las reacciones transferenciales corrientes, típicas de la neurosis transferencial. Las tentativas del paciente de aferrarse al sí-mismo grandioso y de evitar el reconocimiento del analista como persona independiente y autónoma, ponen de manifiesto la manera en que se defiende contra la intensa envidia, contra la temida relación con la imagen de una madre sádica y odiada y contra la aterrizante sensación de soledad y vacío en un mundo despojado de significado personal.

A lo largo de este proceso muchas veces se pone en evidencia que detrás de las "decepciones" conscientemente recordadas o redescubiertas infligidas por los padres, se oculta la desvalorización de las imágenes parentales y de las figuras parentales reales, manobra a la que se recurrió en el pasado para evitar los conflictos latentes con ellos. Las decepciones que el paciente experimenta con respecto al analista no revelan sólo frustraciones fantaseadas —o

reales— en la transferencia, sino también la total desvalorización del objeto transferencial por el motivo más banal, demostrando así la intensidad abrumadora de la agresión dirigida contra el objeto. Las manifestaciones directas de rabia activadas por frustraciones constituyen una respuesta exagerada pero infinitamente más normal. Además, la implícita actitud de “o usted es como yo quiero que sea, o deja de existir” es también la exoactuación de la necesidad inconsciente de ejercer un control omnipotente sobre el objeto, y pone de manifiesto las defensas erigidas contra la agresión. En estos casos las “reacciones de decepción” reflejan conflictos tanto agresivos como libidinales y, de manera más inmediata, sirven de protección contra la activación generalizada de conflictos derivados de la agresión oral. En otras palabras, la transferencia narcisista activa primero las defensas del pasado contra los vínculos más profundos con los padres, y recién después las pasadas relaciones reales con ellos. Tal como ocurre en tantos casos fronterizos, los padres defraudaron al paciente, pero de una manera y respecto a hechos que en general el paciente no sospechó y que recién percibe con claridad en las etapas más avanzadas del tratamiento. En síntesis, es importante indagar las decepciones experimentadas con respecto al analista, la idealización irreal con que el paciente disimula su negativa a reconocerlo como objeto independiente y las complejas motivaciones del retraimiento narcisista, para detectar el desprecio y la desvalorización latentes. Esta modalidad de manejo técnico difiere marcadamente de la utilizada en el análisis de las reacciones narcisistas infantiles en otros tipos de desórdenes caracterológicos.

Otro aspecto técnico crucial en estos casos es el enfoque de todo vestigio de capacidad de amor y catectización objetal que el paciente posea, así como de su capacidad de hacer una apreciación realista del trabajo del analista, para evitar que el análisis de la transferencia negativa latente sea mal interpretado por el paciente como una prueba de que aquél está convencido de su “irremediable maldad”. En pocas palabras, el analista debe abordar por igual la transferencia positiva y la negativa. A este respecto, Kohut me cita como afirmando que las distorsiones yoicas “requieren temporariamente un ápice de presión educativa” (10, pág. 179), lo cual constituye una interpretación errónea de mi pensamiento. Es fundamental que el analista evite ejercer presiones educativas y adoptar posiciones moralistas, y creo que la mejor manera de conseguirlo es analizar los motivos que determinan las defensas narcisistas, incluyendo la activación del sí-mismo grandioso. Una de las principales razones por las que estos pacientes no toleran enfrentarse con su odio y su envidia es que temen que estos sentimientos destruyan al analista y echen por tierra su esperanza de establecer una buena relación con él y de recibir ayuda. En un plano más profundo, temen también que su agresión destruya no sólo al objeto capaz de dar y amar, sino además a su propia capacidad de dar y recibir amor. Al negar la realidad



de su vínculo emocional con el analista, el paciente narcisista busca negar el peligro de su propia destructividad y conservar la ilusión de que es capaz de "empezar de nuevo". Esto se observa en algunos pacientes narcisistas de conducta sexual promiscua, en quienes una de las funciones de la promiscuidad es conservar la esperanza de una mejor relación con nuevos objetos y proteger de la destrucción a los destinatarios de sus impulsos sexuales. Muchas veces, el hecho de dejar de lado la interpretación de los aspectos negativos de la transferencia incrementa el temor del paciente a su propia agresión y destructividad, e intensifica su necesidad de activar las resistencias narcisistas. En síntesis, la técnica más efectiva para resolver las resistencias narcisistas es la interpretación sistemática de la transferencia tanto positiva como negativa, en lugar de analizar los elementos libidinales de manera excluyente o de suponer erróneamente que la interpretación de la transferencia negativa latente significa el enfoque exclusivo de la agresión.

Es importante recordar que salvo en los casos más severos de personalidad narcisista, hay algunas funciones y roles normales y ciertos aspectos reales del concepto de sí mismo que continúan existiendo junto al sí-mismo grandioso, y que sirven de base para desarrollar la alianza terapéutica y la capacidad del paciente de escuchar al analista e identificarse con él en la comprensión psicológica de sí mismo. Todas estas funciones normales pueden ser diagnosticadas, protegidas y ampliadas cuando se analiza la tendencia del paciente a escindirlas o desvalorizarlas. Podríamos decir que el auténtico deseo de mantener una buena relación con el analista y de recibir su ayuda es el punto de partida para la dependencia normal infantil y madura y la capacidad de autoevaluación. Puesto que las resistencias narcisistas contra el reconocimiento pleno de la rabia y el desprecio subyacentes sirven también para mantener la buena relación con el analista, la interpretación de esta doble función contribuye en gran medida a que el paciente tome conciencia de su desprecio y envidia escindidos. En síntesis, la interpretación de los aspectos negativos de la transferencia, libre de toda connotación crítica, tiende a disminuir el temor del paciente a su propia destructividad y sus dudas acerca de su bondad.

Sin embargo, hay casos en que no es posible elaborar las resistencias narcisistas y, al cabo de largos períodos de estancamiento, el paciente prefiere terminar el tratamiento, o bien el analista mismo siente que ya no puede continuar ayudándolo. En tales circunstancias puede resultar muy beneficioso adoptar una modalidad terapéutica de apoyo como la que está implícita (aunque no explícitamente determinada) en el enfoque de Kohut. Así ocurre sobre todo con los pacientes cuya adaptación social es relativamente buena y que consultan por un síntoma que mejora en el curso de su análisis, antes de llegar a la elaboración de sus resistencias narcisistas básicas, y con aquellos en quienes los beneficios secundarios, en especial

las intensas gratificaciones narcisistas, ligadas con su patológica estructura del carácter, atentan contra el penoso proceso del trabajo analítico. Hay también pacientes con marcadas reacciones terapéuticas negativas que aceptan ciertos progresos sólo a costa de malograr el propósito del analista de producir otros cambios. En muchos casos de este tipo, llegado a cierto punto conviene orientar el tratamiento hacia una modalidad de apoyo, que importa mayor tolerancia a la constelación narcisista, al tiempo que prepara al paciente para la terminación de la terapia.

Los cambios logrados en estos casos son muy diferentes de los que resultan de la sistemática elaboración del narcisismo patológico. Cuando ésta no es posible y en consecuencia se pasa a una terapia de apoyo, el funcionamiento social del paciente suele mejorar notablemente, como mejoran también sus relaciones con los demás y consigo mismo, merced a su mayor comprensión de lo que sucede en las otras personas y en sus interacciones con ellas. Sus ambiciones se hacen más realizables y los medios que utiliza para concretarlas armonizan mejor con su vida y sus objetivos; asimismo aumenta su tolerancia a la sensación de hastío y desasosiego tan característica de las personalidades narcisistas. Sin embargo, por lo general sigue siendo incapaz de experimentar empatía hacia los demás y de desarrollar vínculos de amor; su actitud hacia el trabajo revela a menudo un interés especializado o una cierta aptitud personal (sea en el campo de los negocios, la profesión, los estudios o los hobbies) que le permiten sentirse en una posición de control y superioridad, y que ejercita de manera restrictiva aislándose del contexto más amplio del cual ese particular interés forma parte.

Paradójicamente, en las personalidades narcisistas de funcionamiento fronterizo más deficiente que reciben psicoterapia de apoyo, las mejoras son más acentuadas que en los pacientes cuyo funcionamiento fue desde un principio mejor y que son más inteligentes, creativos y emprendedores. En el primer grupo, las persistentes vivencias de vacío y lo desvaído de sus intereses y ambiciones hacen que estos pacientes se muestren más dispuestos a fijarse metas convencionales, a veces incluso demasiado convencionales, reemplazando su antiguo esplendor por la gratificación de sentir que sus vidas y sus necesidades inmediatas son estables y están bajo control. Por el contrario, en lo que respecta al segundo grupo, las personalidades narcisistas más brillantes y mejor dotadas en quienes el tratamiento psicoanalítico no consiguió resolver la estructura narcisista, suelen sentirse más insatisfechas de sí mismas y de sus vidas. Sienten que si bien ya no pueden aferrarse a su antigua grandiosidad, tampoco pueden aceptar la esencial "mediocridad" de la vida corriente.

Un buen ejemplo de este segundo grupo se encuentra en los ex estudiantes de la carrera analítica (graduados o no) que recibieron un tratamiento psicoanalítico en cuyo contexto las resistencias nar-

cisistas no fueron sistemáticamente analizadas y resueltas (en general por no haber indagado a fondo la transferencia negativa). De la observación de estos casos surgen como características más frecuentes la gradual decepción que experimentan en la práctica psicoterapéutica intensiva con pacientes, hastío ante la perspectiva de tener que trabajar intensamente con un paciente durante meses o años, y tendencia a racionalizar esta pérdida de interés en el trabajo clínico mediante cuestionamientos teóricos a la teoría o la técnica psicoanalíticas. Con frecuencia, estos ex estudiantes —o analistas— se muestran ansiosos por explorar nuevos métodos terapéuticos, en especial los que se prestan a producir reacciones emocionales o regresiones inmediatas. Se sienten más cómodos con métodos que permitan una "intimidad instantánea" e indiferenciada, en lugar de la lenta y compleja constitución de vínculos personales profundos. Suelen ser terapeutas inteligentes y capaces que demuestran una gran sutileza para manejar los "problemas menudos y complejos" del tratamiento, pero que pierden de vista la constelación emocional que expresa lo que está ocurriendo entre ellos y el paciente. Es interesante observar que una vez terminado su análisis, los pacientes narcisistas cuyas resistencias narcisistas no fueron sistemáticamente elaboradas, continúan idealizando a su analista por algún tiempo y después pasan poco a poco a una total indiferencia; al hacer una evaluación retrospectiva del tratamiento, sienten que si bien fue una experiencia beneficiosa, no les enseñó nada realmente nuevo sobre ellos mismos.

El siguiente caso ilustra la urgencia de un paciente por terminar prematuramente su análisis y el ulterior viraje hasta una terapia de apoyo. Este paciente, empresario de poco más de cuarenta años con una típica personalidad narcisista, llegó a la consulta a causa de su homosexualidad. Al cabo de cuatro años de psicoanálisis, sus impulsos y exoactuaciones homosexuales desaparecieron y mejoró notablemente su adaptación general a la vida familiar y al trabajo. Según él, se había cumplido la principal finalidad que perseguía al iniciar el tratamiento y se sentía satisfecho de su vida actual, no obstante su persistente sensación de hastío, sus dificultades para experimentar empatía hacia otras personas y el reconocimiento de su limitada capacidad de preocuparse por los demás. Habían disminuido los crónicos conflictos motivados por su envidia, en parte porque había concretado sus ambiciones de riqueza y prestigio. Después de un largo período durante el cual se resistió a mis esfuerzos interpretativos insistiendo en que ya había logrado todo lo que esperaba del psicoanálisis, convinimos en considerar la terminación del tratamiento. Durante los últimos seis meses, y una vez establecida la fecha de finalización, su principal temor era que esta decisión me hubiera causado enojo y decepción; en un plano más profundo, vivía la terminación como una huida de un analista-madre perfeccionista y siempre insatisfecho. Enfoqué entonces su temor de ser

rechazado por mí, sin insistir en mis anteriores intentos de analizar los conflictos subyacentes (en especial su temor paranoide de que yo lo atacara y traicionara como una primitiva madre sádica y refrenante). Le señalé, sin embargo, que temía que yo sintiera que estaba refrenándome sádicamente al impedirme continuar el trabajo analítico, y que me atribuía la misma suspicacia que él había experimentado antes hacia mí. Indagamos también su temor de que yo no lo aceptara como persona por derecho propio, si no demostraba estar a la altura de ciertas pautas, que reflejaban las irrealizables aspiraciones de perfección que ya habíamos explorado en el pasado y que ahora estaban proyectadas en mí. En el curso de este proceso, la vivencia que el paciente tenía de mí como persona idealizada capaz de aceptarlo tal como era, lo ayudó a moderar sus aspiraciones narcisistas y a continuar mejorando las relaciones consigo mismo y con su familia. Durante el último período de su análisis no experimentó una franca reacción de duelo, y de acuerdo con la información que obtuve del seguimiento efectuado años después, tampoco lo hizo una vez terminado el tratamiento; se mantuvo la mejoría de sus síntomas y poco a poco llegó a aceptar las limitaciones de su vida emocional interna. En síntesis, este caso demuestra que la protección de las defensas narcisistas como parte del proceso de terminación del tratamiento puede resultar beneficiosa cuando no es posible lograr la resolución total del narcisismo patológico.

De todos modos, siempre que sea posible conviene tratar de resolver esta seria psicopatología, con el fin de producir un cambio fundamental en la relación interna del paciente consigo mismo y con los demás o, dicho de otra manera, una transformación del narcisismo patológico y las relaciones objetales patológicas en narcisismo normal y relaciones objetales normales.

Los fragmentos clínicos siguientes ilustran diversas características de la transferencia narcisista.

### CASO 1

Un paciente reaccionó con enojo cuando le informé que no podría darle una de las sesiones de esa semana; después, sintiéndose distante y vacío, se enfrascó en un monótono recital de ideas inconexas. Al indagar su enojo, se puso de manifiesto que lo había sorprendido lo súbito del anuncio que, además, no se ajustaba a lo que para él era un patrón previsible (la costumbre de que yo le hiciera saber con semanas de anticipación cuándo no podría verlo o que mi secretaria le informara acerca de algún imprevisto, como por ejemplo una enfermedad mía). Este paciente no mostraba reacción alguna a las separaciones de fin de semana y después de las vacaciones retomaba las sesiones como si la última hubiera tenido lugar el día anterior. Ya habíamos estudiado con cierto detenimiento sus

reacciones de enojo cuando se sentía frustrado por mí por algún hecho banal, y su tendencia a olvidarme por completo (así como su fantasía de que yo dejaba de existir entre una sesión y otra) cuando sentía que yo había actuado de manera estable y totalmente predecible (por ejemplo, cuando mis comentarios confirmaban sus propias observaciones, lo cual demostraba que yo sabía sobre él tanto como él mismo, ni más ni menos). En el curso de esta sesión, las asociaciones acerca de su enojo mostraron que había fantaseado que uno de mis hijos estaba enfermo y que yo cancelaba mis compromisos para estar con él; expresó después la fantasía de que mis hijos eran extraordinariamente brillantes y simpáticos, y especuló acerca de la manera en que yo pasaba mi tiempo libre con mi familia. Sus asociaciones pusieron en evidencia que sentía que yo, como posible fuente de amor y preocupación por él, estaba negándole burlonamente ese amor y esa preocupación para dárselos a mis hijos, hacia quienes experimentó intensos celos. En ese momento pareció triste y comentó que era comprensible que yo prefiriera a mis hijos antes que a una persona egocéntrica y exigente como él. Su reacción después cambió abruptamente, y se mostró fastidiado por haber caído en una artimaña mía; me vio entonces como una persona exigente y egoísta que le pedía que viniera cuando a mí me convenía y que cancelaba sus sesiones sin tener en cuenta sus necesidades. Según él, hacerlo pensar en sus propias motivaciones cuando en realidad era obvio que era yo quien estaba actuando mal, constituía un típico ardid de analista. Pasó después a asociar sobre otros aspectos de mi personalidad que, a su juicio, confirmaban que yo tenía un carácter egocéntrico y manejador, y que no me preocupaba en absoluto por él. Sentía que yo había cancelado su hora simplemente para no tener que cambiar mi programa.

Lo que deseo subrayar es el viraje súbito de la relación emocional del paciente conmigo; en contraste con las muchas horas de constante y "tranquilo" control narcisista, el paciente presentó un breve período de reacciones emocionales intensas y cambiantes. Esta constelación pone de manifiesto el uso de la defensa narcisista contra la sensación de sentirse rechazado por una madre hipócrita, así como sus sentimientos de culpa e indignidad por lo que él consideraba sus excesivas demandas hacia ella. Ilustra asimismo la proyección de esas excesivas demandas en ella, junto con la decepción y la desvalorización secundarias de esa imagen materna en la transferencia, con lo cual se restablecía el equilibrio narcisista.

En este caso hubo evidencias abundantes de que la madre era en efecto una persona muy egocéntrica que manejaba constantemente a su hijo valiéndose de la culpa que le provocaba; pero para el paciente sus sentimientos de abandono e indignidad eran insoportables porque se combinaban con la culpa por el enojo experimentado hacia la madre y con la proyección en ella de sus propios sentimientos de ira y venganza.

La tristeza reflejaba el temporario reconocimiento de la actitud airada y exigente del paciente hacia mí y en última instancia hacia su madre; pero al mismo tiempo significaba también que no obstante haberse sentido frustrado por mí, el paciente admitía que yo era la persona que podría darle amor e interesarme por él. Decía también el pesar de no poder retribuir con amor el amor que recibía de mí, es decir de su imagen materna. Le señalé que una de las razones por las que le resultaba tan difícil tolerar el enojo, la soledad y el anhelo de una buena relación con su analista (madre) era la desesperanza que le causaba su propia maldad, como si sus fantasías y sentimientos agresivos anularan o destruyeran su derecho a esperar una relación de amor, y su confianza en su capacidad de dar. También en este caso la interpretación sistemática de las reacciones transferenciales tanto positivas como negativas, contra las cuales se erigieron las patológicas resistencias narcisistas, contribuyó a la integración del amor y el odio y, en última instancia, de las imágenes contradictorias de sí mismo y de los objetos, que se encuentran escindidas en la primitiva organización yoica de estos pacientes.

## CASO 2

Una estudiante de la carrera analítica de algo más de veinte años se puso furiosa al enterarse de que me ausentaría por una semana, exteriorizando airadamente su decepción ante lo que consideraba mi insensibilidad y negligencia. Amenazó con terminar el tratamiento y me hizo responsable por lo que pudiera ocurrirle durante mi ausencia. Le interpreté que mi partida adquiriría características sádicas y peligrosas porque había proyectado en mí el enojo que aquélla le causaba. Le señalé también que al sentirse tan encolerizada no sólo me descalificaba como profesional sino que, además, era como si arrancara mi imagen de dentro de ella, dejando sólo un desierto vacío, por lo que mi partida se hacía aún más penosa. En sesiones anteriores había fantaseado que yo haría un viaje por motivos profesionales, para hacer alarde ante los demás de mi éxito con los pacientes; imaginaba ese viaje como una permanente serie de festines que comenzarían con mis ostentaciones de grandeza para continuar con interminables banquetes, en los cuales yo devoraría con avidez manjares que sólo están al alcance de unos pocos privilegiados. Estas fantasías, exteriorizadas en medio de intensa rabia, alternaban con períodos de desdeñosa calma, durante los cuales se mostraba completamente indiferente y hastiada. Le recordé esas fantasías y sugerí que una de las funciones de su rabia era borrarle como fuente de constante envidia. En ese momento, todavía enojada pero en un tono algo más reflexivo, exclamó que lo que realmente envidiaba de mí era que me sintiera satisfecho de mí mismo y que en lugar de ceder a la culpa que trataba de inducirme fuera capaz

de tolerarla y perseverar en mis decisiones. En otro momento en que nuevamente consideraba la posibilidad de terminar el tratamiento, esta misma paciente dijo que no obstante saber que necesitaba seguir tratándose, la idea de imposibilitarme el éxito terapéutico le haría la vida más placentera durante largo tiempo.

### CASO 3

Otro paciente, después de muchos meses de aparente distanciamiento, dio muestras de necesitar protegerse de la intensa envidia que amenazaba aflorar en él. Se trataba de un joven colega que desempeñaba actividades docentes; comparaba constantemente los logros de los demás con los propios, sintiéndose profundamente gratificado por la idea de haber llegado mucho más lejos que cualquiera de su misma edad. Así por ejemplo, relacionaba la edad de sus amigos con el nivel de sus ingresos o el tamaño de sus respectivas casas o bien la cantidad de publicaciones y distinciones profesionales de otros colegas con las que él había alcanzado a la misma edad. Aunque en un plano intelectual, suponía que su total indiferencia hacia mí podía estar vinculada con el temor de que si reaccionaba de la misma manera conmigo su sensación de superioridad podía provocarme envidia y odio, pasaron muchos meses antes que estos pensamientos se convirtieran en una realidad emocional. En un momento dado fue capaz de enfrentar el humillante y penoso reconocimiento de que el hecho de sentir que en verdad me necesitaba le causaba envidia debido precisamente a esa misma necesidad. En efecto, cada vez que comprobaba que yo podía ofrecerle conocimientos de los que él carecía, se sentía agujoneado por la envidia.

### CASO 4

Otro paciente, un industrial de alrededor de treinta y cinco años, llegó al tratamiento con la esperanza de recibir un "lavado de cerebro" que le permitiera sentirse satisfecho de sí mismo y le ofreciera un sistema de valores y principios para regir su vida cotidiana, eliminando así su permanente sensación de incertidumbre, futilidad y falta de autenticidad. La religión lo había desilusionado a pesar de que en su juventud se había esforzado por encontrar en ella una especie de ayuda mágica, y era consciente de que trataba de reemplazarla por el psicoanálisis. En los primeros períodos de su tratamiento me veía como un alto prelado del psicoanálisis, rígido, dogmático pero de arraigadas convicciones; esta idealización ambivalente resultó ser una defensa contra su imagen de mí como persona hipócrita que cumplía una serie de ritos inútiles porque le convenía a su bolsillo; en otras palabras, alguien tan falso como se

percibía a sí mismo. Le sorprendió comprobar que sólo podía verme de tres maneras: como un "lavador de cerebros" convencido, rígido y arbitrario que lo obligaría sádicamente a someterse al dogma psicoanalítico; como un cínico manipulador que lo explotaría buscando beneficios financieros o, peor aún, como un tonto impotente que creía en un método y una teoría tan falsos como el psicoanálisis. Pasaron muchos meses antes de que el paciente reconociera que estas tres alternativas excluían la posibilidad de que yo, como psicoanalista, tuviera algo real y concreto que ofrecer, y que mis convicciones ponían de manifiesto que yo era consciente de mis posibilidades de ayudarlo. Insistía en adquirir las herramientas "mágicas" del psicoanálisis para llegar a la felicidad, en lugar de llevar a cabo una labor eficaz en colaboración con el analista, en parte debido al temor que le inspiraba su propia envidia.

En un momento dado reconoció que al iniciar cada sesión solía hacer un rápido repaso de mi consultorio para asegurarse de que todo estaba exactamente igual que antes. Temía que la aparición de objetos, libros o trabajos desconocidos sobre mi escritorio pusiera en evidencia nuevas adquisiciones o distinciones recibidas por mí, y era un gran alivio para él comprobar que no había nada nuevo que lo inquietara. Reconoció asimismo que cuando detectaba la presencia de nuevos objetos, se sentía dominado por la idea de que yo era judío, que los judíos eran gente extremadamente ambiciosa y voraz y que esas nuevas posesiones mías le confirmaban que yo pertenecía a esa raza inútil, codiciosa y explotadora. El paciente no se atrevía a explorar esas fantasías conmigo porque temía que mi autoestima se derrumbara ante sus "ponzoñosos" ataques, impidiéndole por lo tanto obtener ayuda y alivio del análisis. La interpretación sistemática del temor a su propia agresión, junto con el implícito reconocimiento de su deseo de proteger mi integridad como persona eventualmente capaz de ayudarlo, que era parte de su reacción total en la transferencia, hizo posible que poco a poco salieran a la luz los conflictos centrados en el desprecio, la avidez y el odio, contra los cuales había erigido sus defensas narcisistas.

#### **Contratransferencia y modificación terapéutica de las resistencias narcisistas**

Kohut sugiere que la presencia de rasgos narcisistas no resueltos en el analista puede hacer que se sienta incómodo cuando el paciente lo idealiza, llevándolo a rechazar esa idealización (10, pág. 263). Si bien estoy de acuerdo en que los conflictos narcisistas no resueltos pueden provocar una respuesta patológica por parte del analista que se siente idealizado por el paciente, creo que se prestan para estimular tanto el rechazo como la excesiva aceptación de la idealización. Desgraciadamente, hay ocasiones en que los analistas que tratan



pacientes de este tipo aceptan sin objeciones algunos aspectos de la idealización. A mi juicio, aceptar la admiración importa un abandono de la posición neutral, en la misma medida en que lo hace la "hiperobjetividad" crítica. Los pacientes narcisistas tienden a reaccionar ante las interpretaciones como si fueran "rechazos"; de ahí que si al aceptar la admiración del paciente el analista abandona su posición interpretativa neutral, corre el riesgo de encontrarse en una situación que se presta para que aquél crea —a veces justificadamente— haberlo seducido. Con frecuencia me ha llamado la atención la habilidad con que ciertos pacientes narcisistas detectan aquellos aspectos de su idealización del analista que mejor se amoldan a las "debilidades" narcisistas de éste.

Es posible que la "incomodidad" que experimenta el analista al sentirse idealizado por el paciente sea consecuencia de las peculiares características de esa idealización, más precisamente de la presencia de elementos de control y de la particular oscilación entre momentos de total activación y momentos de total retiro. En otras palabras, el analista percibe por igual los aspectos negativos y positivos de la transferencia.

En lo que concierne a las reacciones contratransferenciales ante pacientes narcisistas, el principal problema deriva, según mi experiencia, de sus constantes esfuerzos por negar la existencia del analista como persona independiente. En este sentido, concuerdo con la descripción de Kohut de las reacciones del analista a las modalidades primitivas de la transferencia especular. Según Kohut, aunque el analista "puede sentirse oprimido por las demandas ilimitadas pero silenciosas del paciente, que desde el punto de vista de la transferencia fusionante equivalen a esclavitud total, la ausencia de catexias instintivas en los objetos hace que durante largos períodos le resulte difícil prestar debida atención a lo que ocurre" (pág. 275). Sin embargo, no creo que el problema resida en el tipo de catectización, sino en la tendencia inconsciente a controlar al analista, en los mecanismos inconscientes de desvalorización y en la activación de primitivas formas de proyección que se asocian con el sí-mismo grandioso.

El caso de la señorita F. presentado por Kohut (10, pág. 283-295), que ilustra las reacciones del analista ante la transferencia especular, se presta para ser interpretado en función de los puntos de vista que sugiero en el presente capítulo. En un momento dado, la paciente consiguió "establecer conexiones entre la rabia que experimentaba hacia mí cuando yo no comprendía sus demandas y los sentimientos que había experimentado como respuesta a la frustración narcisista sufrida de niña" (pág. 293). Dice Kohut: "Por último pude señalarle que su enojo hacia mí se basaba en procesos narcisistas, específicamente en la confusión transferencial con una madre deprimida que había desviado hacia ella misma las necesidades narcisistas de su hija. Después de estas interpretaciones surgió una

serie de recuerdos análogos, vinculados con la entrada de la madre en una fase depresiva de autopreocupación, unos años más tarde" (10, pág. 292). A la luz de la información aportada acerca de este caso, me pregunto si al hacer esta interpretación, el analista no estaba implícitamente responsabilizando a la madre por haber causado la ira de la paciente y contribuyendo a que ésta evadiera la indagación profunda de los complejos orígenes de su rabia. En líneas más generales, creo que se corre el riesgo de producir un efecto de seducción cuando a la aceptación sin cuestionamientos por parte del analista de la idealización del paciente, se suma la inmediata referencia al objeto original de la transferencia negativa, sin explorar a fondo la participación de aquél en el desarrollo de la rabia patológica en el aquí y ahora de la transferencia.

Sugerí antes que para el analista es más difícil tolerar los sutiles esfuerzos que inconscientemente hace el paciente por negar el significado de la relación analítica (y que suelen inducirle una permanente sensación de frustración, impotencia, hastío y falta de comprensión) que las primitivas formas de idealización, que por su misma naturaleza irreal ponen en evidencia sus funciones narcisistas. Si bien es cierto que los analistas con conflictos narcisistas no resueltos pueden reaccionar con ansiedad y rechazo, o bien aceptando sin cuestionamientos la idealización del paciente, el principal peligro es el rechazo interno del paciente por parte del analista, motivado por la constante desvalorización de que aquél lo hace objeto. En ocasiones el analista siente como si el paciente lo convenciera de que la vida interna no existe, que los asuntos psicológicos son incomprensibles y absurdos, que el propio paciente, al igual que toda la situación analítica, son algo extraño, mecánico y sin vida. Otras veces siente que, a pesar de comprender lo que ocurre, está paralizado, como si ya no pudiera decidir cómo o cuándo intervenir o como si hubiera perdido de vista las conexiones emocionales entre los distintos aspectos del material. En otros casos, siente la tentación de dejarse estar y permitir que las cosas sigan su curso, con la esperanza de que más adelante volverá a ser capaz de comprender intuitivamente al paciente. En circunstancias como las descritas, cuando alertado por sus propias vivencias el analista logra detectar en las manifestaciones verbales y no verbales del paciente evidencias objetivas de que éste está tratándolo como algo inexistente, la relación analítica vuelve a cobrar vida gracias al cambio que se produce en la transferencia. La sensación de paralizante monotonía de la situación analítica suele ser el resultado de aspectos muy específicos de las asociaciones y actitudes no verbales del paciente, que es importante diagnosticar e interpretar.

En una sesión que tuvo lugar al promediar el análisis de un paciente narcisista, le señalé que me llamaba la atención que hablara de recuerdos importantes de su pasado en un tono de voz tan bajo y monótono que me resultaba difícil seguirlo; había una obvia dis-

crepancia entre lo que estaba diciendo y su manera de decirlo. En un primer momento pareció sorprendido y cuando terminé de hablar respondió que no había podido escuchar con atención lo que acababa de decirle, pero que de repente había tomado conciencia de mi presencia. Cuando le pedí que asociara respecto de esta súbita impresión suya, reconoció que se había sentido muy a gusto explorando su pasado, como si al dejar que sus pensamientos fluyeran en todas direcciones, estuviera arrojándolos en un enorme vacío expectante —algo así como un mundo abierto y receptivo— que los pondría en orden y automáticamente devolvería a su mente lo que acababa de expresar, junto con una cabal comprensión de su significado y de la manera en que enriquecería su experiencia emocional. Mi intrusión lo molestó, y fantaseó que quizá me había sentido frustrado e incompetente al comprobar que era capaz de realizar el trabajo analítico por sí solo. Momentos más tarde dijo con una sonrisa que quizá no había podido prestar atención a mis observaciones porque si yo realmente podía agregar algo que significara un cambio, ello habría sido una manera muy descortés de echar por tierra su creencia de que era capaz de hacer todo por sí solo.

En el curso de la elaboración de las resistencias narcisistas, la sensación de estancamiento paralizante que experimenta el analista irá pasando por distintos cambios, como por ejemplo una aguda toma de conciencia de fugaces estados de soledad o temores a la pérdida de significado o de amor, o de ser atacado o rechazado por los demás; todas estas emociones reflejan dentro del analista las imágenes de sí mismo y de los objetos que fueron disociadas, reprimidas y/o proyectadas por el paciente y que ahora se activan en la transferencia. Estos "destellos" regresivos de la experiencia emocional o la gradual modificación de la reacción emocional del analista ante los esfuerzos del paciente por negar la significación afectiva de las sesiones, constituyen un indicador valioso de la elaboración de las resistencias narcisistas. A veces, un súbito "despertar" a aspectos del material que antes carecieron de significado emocional pone de manifiesto el cambio producido en el equilibrio transference-contratransferencial. El paciente aceptará con beneplácito las interpretaciones del analista, en la medida en que éstas sean una explicación intelectual apta para ser "aprendida" y absorbida en su "autoanálisis", pero opondrá una tenaz resistencia a toda tentativa de indagar los transitorios estados de ánimo detectados merced a lo que él mismo transmite o a la percepción emocional del analista de sus imágenes de sí mismo y objetales activadas en la transferencia. En tales circunstancias, el analista debe ejercer una gran capacidad de percepción emocional, ya que el paciente parece haber depositado en él sus imágenes más diferenciadas de sí mismo y de los objetos, ligadas con las vivencias de abandono, soledad, frustración y desesperanza contra las cuales se defendía. Es como si el analista experimentara ahora la parte del sí-mismo infantil normal

del paciente, que éste no pudo tolerar y que por lo tanto debió disociar o reprimir para reemplazarla por su sí-mismo grandioso.

Un paciente narcisista que se encontraba en esta etapa de su análisis, notó al pasar, un gato muerto a la orilla del camino, obviamente embestido por otro automóvil. Al describir este episodio, transmitió de un modo muy peculiar la sensación de total abandono y miseria que daba el animal muerto. Antes de que tuviéramos tiempo de indagar este material más a fondo, surgió otro que pareció borrar la significación emocional del anterior. Pocos días después, el paciente mencionó que sus hijos habían recogido un gato hambriento y describió la desesperación con que este animal devoraba la comida y estaba siempre al acecho para escapar de posibles golpes o ataques. Cuando le pedí que asociara a este respecto, habló de los gatos fuertes que al caer la noche vagan por las calles en busca de alimento, espantando a todos sus rivales; en esta asociación quedó reflejado un obvio pasaje del minino hambriento, solo y asustando al gato agresivo y "cruel". Este mismo material surgió una vez más en la fugaz fantasía de un gatito que luchaba por encontrar refugio en medio de una noche oscura y lluviosa.

Es difícil transmitir en este breve bosquejo clínico el recíproco aislamiento de las precisas descripciones que hizo el paciente de un cierto estado mental que le costaba tolerar en sí mismo. En ese momento de su tratamiento, las actitudes que más sobresalían en él eran una altiva autoafirmación y su sentimiento de superioridad como miembro de un grupo social muy arraigado en el país y de gran vigor innato, en contraste con otros grupos a los que despreciaba, como por ejemplo los extranjeros y en particular los refugiados traumatizados. La característica predominante de la transferencia era la grandiosidad narcisista; habíamos explorado de manera sistemática su tendencia a autoanalizarse, desestimando u olvidando mis comentarios y tratándome como si yo no existiera. Pero fue entonces que mi propia experiencia de limitarme a escuchar el material de un modo fragmentario sin encontrarle significado ni repercusión emocional pasó a caracterizarse por la extraña vivencia de momentos de intensa empatía con las imágenes aisladas y fugazmente activadas del gatito hambriento y del gato muerto a la orilla del camino, tal como las describía el paciente. Sólo entonces llegué a relacionar la imagen del gatito solitario con el refugiado traumatizado. Fue como si el paciente hubiera movilizado todo aquello que en mi propio pasado significara una sensación irrefutable de soledad y la atormentante incapacidad para expresar la necesidad de amor y amparo. Se trataba de experiencias fugaces que surgían durante las sesiones con este paciente y que en un principio eran difíciles de relacionar con el material.

Noté sin embargo que todas estas vivencias y fantasías, así como el recuerdo de sueños de mi pasado, que se manifestaban en mí sólo en las sesiones con este paciente, estaban precedidos siempre por

material referente a la fantasía del gato, con la cual finalmente llegué a vincularlos. Pude interpretarle entonces que había proyectado en mí la imagen de sí mismo en la temprana infancia, cuando era un niño privado de amor. Basándome en diferentes aspectos de la "fantasía del gato" y en la información general reunida hasta entonces, reconstruí con el paciente el ambiente físico y familiar en cuyo contexto él había vivido esas experiencias. Retrospectivamente, la vinculación entre la fantasía del gato y su pasado era obvia, pero la dificultad residió en integrar el material a partir de asociaciones aisladas, en un período del análisis en que el paciente trataba de defenderse destruyendo toda comunicación significativa y en que los remanentes disociados y proyectados de su imagen real de la infancia se movilizaban de manera fragmentaria en la contratransferencia a lo largo de muchas sesiones.

Los constantes esfuerzos del paciente por controlar omnipotentemente al analista pueden dar lugar a que éste exoactúe sus reacciones contratransferenciales mediante intentos "reeducativos", como por ejemplo señalándole el modo en que está "deteriorando" el proceso analítico, o prestando atención a sus asociaciones sólo "de la boca para afuera". En circunstancias como éstas, el analista puede verse tentado a adoptar actitudes moralistas o a preocuparse en exceso por el pronóstico a largo plazo, en lugar de evaluar sus dificultades para empatizar con las manifestaciones transferenciales inmediatas. Los analistas con conflictos narcisistas no resueltos que han soportado los efectos de los procesos de desvalorización durante períodos prolongados, suelen reaccionar con un súbito rechazo de los pacientes narcisistas que hasta entonces habían sido motivo de especial interés y "gratificación" (sobre todo en los momentos en que la proyección del sí-mismo grandioso satisfacía sus propias necesidades narcisistas).

La observación general que deseo subrayar nuevamente es que bajo las resistencias narcisistas existen primitivas relaciones objetales internalizadas que se movilizan en la transferencia y que pueden ser diagnosticadas poco a poco, a medida que aquellas resistencias van siendo elaboradas. Esta observación clínica constituye, a mi juicio, el principal fundamento de la premisa teórica de que narcisismo y relaciones objetales se desenvuelven paralelamente, tal como lo afirmó también van der Waals (17).

Resumiré a continuación la secuencia de las configuraciones transferenciales que representan aproximadamente dos años del período final del tratamiento psicoanalítico de una personalidad narcisista. El paciente era un conocido arquitecto de casi cuarenta años, socio de un estudio importante. Su transferencia se mantuvo durante más de tres años en un nivel típicamente narcisista, comenzando con un período de idealización del analista, que reflejaba sobre todo una formación reactiva contra la generalización de las tendencias desvalorizantes; siguió después una situación que cabría

calificar de oscilante, entre la activación del sí mismo grandioso y la proyección de éste en el analista. La gradual elaboración de esta situación transferencial dio paso a la intensa activación de primitivas manifestaciones de envidia y tendencias competitivas derivadas de la envidia oral (más que de conflictos edípicos); aparecieron después expresiones más directas de ambivalencia, con oscilaciones entre reacciones de ira y demandas de tipo oral, y el anhelo de depender de la imagen de la pareja parental como fuente de amor y protección, junto con fuertes sentimientos de culpa por los ataques dirigidos contra el analista. A su vez, esta situación se transformó en una dependencia más estable respecto de una imagen paterna capaz de dar amor y protección; así, al cabo de tres años de tratamiento, por primera vez el paciente pudo depender verdaderamente del analista; desarrolló las clásicas reacciones neuróticas de duelo ante las separaciones y aportó material proveniente de distintos niveles de sus conflictos infantiles. Esta fase fue seguida por un nuevo período de retraimiento y vacío emocional en las sesiones, que en un plano superficial parecía reiterar la anterior etapa de resistencias narcisistas; sin embargo, la reacción del paciente se caracterizaba ahora por una actitud suspicaz y una retención intencional de material, junto con lo que parecía ser un intento inconsciente de hacer dormir al analista, o por lo menos de mantenerlo en un crónico estado de frustración merced a monótonas repeticiones. Durante esta época el paciente se refirió con frecuencia a las sádicas actitudes reticentes de su madre y con el tiempo tomó conciencia de que se identificaba con esa imagen materna al tiempo que proyectaba en el analista su propia imagen de hijo frustrado.

Esta etapa de identificación con el agresor era diferente del anterior período transferencial de retraimiento narcisista, y su interpretación produjo un cambio inmediato que sirvió para profundizar la relación de dependencia con el analista. El paciente lo veía ahora como una figura paterna capaz de ofrecerle amor y protección, y a la que podía recurrir para satisfacer sus necesidades infantiles de dependencia; sentía que podía "abandonarse" a la situación analítica. Fue para él una experiencia nueva y sorprendente que influyó sobre la relación con su mujer y sus hijos, le permitió a su vez comprender las necesidades de dependencia de aquéllos y profundizó los vínculos con su familia. Por primera vez tomó conciencia de que su actitud hacia el analista había estado determinada por su profundo convencimiento de que entre ambos nunca se establecería una verdadera relación. En efecto, durante largo tiempo había tenido la fantasía de que recién una vez terminado su análisis entablaría un vínculo amistoso aunque distante con el analista, con el tácito entendimiento de que en realidad la relación analítica nada tenía que ver con los intensos conflictos emocionales que supuestamente habían tenido lugar durante el tratamiento.

El paciente llegó a reconocer también la existencia de un mundo

interno que escapaba a su control consciente, así como la excitación y el temor que le provocaba el enfrentamiento con ese mundo en la situación analítica. Un año más tarde los conflictos edípicos emergieron totalmente en la transferencia y el análisis adquirió las características que habitualmente le otorgan las resistencias y manifestaciones típicas de estos conflictos.

En general, en períodos de exacerbación resistencial suelen reactivarse primitivas formas de resistencia narcisista que ya habían sido abandonadas por el paciente, del mismo modo en que en los momentos de cambio hacia nuevas líneas de resistencia pueden volver a mobilizarse defensas caracterológicas ya superadas. Sin embargo, el contexto en el que tiene lugar la reactivación de las resistencias narcisistas y la diferenciación que caracteriza a las relaciones objetales internalizadas vinculadas con dichas resistencias, confirman los importantes cambios estructurales producidos en el paciente.

#### **Pronóstico del narcisismo con tratamiento y sin él**

Me referí ya (véanse capítulos IV y VIII) a los factores pronósticos en el tratamiento psicoanalítico de las personalidades narcisistas, por lo que me limitaré aquí a hacer una breve enumeración de dichos factores, modificando y ampliando mis anteriores consideraciones.

Los beneficios secundarios de la enfermedad, como por ejemplo circunstancias existenciales que ofrecen gratificaciones narcisistas inusuales a un paciente de personalidad narcisista con buena adaptación social, pueden constituir un obstáculo importante para la resolución de las resistencias narcisistas. Lo mismo puede decirse de los casos en que el beneficio secundario deriva del tratamiento psicoanalítico propiamente dicho, como ocurre con los estudiantes de personalidad narcisista que siguen la carrera analítica. Cabría preguntarse si las gratificaciones inusuales obtenidas por pacientes narcisistas de buen nivel intelectual durante el período inicial de su adultez atentan contra las posibilidades de éxito del psicoanálisis, y si el pronóstico mejora para los pacientes que reciben tratamiento analítico durante las etapas intermedia y final de la edad adulta.

Otro factor pronóstico importante es la extensión que alcanzan las reacciones terapéuticas negativas, típicamente ligadas con graves conflictos reprimidos o disociados, centrados en la envidia. Se trata de un tipo de reacción que no deriva de factores superyoicos y es más grave que el que se observa en pacientes depresivo-masoquistas, cuyo superyó, aunque sádico, está bien integrado. Los pacientes con un funcionamiento superyoico relativamente bueno (que se refleja en la capacidad de comprometerse auténticamente con valores que trascienden los intereses narcisistas) tienen un pronóstico favorable, en contraste con aquellos que exhiben cierta tendencia a la manipu-

lación y al comportamiento antisocial, aun cuando no presenten rasgos antisociales francos (que, por supuesto, hablarían de un pronóstico decididamente malo). La honestidad en los actos de la vida cotidiana es un factor pronóstico favorable para el análisis de las personalidades narcisistas. Asimismo, puesto que el buen desarrollo de los canales de sublimación está íntimamente ligado con la posibilidad de comprometerse profundamente con valores que trascienden las necesidades narcisistas, la capacidad de sublimación del paciente es importante también.

En contraste con los factores ya mencionados, cuya importancia en cuanto al pronóstico es decisiva, la tolerancia a la depresión y al duelo, y el predominio de la capacidad de culpa sobre la tendencia a las reacciones de rabia paranoide en la transferencia son quizás algo menos significativos, y de menor trascendencia aún son las manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica, como por ejemplo la falta de control sobre los impulsos, la intolerancia a la ansiedad, e incluso la tendencia a regresar al pensamiento del proceso primario, siempre y cuando el paciente no funcione en un franco nivel fronterizo. En este sentido, cabe recordar que el enfoque estrictamente psicoanalítico suele producir efectos desorganizantes en las personalidades narcisistas de funcionamiento fronterizo; por consiguiente, considero que para estos pacientes el psicoanálisis está contraindicado.

La estimación pronóstica de los individuos de personalidad narcisista que aspiran a ingresar en la carrera analítica es especialmente difícil. Por supuesto, el problema se presenta sólo con los candidatos inteligentes y talentosos, relativamente bien adaptados, de funcionamiento social y profesional satisfactorio, que a veces impresionan como muy prometedores. Al revisar una cantidad de casos en los cuales, retrospectivamente, parecen haber errores tanto en el sentido de aceptar como de rechazar algunos aspirantes, los dos factores que sobresalen como de mayor significación pronóstica son la calidad de las relaciones objetales y la integridad y profundidad de los sistemas de valores y de las funciones superyoicas. Importa subrayar una vez más que al hablar de "calidad de las relaciones objetales" me refiero a la calidad de las relaciones objetales internalizadas, o sea a la profundidad de los vínculos internos del paciente con los demás, más que a la medida en que participa de las interacciones sociales. Esta aclaración viene al caso al estudiar los trabajos de Kohut, porque este autor tiende a utilizar el término "relaciones objetales" en el sentido de la conducta externa de un individuo y no en la acepción que le damos aquí. Sostiene por ejemplo que "la antítesis de narcisismo no es relación objetal sino amor objetal. A los ojos de un observador del campo social, la profusión de vínculos objetales de una persona puede ocultar su vivencia narcisista del mundo de los objetos, y a la inversa, el aparente aislamiento y la soledad de un individuo pueden servir de marco



para una gran riqueza de catexias objetales" (10, pág. 228). Y nuevamente dice en otro pasaje (pág. 283): "La paciente estableció relaciones objetales no porque se sintiera atraída por la gente, sino fundamentalmente para evadir las penosas tensiones narcisistas". En mi opinión, narcisismo (catexia de sí mismo) y relaciones objetales (catexia de objetos significativos y de sus representaciones) se desenvuelven paralelamente y su profundidad depende no sólo de las vicisitudes de la carga libidinal sino también, como lo destacaré a lo largo de todo este capítulo, de la carga agresiva. De hecho, las relaciones objetales profundas importan la capacidad de amar bien, de odiar bien y en especial de tolerar la conjunción de ambos afectos en proporciones variables y su combinación atenuada en la relación con un mismo objeto y con el propio individuo. Las relaciones objetales normales, al igual que el narcisismo normal, incluyen la idea de integración profunda entre el sujeto y los demás. Todo esto contrasta con la indiferencia, la no participación y la falta de compromiso respecto de los demás, así como respecto de cualquier creencia acerca de sí mismos, que con frecuencia se observan en los pacientes narcisistas. Paradójicamente, esa misma falta de hondura emocional y de compromiso suelen hacer posible un mejor funcionamiento social, por ejemplo en ciertas organizaciones políticas y burocráticas donde la carencia de compromisos permite sobrevivir y acceder a la cumbre.

Aplicando todo esto al caso particular de los aspirantes a la carrera analítica, la evaluación sistemática de los visos de vida y realidad que adquieren las personas descritas por el candidato, así como la profundidad con que se describe a sí mismo, son indicadores importantes de la calidad de sus relaciones objetales, a los cuales se suman otros aspectos más accesibles a la observación directa, vinculados con la estabilidad, la hondura y la riqueza de las relaciones con los demás y consigo mismo. La presencia de auténtica profundidad y calidez humana es quizá más difícil de evaluar pero aún más importante que los intereses en valores éticos, intelectuales, culturales o estéticos, que son otros de los indicadores pronósticos significativos en estos casos. El feliz desempeño de algunos estudiantes que en un principio parecieron altamente cuestionables habla de la conveniencia de estudiar con detenimiento todos los elementos de cada caso, y es dable esperar que el número de resultados favorables aumente en el futuro, merced al progreso de nuestras técnicas terapéuticas.

Si bien al describir su enfoque, Kohut no especifica —que yo sepa— pronósticos diferentes según los distintos niveles de integración yoica y superyoica de las personalidades narcisistas, la impresión que transmite es en líneas generales optimista. Al referirse a los resultados de su enfoque dice que "el cambio inespecífico más importante es el aumento y la expansión de la capacidad de amor objetal del paciente; los cambios específicos tienen lugar en el domi-

nio del narcisismo propiamente dicho" (10, pág. 296). Kohut describe como resultado de su abordaje terapéutico la internalización de la imagen parental idealizada (sus aspectos arcaicos) en la estructura general del yo y el superyó (los ulteriores aspectos pre-edípicos y edípicos de la imagen), que hace posible el mejoramiento de las funciones superyoicas (págs. 288-289). Respecto del sí mismo grandioso afirma: "La grandiosidad infantil se incorpora poco a poco a las ambiciones y propósitos de la personalidad y no sólo vigoriza las aspiraciones maduras del individuo, sino que además da sustento a su convencimiento de que tiene derecho a triunfar" (pág. 299). En mi opinión, y basándome en los trabajos publicados de Kohut, su enfoque produce un mejoramiento en las funciones y la adaptación del sí-mismo grandioso, como resultado del pasaje de la transferencia especular del paciente desde los niveles más primitivos a los más adaptativos, pero sin resolver lo que a mi juicio es la estructura patológica del sí-mismo grandioso. Quizás éste es el motivo por el cual Kohut no encuentra una relación específica y directa entre las modificaciones del narcisismo y de los vínculos objetales del paciente. Creo que en los efectos de su enfoque, si no en sus intenciones y su técnica, están presentes elementos reeducativos que favorecen una utilización más adaptativa de la grandiosidad del paciente. Una pregunta importante, obviamente imposible de contestar por el momento, es la siguiente: ¿cuáles son los efectos de largo plazo del enfoque de Kohut y del propuesto por mí? Una prueba importante de la eficacia del tratamiento de las personalidades narcisistas es la adaptación de estos pacientes a las tensiones y crisis que inevitablemente se producen con el paso de los años. Necesitaremos de seguimientos cuidadosos y prolongados para discernir entre las consecuencias más o menos inmediatas del tratamiento y sus efectos de largo plazo sobre la personalidad y el funcionamiento intrapsíquico y social. Esto nos lleva al último tema del presente capítulo, esto es, el pronóstico de la personalidad narcisista no tratada.

Estoy totalmente de acuerdo con Kohut en que siempre que sea posible, los desórdenes narcisistas deben recibir tratamiento psicoanalítico. Aun en los casos en que el funcionamiento es satisfactorio, salvo por algún síntoma de menor trascendencia, y donde la inteligencia, las dotes personales, la suerte y el éxito se combinan para ofrecer gratificaciones que compensan las vivencias subyacentes de vacío y tedio, es necesario tener en cuenta los efectos devastadores que el narcisismo patológico no resuelto produce a menudo durante la segunda mitad de la vida. En mi opinión, cuando es posible llevar a cabo el tratamiento psicoanalítico y éste llega a buen término, las mejoras logradas se reflejan en la resolución del narcisismo patológico, el desarrollo del narcisismo normal infantil y adulto en el contexto de relaciones objetales normales y profundas y lo que muchas veces equivale a un notable enriquecimiento de la vida. Por

el contrario, el pronóstico de largo plazo del narcisismo patológico es desastroso, aun en individuos relativamente jóvenes con excelente adaptación superficial y muy escasa conciencia de enfermedad o padecimiento por parte del paciente. Si tenemos en cuenta que la mayoría de las gratificaciones narcisistas se producen en la adolescencia y la juventud y que aunque el individuo alcance algunos triunfos y satisfacciones narcisistas en el curso de su adultez, con el tiempo tendrá que enfrentar los conflictos básicos que derivan del envejecimiento, la enfermedad crónica, las limitaciones físicas y mentales y, sobre todo, las experiencias de separación, pérdida y soledad, llegamos a la conclusión de que el choque entre la grandiosidad narcisista y la esencia frágil, limitada y transitoria de la vida humana es inevitable.

Esta realidad mediata suele ser objeto de una tenaz negación por parte de las personalidades narcisistas, que merced a los efectos del patológico concepto grandioso de sí mismos, están inconscientemente (y a veces conscientemente) convencidas de que su juventud, su belleza, su poder y su riqueza son eternos y que cuentan con un inagotable suministro de admiración y seguridad. Para el individuo narcisista, aceptar el derrumbe de la ilusión de grandiosidad significa aceptar el amenazante y siempre pospuesto reconocimiento del concepto desvalorizado de sí mismo, un sí-mismo primitivo, hambriento, vacío y solitario en medio de un mundo de objetos peligrosos, sádicamente frustrantes y vengativos. Quizá la vivencia más atemorizante contra la cual la personalidad narcisista necesita protegerse pero que con el tiempo puede tener que enfrentar es la de un mundo vacío de amor y contacto humano, un mundo deshumanizado, en el cual los objetos animados e inanimados perdieron las cualidades mágicamente gratificantes que antes poseían.

Un paciente, renombrado político, padeció una grave enfermedad física como consecuencia de la cual debió resignar sus funciones públicas. Cayó en un estado depresivo, con sentimientos de frustración y humillación a los que se sumaba la fantasía de que sus opositores se regocijaban con su derrota. La depresión disminuyó y con el tiempo aceptó su retiro, pero poco a poco fue desvalorizando las áreas de las ciencias políticas en las que había sido experto. Esta desvalorización narcisista de aquello en lo que ya no era un triunfador, trajo como consecuencia una pérdida general de interés en asuntos profesionales, culturales e intelectuales. Sus anteriores inquietudes profesionales e intelectuales parecieron desvanecerse y sólo servían para recordarle su fracaso. Lo agraviaba el hecho de sentir que dependía de su mujer y sus hijos, a quienes siempre había descuidado para dedicar todas sus energías a la vida profesional. El temor de ser despreciado por sus familiares lo llevaba a exigirles muestras cada vez mayores de confianza y respeto. Envidioso del éxito profesional de sus hijos, e incapaz de identificarse con ellos para gratificarse con sus triunfos a través de la empatía, experimentó

una sensación de extrañamiento cada vez mayor, que por último dio lugar a la reaparición de una depresión crónica, esta vez grave, en cuyo contexto las reacciones de rabia impotente prevalecieron sobre los procesos de duelo.

La terrible sensación de futilidad y vacío, el terror a la desintegración del significado personal del propio entorno inmediato, reflejados con tanta fidelidad en el teatro de Samuel Beckett, o en *Las sillas* o *El rey se muere* de Eugenio Ionesco, ponen de relieve el efecto devastador que los conflictos de la vejez producen en la personalidad narcisista. La reacción normal a la pérdida, el abandono y el fracaso es la reactivación de fuentes internalizadas de amor y autoestima, que están íntimamente ligadas con relaciones objetales internalizadas y son una prueba de la función de protección que cumplen los denominados "buenos objetos internos". Con frecuencia, la regresión al servicio del yo adopta la forma de una regresión a las relaciones objetales internalizadas, reactivadas como fuentes de protección, regresión que a su vez moviliza, fortalece y amplía la capacidad del paciente de establecer vínculos significativos con otras personas, con la humanidad y con sistemas de valores trascendentes en general. La capacidad de elaborar los procesos de duelo, de enamorarse, de experimentar empatía y profunda gratificación en la identificación con las personas y los valores amados, el sentido de trascendencia con la naturaleza, de continuidad dentro del proceso histórico y de pertenencia a un grupo social o cultural, están estrechamente asociados con la normal motivación de las relaciones objetales internalizadas en momentos de pérdida, fracaso y soledad.

Nada de esto ocurre en las personalidades narcisistas, cuyas experiencias de pérdida desencadenan un círculo vicioso, en el cual la desvalorización defensiva, la envidia primitiva y el terror causado por la reactivación de la sensación de empobrecimiento, complican aún más la vivencia narcisista de pérdida y fracaso. Estos fenómenos se reflejan sobre todo en la incapacidad del paciente narcisista de aceptar el envejecimiento y, junto con él, el hecho de que la joven generación posee ahora muchas de las gratificaciones derivadas de la belleza, la riqueza, el poder y sobre todo la creatividad, y que le eran tan caras. La tragedia de las personalidades narcisistas es que la capacidad de gozar de la vida, en un proceso que importa una identificación cada vez mayor con la felicidad y los logros de los demás, está totalmente fuera de su alcance. De ahí que el tratamiento destinado a modificar de manera radical el narcisismo patológico puede beneficiar al paciente durante todo el tiempo que le queda por vivir.

El estudio clínico de las personalidades narcisistas muestra que la cualidad de las relaciones del individuo consigo mismo, con su entorno humano y con el mundo inanimado dependen de la normalidad o la patología de sus relaciones objetales internalizadas. La

pérdida de los objetos internos capaces de dar y recibir amor hace que el individuo ya no encuentre significado ni en el mundo ni en la vivencia de sí mismo. En muchos sentidos la depresión psicótica representa el aterrador momento de reconocimiento de la pérdida de amor y significado, contra el cual las personalidades narcisistas tratan de defenderse, mientras que la dispersión emocional esquizoide o la reorganización paranoide —no necesariamente psicótica— del mundo representan las alternativas que encuentran estos pacientes para protegerse de la destemplanza de la depresión, pero a costa de ahondar la deshumanización y el vacío. De ahí que no obstante saber que el número de pacientes a quienes podemos ayudar es limitado y que estos casos requieren análisis muy prolongados, estarán bien empleados los esfuerzos que dediquemos a tratar un padecimiento que tan a menudo da la engañosa impresión de que nos encontramos ante una persona casi "normal".

## BIBLIOGRAFIA

1. Abraham, K. (1919): A particular form of neurotic resistance against the psychoanalytic method. *Selected Papers*. Londres, Hogarth Press, 1927. [Hay versión castellana: Una forma particular de resistencia neurótica contra el método psicoanalítico. *Psicoanálisis clínico*, Buenos Aires, Hormé, 1959.]
2. Jacobson, E. (1954): Contribution to the metapsychology of psychotic identifications. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 2, 239-262.
3. — (1964): *The Self and the Object World*. Nueva York, Int. Univ. Press.
4. Kernberg, O. (1970): A psychoanalytic classification of character pathology. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 18, 800-822.
5. — (1971): New developments in psychoanalytic object-relations theory. Parts I and III: Normal and pathological development. (Trabajo presentado ante la Asociación Psicoanalítica Norteamericana.) (No publicado.)
6. — (1972): Early ego integration and object relations. *Am. N.Y. Acad. Sci.* 193, 233-247.
7. Kernberg, P. (1971): The course of the analysis of a narcissistic personality with hysterical and compulsive features. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 19, 451-471.
8. Kohut, H. (1966): Forms and transformations of narcissism. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 14, 243-272.
9. — (1968): The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. *Psychoanal. Study Child.* 23, 86-113.
10. — (1971): *The Analysis of the Self*. Nueva York, Int. Univ. Press.
11. Mahler, M. S. (1968): *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation*, vol. 1: *Infantile Psychosis*. Nueva York, Int. Univ. Press.
12. Riviere, J. (1936): A contribution to the analysis of the negative therapeutic reaction. *Int. J. Psycho-Anal.* 17, 304-320.
13. Rosenfeld, H. (1964): On the psychopathology of narcissism: a clinical approach. *Int. J. Psycho-Anal.* 45, 332-337.
14. Sandler, J. y Rosenblatt, B. (1962): The concept of the representational world. *Psychoanal. Study Child.* 17.
15. Tartakoff, H. H. (1966): The normal personality in our culture and the Nobel Prize complex. En *Psychoanalysis: A General Psychology*. R. M. Loewenstein y col. (comps.), Nueva York, Int. Univ. Press.
16. Ticho, E. (1970): Differences between psychoanalysis and psychotherapy. *Bull. Menninger Clin.* 34, 128-138.
17. Van der Waals, H. G. (1965): Problems of narcissism. *Bull. Menninger Clin.* 29, 293-311.

## CAPÍTULO X

### NARCISISMO NORMAL Y NARCISISMO PATOLOGICO

En capítulos anteriores (véanse capítulos VIII y IX) estudié el diagnóstico y el tratamiento de las personalidades narcisistas, constelación específica de la patología caracterológica que requiere modificaciones especiales de la técnica psicoanalítica o psicoterapéutica. En otros trabajos (9, 10) me ocupé de los fundamentos metapsicológicos del análisis clínico del narcisismo. Presentaré ahora un resumen de las características del narcisismo normal y el narcisismo patológico, deteniéndome en las estructuras intrapsíquicas subyacentes que participan en cada caso, para extraer las correspondientes conclusiones diagnósticas y terapéuticas. Puesto que a través de los años el término "narcisismo" ha sido usado de tantas maneras diferentes, conviene empezar por definirlo, para desarrollar después una conceptualización del narcisismo en función de las estructuras intrapsíquicas, que será especialmente útil para clarificar la distinción entre su normalidad y su patología.

#### **Definición del narcisismo normal**

Siguiendo a Hartmann (5) defino el narcisismo normal como la catexización libidinal del sí-mismo. El sí-mismo es una estructura intrapsíquica formada por múltiples representaciones de sí mismo con sus correspondientes disposiciones afectivas. Las representaciones de sí mismo son estructuras afectivo-cognitivas que reflejan la manera en que un individuo se percibe a sí mismo en las interacciones reales con los demás y en interacciones fantaseadas con representaciones internas de otras personas significativas, es decir con representaciones objetales. El sí-mismo forma parte del yo, que contiene además las representaciones objetales ya mencionadas, imágenes ideales de sí mismo e imágenes objetales ideales, en distintos niveles de despersonificación, abstracción e integración. El sí-mismo normal está integrado puesto que las representaciones de sí mismo que lo componen están dinámicamente organizadas en un

todo. El sí-mismo se relaciona con representaciones objetales integradas; esto es, representaciones objetales que han incorporado las primitivas representaciones objetales "buenas" y "malas" en imágenes integrales de los demás; del mismo modo, el sí-mismo representa una integración de imágenes contradictorias de sí mismo "totalmente buenas" y "totalmente malas", que derivan de primitivas imágenes de sí mismo de origen libidinal y agresivo, respectivamente.

Por lo tanto, aunque el narcisismo normal refleja la carga libidinal de sí mismo, el sí-mismo constituye en realidad una estructura que integra componentes libidinalmente y agresivamente catectizados; planteándolo en términos sencillos, la catectización libidinal del sí-mismo normal requiere como condición previa la integración de imágenes buenas y malas de sí mismo en un autoconcepto real que incorpora —no disocia— los diversos componentes de las representaciones de sí mismo. Esto explica también la paradoja de que la normal capacidad de amar requiere la integración de amor y odio.

Esta definición del sí-mismo y de las representaciones objetales integradas corresponde al "mundo de representaciones" descrito por Sandler y Rosenblatt (16) y a lo que Erikson denominó identidad del yo (3). Desde el punto de vista clínico, el sí-mismo integrado se caracteriza por la continuidad de la vivencia de sí mismo tanto en el proceso longitudinal de la historia (o sea a través del tiempo) como transversalmente (es decir a través de áreas de funcionamiento simultáneamente existentes en diferentes interacciones psicosociales). La falta de integración del sí-mismo se reconoce en la clínica por la presencia de estados yoicos contradictorios, recíprocamente disociados o escindidos, que alternan sin llegar a integrarse nunca. En este caso, el individuo "recuerda" qué sintió mientras experimentaba el estado opuesto al actual, pero sin poder integrar esas distintas vivencias. La no integración del sí-mismo se refleja también en la constante sensación de irrealidad, extrañamiento y vacío, en perturbaciones de la "vivencia de sí mismo" (7) y en la incapacidad de autorreconocerse como ser humano total. En tales circunstancias, el paciente puede "percibir" sus primitivos procesos intrapsíquicos, en el sentido de que éstos son accesibles a su conciencia, pero no logra integrar esas primitivas experiencias cognitivas y afectivas con otras más elaboradas, como tampoco puede integrar sus vivencias subjetivas en general con el impacto que su comportamiento real produce en el campo interpersonal. Puesto que la falta de integración del sí-mismo está acompañada en general por la falta de integración de las representaciones objetales, éstas no son más que caricaturas superficiales "totalmente buenas" o "totalmente malas"; de ahí la gran dificultad del paciente para integrar sus percepciones de los otros en un todo significativo; en consecuencia su capacidad de empatía o de hacer una apreciación fidedigna y profunda de los demás es escasa o nula, y su conducta está regulada por las percep-



ciones inmediatas y no, como ocurre normalmente, por un modelo internalizado, constante y coherente de los otros.

Retomando la definición de narcisismo como carga libidinal del sí-mismo, es importante subrayar que dicha carga no surge simplemente de una fuente instintiva de energía libidinal, sino de las muchas relaciones entre el sí-mismo y otras estructuras intrapsíquicas, que incluyen estructuras dentro del yo (determinantes intrasistémicos del narcisismo) y estructuras en otros aparatos psíquicos, esto es, el superyó y el ello (determinantes intersistémicos del narcisismo).

Jacobson afirmó que la normal "vivencia de sí mismo" deriva del reconocimiento de su sí-mismo integrado por parte del sujeto, mientras que la "autoestima" o "autoconsideración" depende de la catectización libidinal de ese sí-mismo integrado. El nivel o la intensidad de la autoestima indican la medida de la catectización narcisista del sí-mismo. Sin embargo, la autoestima no es un simple reflejo de "catexias instintivas", sino una combinación de componentes afectivos y cognitivos, con predominio de los componentes afectivos difusos en los niveles más primitivos de regulación, y predominio de componentes cognitivos diferenciados con repercusiones afectivas "atenuadas" en los niveles más avanzados de regulación. Por lo tanto, la autoestima o autoconsideración representa las modalidades más diferenciadas de catectización narcisista, en tanto que las manifestaciones más primitivas están representadas por sensaciones difusas de placer o bienestar, o por estados afectivos que expresan euforia o satisfacción. En consecuencia, como lo señaló Jacobson (7), las oscilaciones del estado de ánimo son los principales indicadores de la autoestima en los niveles de regulación determinados por las funciones superyoicas más primitivas, mientras que cuando la autoestima está regulada por funciones superyoicas más avanzadas, se expresa a través de autoevaluaciones o autocríticas más precisas en las que predominan los componentes cognitivos.

Puesto que las estructuras que determinan la catectización instintiva del sí-mismo no lo hacen sólo en función de las cargas libidinales afectivas y cognitivas, sino también en función de interacciones derivadas de cargas agresivas, la regulación del narcisismo normal sólo puede ser concebida como el predominio relativo de la catectización libidinal sobre la agresiva, por parte de esas mismas estructuras. Desde el punto de vista clínico, la catectización narcisista y libidinal en general sólo puede ser entendida cabalmente en el contexto del análisis simultáneo de las vicisitudes intrapsíquicas de la libido y la agresión.

¿Cuáles son las estructuras intrapsíquicas y los factores externos que determinan la catectización libidinal del sí-mismo, es decir el narcisismo normal?

### 1. SÍ-MISMO IDEAL Y METAS DEL YO

Dentro del yo propiamente dicho, las metas inconscientes, pre-conscientes y conscientes del yo (que reflejan diversas etapas de desarrollo desde las primitivas imágenes ideales del sí-mismo hasta las metas maduras) representan el nivel de aspiración respecto del cual se mide la realidad del sí-mismo. Como lo señaló Hartmann (5), además de las autocríticas de origen superyoico, existen funciones autocríticas ejercidas por el yo que sirven para regular la autoestima. Bibring (1) habló de una predisposición esencial a la depresión que caracteriza a la vivencia yoica de desamparo y desesperanza, cuando no se logra o se pierde un estado deseado para el sí-mismo. Sandler y Rosenblatt (16) se refirieron a este mecanismo al describir las tensiones entre el sí-mismo real y el sí-mismo ideal.

### 2. REPRESENTACIONES OBJETALES

Otra de las estructuras yoicas que intervienen en la regulación de la autoestima, es decir en la provisión de suministros narcisistas o de catexias libidinales del sí-mismo, es el mundo de objetos internos o representaciones objetales, íntimamente ligado con el sí-mismo integrado. Mencioné antes (9) las funciones de protección que cumplen las representaciones objetales en momentos de crisis o pérdidas, y sugerí que la regresión al servicio del yo puede ser entendida en parte como una activación regresiva de relaciones objetales internalizadas del pasado, en cuyo contexto el amor y la reconfirmación ofrecidos por las representaciones de objetos "buenos" resarcan al sí-mismo de las frustraciones de la realidad.

### 3. FACTORES SUPERYOICOS

Hay dos estructuras superyoicas principales que regulan la autoestima. La primera comprende los diversos niveles de estructuras superyoicas que llevan a cabo una evaluación crítica del yo en función de las demandas y castigos superyoicos. En este sentido, Jacobson (7) analizó los niveles de desarrollo del superyó y sus efectos regulatorios sobre el sí-mismo, ejercidos mediante funciones que van desde la variación de estados de ánimo hasta autocríticas de fundamentos reales. Los aspectos críticos o punitivos del superyó regulan la autoestima a través de la función esencialmente "negativa" de formular objeciones al sí-mismo. La otra estructura superyoica que interviene en la regulación de la autoestima es el ideal del yo (derivado de la integración de imágenes de objetos ideales y del sí-mismo ideal, introyectadas en el superyó a partir de la infancia y la tem-

prana niñez) que exalta la autoestima cuando el sí-mismo demuestra estar a la altura de sus demandas y expectativas; Schafer (17) se refirió a esta función protectora del ideal del yo. En la clínica, es notable observar la exagerada dependencia de fuentes externas de admiración, amor y confirmación que desarrollan los pacientes en quienes esta particular estructura superyoica está ausente o insuficientemente integrada.

#### 4. FACTORES INSTINTIVOS Y ORGÁNICOS

Con respecto a las estructuras vinculadas con el ello, cabe decir que la autoestima aumenta cuando se han satisfecho las necesidades instintivas y cuando el sí-mismo ha logrado conciliar sus necesidades internas con los requerimientos ambientales. En otras palabras, la expresión directa y sintónica con el yo de los impulsos, y en especial la manifestación sublimada de las necesidades instintivas son fuente de gratificación narcisista. Un buen estado de salud reafirma tanto la integridad del sí-mismo como su catectización libidinal. Puesto que las imágenes corporales ejercen una poderosa influencia sobre las primitivas representaciones de sí-mismo y las primeras gratificaciones instintivas intrapsíquicas están estrechamente ligadas con el restablecimiento del equilibrio fisiológico, la salud y la enfermedad físicas constituyen determinantes decisivos del equilibrio normal o anormal de la catectización narcisista.

#### 5. FACTORES EXTERNOS

Los factores de la realidad que influyen en la normal regulación de la autoestima pueden ser clasificados según los siguientes rubros: 1) gratificaciones libidinales provenientes de objetos externos; 2) gratificación de metas y aspiraciones yoicas a través del buen funcionamiento o el éxito social, y 3) gratificación de aspiraciones intelectuales o culturales concretadas en el entorno. Estas últimas gratificaciones incluyen escalas de valores y reflejan no sólo factores de la realidad sino también demandas yoicas y superyoicas. Ponen de manifiesto el importante papel que desempeñan los sistemas de valores culturales, éticos y estéticos en la regulación de la autoestima, además de los sistemas psicosociales y psicobiológicos mencionados antes.

En síntesis, la catectización libidinal del sí-mismo aumenta con el amor o la gratificación provenientes de los objetos externos, el éxito alcanzado en la realidad, la creciente armonía entre el sí-mismo y las estructuras superyoicas, la ratificación del amor de los objetos internos, la gratificación directa de las necesidades instintivas y la salud física.

En circunstancias normales, el aumento de la catectización libidinal del sí-mismo va acompañado del aumento de la catectización libidinal de los objetos; un sí-mismo que recibe una carga libidinal cada vez mayor, que está en paz y feliz consigo mismo —por decirlo así—, es capaz de ir incrementando la catectización de los objetos externos y de sus representaciones internalizadas. En general, cuando aumenta la catectización narcisista, se produce un aumento paralelo en la capacidad de amar y dar, de sentir y expresar gratitud, de preocuparse por los demás, y en la capacidad de amor sexual, sublimación y creatividad. Puesto que la normal catectización libidinal de los objetos externos y sus representaciones internas está asociada con la superación de expresiones de amor y odio más primitivas y recíprocamente disociadas o escindidas, el aumento de la catectización libidinal del sí-mismo garantiza a éste su “bondad” hacia los objetos y consolida los vínculos objetales. Metafóricamente hablando, al cargar las baterías del sí-mismo, se induce una recarga secundaria de la catectización libidinal de los objetos.

Existe una serie de circunstancias que pueden disminuir las cargas libidinales del sí-mismo; por ejemplo, la pérdida de fuentes externas de amor, el fracaso en el cumplimiento de metas o expectativas yoicas, presiones superyoicas reactivadas ante demandas instintivas inaceptables para el superyó, incapacidad de satisfacer las expectativas del ideal del yo, frustración general de las necesidades instintivas o enfermedades físicas. Las pérdidas o fracasos en cualquiera de estas áreas pueden repercutir en otros campos. En el duelo patológico, por ejemplo, el daño narcisista resultante de la pérdida externa de un objeto está reforzado por un aumento de las presiones superyoicas que reflejan la culpa inconsciente por la pérdida de ese objeto, y por el debilitamiento secundario de la carga libidinal que el sí-mismo recibe de las representaciones objetales; la presión superyoica convence al sí-mismo de que ya no merece el amor de sus objetos internos y externos. Por consiguiente, las diversas estructuras intrapsíquicas que regulan la catectización libidinal del sí-mismo no pueden ser vistas independientemente, sino en función de un equilibrio dinámico general.

Por ejemplo, la elaboración del duelo normal importa no sólo un restablecimiento de las cargas libidinales del sí-mismo (merced a procesos de identificación mediante los cuales el sí-mismo adquiere las características y la catectización libidinal del objeto perdido) sino también, y muy significativamente, la restauración o el fortalecimiento de las representaciones objetales que reflejan al objeto perdido y otros “buenos” objetos internalizados afines; a su vez, la catectización libidinal de los objetos internalizados refuerza la participación de éstos como posibles fuentes de gratificación libidinal para el sí-mismo.

El narcisismo normal depende de la integridad estructural del sí-mismo y de las restantes estructuras intrapsíquicas enumeradas

antes. Depende también del equilibrio entre los derivados de instintos libidinales y agresivos que participan en las relaciones del sí-mismo con esas otras estructuras. La carga agresiva del sí-mismo proveniente de las diversas estructuras que regulan el narcisismo y de factores de la realidad externa, da por resultado una disminución de la autoestima. Por otra parte, el narcisismo normal depende del nivel de desarrollo alcanzado por el sí-mismo y las restantes estructuras intrapsíquicas, reflejado en la cualidad adulta y madura (como opuesto de infantil) de sus expectativas, aspiraciones, modelos e ideales. Por ejemplo, junto con una buena integración de las estructuras del sí-mismo, el superyó, el ideal del yo y las relaciones objetales internalizadas, puede haber una fijación a metas y conflictos correspondientes al narcisismo infantil, constelación que es típica de la mayoría de los pacientes con reacciones neuróticas y desórdenes del carácter.

### **Narcisismo patológico**

En general, todos los conflictos neuróticos obstaculizan las óptimas relaciones del sí-mismo con las diversas instancias y estructuras mencionadas. Por ejemplo, la patológica severidad de las prohibiciones de los impulsos sexuales (que reflejan conflictos edípicos no resueltos) se traduce en dificultades en las relaciones del sí-mismo con los objetos externos, excesivas presiones superyoicas y disminución de la capacidad yoica de sublimación, todo lo cual afecta de diferentes maneras los suministros libidinales de que dispone el sí-mismo. Al mismo tiempo, la formación de rasgos patológicos del carácter como defensa contra relaciones conflictivas con los demás y contra el reconocimiento directo de los impulsos edípicos prohibidos, protege el funcionamiento del yo y el sí-mismo; asimismo resguarda la autoestima; es decir, cumple una función narcisista. Por lo tanto, todos los pacientes con reacciones neuróticas y desórdenes del carácter tienen "problemas narcisistas": su patología caracterológica es una defensa contra la anormal vulnerabilidad de su sí-mismo; de ahí que la exploración y la resolución de esa patología en el análisis dé lugar a la activación de frustraciones y conflictos narcisistas. Es entonces cuando se pone de manifiesto que el contenido de las metas y expectativas yoicas y de las demandas superyoicas ha quedado fijo en un nivel infantil, en contraste con las aspiraciones y expectativas narcisistas maduras de los sectores yoicos más libres de conflicto.

En general, la movilización de conflictos centrados en la agresión (que disminuyen la presencia o el predominio de la catexis libidinal del sí-mismo y de los objetos internos y externos), junto con la fijación o la regresión a conflictos neuróticos infantiles en el marco de un yo y un sí-mismo relativamente bien integrados,

dan lugar a severas frustraciones y/o distorsiones del narcisismo normal, que constituyen la forma más benigna de los desórdenes narcisistas observados en la clínica.

Un tipo de patología narcisista más severa aparece cuando merced a procesos identificatorios patológicos, el sí-mismo adopta las características de un objeto internalizado patógeno, en tanto que algunos de sus aspectos más importantes (manifestados en la relación con ese objeto) están proyectados en representaciones objetales y objetos externos. Este tipo de desorden narcisista es característico de aquellos individuos que (en sus relaciones objetales intrapsíquicas y su vida externa) se identifican y aman a un objeto que los representa a ellos mismos (en el presente o en el pasado). Freud (4) señaló que la elección por parte del individuo homosexual de objetos amorosos que lo representan, fue uno de los principales motivos que lo llevaron a adoptar la tesis del narcisismo; consideró que las relaciones amorosas de esos individuos homosexuales son "narcisistas", en contraste con el amor de tipo "anaclítico" o de apego hacia un objeto que representa a una imagen parental significativa. Para explorar esta situación más a fondo, examinemos una vez más las repercusiones libidinales de una relación objetal normal.

La normal relación con un objeto representa una óptima combinación de lazos "objetales libidinales" y "narcisistas", en la medida que la catectización de los objetos y catectización del sí-mismo en la relación gratificante con esos objetos corren paralelas (18). Sin embargo, en el contexto de un vínculo libidinal del sí-mismo con un objeto, la relación objetal puede ser más o menos infantil, dentro de un rango que abarca desde una búsqueda de amor puramente "anaclítica" de tipo infantil, en la que se combinan la dependencia, las demandas y la gratitud, hasta un tipo de reciprocidad adulta que concilia un amor maduro e inteligente a sí mismo con una catectización madura y profunda del objeto. Tanto el narcisismo adulto como el infantil incluyen "egocentrismo", pero la autocatectización del narcisismo adulto normal se funda en metas, ideales y expectativas maduros, mientras que la autocatectización infantil normal se cumple en función de tendencias exhibicionistas o con la finalidad de imponer exigencias y buscar poder. También las catectizaciones objetales están presentes tanto en el narcisismo adulto como en el infantil, diferenciándose nuevamente en que en el primer caso se expresan en el marco de una reciprocidad adulta, en tanto que en el segundo reflejan tendencias infantiles a la idealización y la dependencia. Las relaciones "anaclíticas", por lo tanto, incluyen características regresivas tanto en la autocatectización como en la catectización objetal; es decir, una regresión desde la combinación adulta de las cargas narcisistas y objetales a la combinación infantil de estos mismos vínculos.

El estado de desarrollo del superyó (en especial del ideal del yo) y el tipo de resolución de los conflictos edípicos (por ejemplo,

el predominio de la fijación y/o regresión a las fases libidinales pregenitales) determinan la medida en que una relación objetal es "anacrítica"; esto es, la medida en que se ha producido una regresión o fijación a características infantiles normales, en cuyo contexto las necesidades de dependencia matizan por igual las cargas narcisistas y objetales de dicha relación. En síntesis, las relaciones objetales normales importan una combinación de catexización narcisista y objetal, cuya naturaleza varía de acuerdo con el nivel general de desarrollo psicológico. El amor objetal del tipo "anacrítico" descrito por Freud se refiere a aquellas relaciones en las cuales tanto las cargas narcisistas como las objetales se caracterizan por la presencia de rasgos regresivos infantiles.

Volvamos ahora al tipo más severo de desorden narcisista. Cuando la autocatexización libidinal tiene lugar en el contexto de una identificación del sí-mismo con un objeto, en tanto que el sí-mismo está proyectado en un objeto externo que es amado por ser una representación de aquél, la situación difiere por completo de la descrita como típica del narcisismo formal. Este tipo de relación objetal, que Freud fue el primero en calificar de "narcisista", representa una patología narcisista más grave y cualitativamente diferente del tipo más benigno mencionado antes (que simplemente refleja una regresión y/o fijación a la catexización libidinal infantil —como opuesto de madura— tanto del sí-mismo como de los objetos). Importa destacar, sin embargo, que aun en este vínculo patológico del sí-mismo identificado con un objeto (por ejemplo en algunos casos de homosexualidad masculina con la madre benigna y protectora de la etapa oral), con un objeto identificado con el sí-mismo (en los mencionados casos de homosexualidad masculina el sí-mismo infantil y dependiente) sigue existiendo una relación objetal; es decir una relación entre sí-mismo y objeto, tanto en el plano intrapsíquico como en las interacciones externas.

Existe un tipo de patología narcisista aún más grave, caracterizado por un deterioro todavía más profundo de las relaciones objetales, como consecuencia del cual el vínculo ya no se establece entre sí-mismo y objeto, sino entre un sí-mismo grandioso, primitivo y patológico y la temporaria proyección de ese sí-mismo grandioso en los objetos. ("Sí-mismo grandioso" es un término sugerido por Kohut [11] que utilizo aquí por estar de acuerdo con su descripción clínica, pero con un fundamento metapsicológico diferente del propuesto por aquel autor.) La relación ya no es de sí-mismo a objeto, ni de objeto a sí-mismo, sino de sí-mismo a sí-mismo. Es recién en este caso que cabe decir que una relación objetal ha sido reemplazada por una relación narcisista.

Esta situación es muy diferente de la que se presenta en ciertas circunstancias normales, por ejemplo en la adolescencia, cuando se producen identificaciones recíprocas con otros objetos vistos como representaciones del propio sujeto, en tanto que dichos objetos

conservan su condición de tales. En las relaciones de amistad normales de la temprana adolescencia (que pueden incluir derivados de conflictos homosexuales y catectizaciones libidinales infantiles), la proyección temporaria o parcial de un sí-mismo ideal en un objeto percibido como similar al sujeto se acompaña del vínculo libidinal con dicho objeto y nada tiene en común con la proyección del sí-mismo grandioso patológico en otros objetos, tal como se estudió en detalle en capítulos anteriores (véanse capítulos VIII y IX).

La relación entre el sí-mismo grandioso y su proyección temporaria en el objeto es característica de la personalidad narcisista, tipo específico de patología caracterológica que representa la forma más severa de narcisismo patológico.

En los tres niveles de patología del narcisismo mencionados hasta aquí (es decir 1 - regresión del narcisismo adulto normal al narcisismo infantil normal, 2 - relación con un objeto que representa al sí-mismo mientras el sí-mismo se identifica con ese objeto, y 3 - relación del sí-mismo grandioso con ese sí-mismo grandioso temporariamente proyectado), el sí-mismo se presenta como una estructura integrada; puede ser un sí-mismo regresivo o fijado a la etapa infantil, un sí-mismo distorsionado a causa de las identificaciones predominantes con un objeto, o un sí-mismo grandioso patológico (característica de las personalidades narcisistas). Por el contrario, otros pacientes carecen de un sí-mismo integrado y se caracterizan en cambio por la disociación o la escisión de las representaciones de sí mismos y de los objetos; se trata de las personalidades fronterizas, en quienes no se ha operado la condensación que da lugar a la estructura patológica del sí-mismo grandioso. En tales casos se observan rápidas oscilaciones entre identificaciones con una cierta representación de sí mismo acompañadas de la proyección de una cierta representación objetal en el objeto externo, e identificaciones con una cierta representación objetal acompañadas de la proyección de una cierta representación de sí mismo en el objeto externo. En consecuencia, las relaciones objetales son variables e inestables y se produce una caótica alternancia de diversos tipos de perturbaciones narcisistas. Es preferible considerar a estos casos no como una patología particular del narcisismo, sino como un reflejo de la patología general de las relaciones objetales internalizadas. Por último, existen otros pacientes en quienes la característica predominante es la falta de diferenciación entre las representaciones de sí mismos y de los objetos; es decir, pacientes que presentan identificaciones psicóticas (6, 7). En estos casos los conflictos y las defensas psicóticas prevalecen sobre las catectizaciones libidinales narcisistas y objetales que traducen relaciones diferenciadas con los demás. No creo que en estas circunstancias el paciente se esfuerce por diferenciar las catectizaciones de sí mismo de las objetales, ya que sí-mismo y objeto están aún (o nuevamente) fusionados.

A los fines de la teoría clínica del narcisismo, de lo dicho hasta



aquí se desprende que las consideraciones económicas por sí solas (es decir las que tienen en cuenta la intensidad o el monto de la catectización narcisista) no son un indicador significativo de la normalidad o la patología del narcisismo; simplemente reflejan la intensidad de la metabolización general —por llamarla así— de las relaciones objetales internalizadas. Asimismo, la intensidad de las cargas libidinales del sí-mismo y de los objetos está íntimamente vinculada con las cargas agresivas, y las variaciones en un contexto repercuten en el otro; por lo tanto, las consideraciones económicas deben ir acompañadas del análisis combinado de las cargas libidinales y agresivas. Por otra parte, pienso que los intentos por discriminar entre catectizaciones narcisistas y objetales de los objetos externos en función de la naturaleza de la relación con éstos, tal como se refleja en las interacciones interpersonales, hacen perder de vista los aspectos más específicos de los criterios psicoanalíticos acerca de la normalidad o la patología del narcisismo, reemplazándolos por un modelo psicosocial simplista basado en las características de “introversión” y “extraversión”. El narcisismo normal o patológico sólo puede ser evaluado mediante la exploración psicoanalítica de las relaciones objetales intrapsíquicas y externas y mediante el análisis estructural de las relaciones objetales internalizadas, junto con los factores económicos que las modifican.

#### **Aplicaciones diagnósticas de esta conceptualización de narcisismo patológico**

La diferenciación entre normalidad y patología del narcisismo en la adolescencia plantea un importante problema práctico. Deutsch (2) y Jacobson (7) señalaron que en la adolescencia se produce un incremento de las manifestaciones narcisistas. Agregaría por mi parte que dicho incremento no es sólo cuantitativo, sino también cualitativo; esto es, se refleja en una secuencia de diversas constelaciones de cargas del sí-mismo y de los objetos, a medida que éstas emergen en la estructura intrapsíquica del adolescente.

En primer lugar, la expresión más normal del incremento del narcisismo en la adolescencia es el aumento de la carga libidinal del sí-mismo, manifestado como autoconcentración, mayor preocupación por sí mismo y fantasías grandiosas, exhibicionistas o de poder. Todo esto refleja tanto un viraje cuantitativo de las cargas libidinales desde las representaciones objetales a las de sí mismo, como un viraje cualitativo regresivo hacia un tipo más infantil de relación entre sí-mismo y objeto —por ejemplo, el deseo infantil de ser amado y admirado por la madre—.

Una segunda manifestación, ésta más patológica, del incremento del narcisismo en la adolescencia es la identificación del sujeto con objetos infantiles y la búsqueda de objetos que representen al sí-

mismo infantil. Como lo mencioné antes, este cuadro difiere del que normalmente se produce en la temprana adolescencia, cuando se acentúa la búsqueda de objetos de características similares a las propias, mientras el sujeto conserva la capacidad de interesarse y amar auténticamente a dichos objetos: en este caso las catectizaciones narcisistas y objetales están amalgamadas. Por el contrario, en los desórdenes narcisistas más graves, la proyección del sí-mismo en el objeto reemplaza la catectización objetal, y el sujeto, en su interacción con ese objeto, representa al objeto de la relación objetal infantil internalizada reactivada. Algunos de los problemas homosexuales de la adolescencia están vinculados con este tipo de regresión narcisista.

Una tercera manifestación, aún más patológica, es la relación del adolescente con ciertos objetos que reflejan, tal como lo revela la exploración analítica, la proyección del sí-mismo grandioso, primitivo y patológico del paciente, en tanto que éste conserva su sí-mismo grandioso de manera tal que la relación se establece "de sí-mismo a sí-mismo", como se mencionó antes. Esta configuración es típica de la personalidad narcisista y representa la forma más grave de narcisismo patológico, tanto en la adolescencia como en la edad adulta. En la clínica, estos pacientes adolescentes presentan los típicos rasgos de grandiosidad, desprecio, incapacidad de discriminar los sutiles aspectos reales de los demás, autojustificación y tendencias explotadoras o parasitarias. Asimismo alternan entre períodos en que se interesan en actividades y relaciones que les reditúan triunfo, admiración y gratificación inmediata de sus necesidades, y períodos de precipitado abandono de dichas tareas, relaciones o actividades cuando ya no les ofrecen sustento para su grandiosidad; se retraen en la realidad social y la desvalorizan para protegerse del fracaso.

En general, cuanto más normal es el incremento de las manifestaciones narcisistas en la adolescencia, más pasible es de quedar circunscripto al plano cuantitativo, si bien el elemento cualitativo siempre está presente. Cuanto más patológicas sean las variaciones del narcisismo, menos pueden ser descritas en términos cuantitativos solamente y más necesario es hacer el análisis estructural de la situación, es decir aclarar la naturaleza de las relaciones patológicas que intervienen en el proceso.

Como una aplicación más de este análisis estructural del narcisismo, examinemos ahora los diferentes tipos de homosexualidad masculina. La homosexualidad masculina puede ser clasificada siguiendo una secuencia que gradúa la patología de las relaciones objetales internalizadas. En primer término, en los casos en que prevalecen los factores edípicos genitales, la relación homosexual representa el sometimiento sexual al progenitor del mismo sexo, a modo de defensa contra la rivalidad edípica. En esta categoría están comprendidos los pacientes homosexuales de tipo más neurótico e

inhibido, para quienes el tratamiento psicoanalítico tiene el mejor pronóstico. En estos casos, el sí-mismo infantil edípico se somete al padre edípico prohibitivo y dominante, y con frecuencia hay una represión subyacente de las tendencias heterosexuales, como consecuencia de la renuncia a los impulsos sexuales hacia la madre edípica prohibida.

Siguiendo la escala creciente de patología, el siguiente nivel corresponde al paciente homosexual caracterizado por una identificación conflictiva con una imagen de su madre y que trata a sus objetos homosexuales como una representación de su sí-mismo infantil. En este tipo de catectización narcisista (el mencionado por Freud en su trabajo de 1914 sobre narcisismo), la catectización del objeto externo homosexual es decididamente "narcisista", en el sentido de que el objeto homosexual representa al sí-mismo. Sin embargo, aunque este caso de homosexualidad es más narcisista que el descrito antes, aún persiste una relación objetal (entre madre e hijo), revivida en el vínculo homosexual. El pronóstico es aquí más reservado que para el tipo de homosexualidad mencionado en primer término; por lo general, los conflictos pregenitales prevalecen sobre los genitales y las relaciones objetales se hallan más deterioradas. Este tipo de homosexualidad suele estar asociado con diferentes desórdenes caracterológicos graves. No obstante, estos pacientes son capaces de amar a sus objetos profundamente, aunque de manera neurótica; en ocasiones la preocupación de tipo maternal que demuestran hacia su pareja contiene elementos de identificación parentales que cumplen funciones sublimatorias y otorgan hondura al vínculo con el objeto, de modo que en ellos coexisten componentes narcisistas y de relaciones objetales.

En un tercer tipo de relación homosexual, el otro miembro de la pareja homosexual es "amado" porque el paciente lo ve como una extensión de su propio sí-mismo grandioso; de ahí que la relación no es de sí-mismo a objeto, ni de objeto a sí-mismo, sino de sí-mismo a sí-mismo (grandioso y patológico). Este tipo de vinculación homosexual, el más patológico de todos los mencionados, es característico de la homosexualidad de la personalidad narcisista propiamente dicha, y su pronóstico es el más desfavorable. Paradójicamente, como los pacientes de personalidad narcisista con un sí-mismo grandioso exhiben a menudo un funcionamiento superficial mejor que el de los desórdenes caracterológicos menos severos (véase capítulo VIII), los individuos homosexuales de mejor adaptación social padecen muchas veces la patología homosexual de tipo más grave. En estos casos, la catectización de los objetos que representan al sí-mismo grandioso proyectado es en general transitoria y superficial; el paciente no reconoce en profundidad a sus objetos ni experimenta empatía hacia ellos, características que reflejan la falta de integración de las representaciones objetales y del sí-mismo real —como opuesto del sí-mismo grandioso—.

Por lo tanto, la clasificación del narcisismo de acuerdo con la secuencia que abarca desde el narcisismo adulto normal hasta el tipo más severo representado por la relación patológica de sí-mismo a sí-mismo, tiene repercusiones eminentemente prácticas sobre el diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. Aunque la mayoría de las neurosis sintomáticas y de los desórdenes caracterológicos más benignos (8) presentan un cierto grado de fijación y/o regresión al narcisismo infantil normal —con el consiguiente incremento de las fantasías e ideales que reflejan diversos tipos de grandiosidad, demandas y exhibicionismo infantiles—, esta regresión no es particularmente significativa a los fines del diagnóstico, el pronóstico y el tratamiento. Sin embargo, es necesario tener en cuenta que en estos casos una de las funciones de los rasgos patológicos del carácter es proteger la autoestima; por lo tanto, los esfuerzos del analista por modificar una estructura caracterológica neurótica importan siempre una lesión narcisista (14).

Los casos caracterizados por una identificación patológica del sí-mismo con un objeto infantil y por una elección de objetos externos basada en la proyección del sí-mismo en dichos objetos, presentan en general los desórdenes caracterológicos más severos e importantes conflictos homosexuales. Aunque sus vínculos con los objetos son de naturaleza marcadamente narcisista, en general estos pacientes no requieren modificaciones específicas de la técnica psicoanalítica, y aun cuando presenten una homosexualidad manifiesta o latente, el pronóstico para la psicoterapia exploratoria o el psicoanálisis no es desfavorable.

El tercer tipo de narcisismo patológico, y el más grave, es característico de la personalidad narcisista propiamente dicha. Puesto que este síndrome ya fue estudiado en detalle (véanse capítulos VIII y IX), me limitaré aquí a describirlo sucintamente. Estos pacientes presentan un excesivo egocentrismo, junto con una adaptación social aparentemente buena, pero con serias distorsiones en sus relaciones internas con otras personas. En ellos se combinan en proporciones variadas las ambiciones desmedidas, fantasías grandiosas, sentimientos de inferioridad y exagerada dependencia de la admiración y el homenaje de los demás; sufren una permanente sensación de hastío y futilidad; se esfuerzan constantemente por gratificar sus necesidades de brillo, riqueza, poder y belleza, y su capacidad de amar y preocuparse por los demás es sumamente deficitaria; asimismo son incapaces de comprender a los otros mediante la empatía; sufren una crónica incertidumbre y se sienten insatisfechos de su vida. Otros de sus rasgos sobresalientes son sus tendencias conscientes o inconscientes a tratar a los demás de manera explotadora e insensible y la crónica presencia de una envidia intensa y de las defensas contra esa envidia.

El pronóstico del psicoanálisis y de los diferentes tipos de tratamiento psicoterapéutico es más reservado para estos casos que

para todos los mencionados antes, si bien últimamente ha mejorado gracias a los recientes avances de la técnica analítica; las desviaciones sexuales que se observan a menudo en estos pacientes suelen ser muy resistentes al tratamiento.

### **Tratamiento de las personalidades narcisistas**

La bibliografía pertinente parece reflejar una cierta confusión respecto de la relación entre personalidad narcisista y desórdenes fronterizos en general. Resumiendo lo dicho antes al respecto (véanse capítulos VIII y IX), las características estructurales del yo y la organización defensiva de la personalidad narcisista es llamativamente semejante y a la vez presenta diferencias específicas con respecto a las de la personalidad fronteriza.

La similitud radica en el predominio de primitivos mecanismos de escisión o disociación, que se pone de manifiesto en la presencia de estados yoicos recíprocamente disociados o escindidos. Así, la arrogante grandiosidad, la timidez y sentimientos de inferioridad pueden coexistir en las personalidades narcisistas sin afectarse mutuamente. Los mecanismos de escisión están reforzados por modalidades primitivas de proyección e idealización, el control omnipotente, el retraimiento y la desvalorización narcisistas, defensas características tanto de la personalidad fronteriza como de la personalidad narcisista.

La diferencia entre la personalidad narcisista y los desórdenes fronterizos es que en la primera existe un "sí-mismo grandioso" (término sugerido por Kohut [11]) que, aunque marcadamente patológico, está integrado. A mi juicio, este sí-mismo grandioso es una patológica condensación de rudimentos del sí-mismo real, del sí-mismo ideal y de objetos ideales de la infancia y la temprana niñez; por lo tanto, incorpora elementos que de otro modo estarían integrados en el superyó; en consecuencia la integración superyoica es insuficiente, los límites del yo y el superyó se desvanecen en ciertas áreas; todo el mundo intrapsíquico de relaciones objetales se deteriora y es reemplazado por el sí-mismo grandioso, por representaciones desvalorizadas y desvaídas del sí-mismo y de los demás y por imágenes potencialmente persecutorias que representan a los precursores superyoicos sádicos no integrados. El sí-mismo grandioso compensa la primitiva disociación o escisión del sí-mismo, pero a costa de un deterioro de las relaciones objetales mucho más grave que el de los pacientes fronterizos no narcisistas.

El sí-mismo grandioso explica la paradoja del funcionamiento y la adaptación social relativamente buenos en el paciente narcisista, no obstante la presencia de los fuertes mecanismos de escisión y la grave patología yoica. Sin embargo, hay pacientes narcisistas que funcionan en un nivel que califico de francamente fronterizo; en

otras palabras, presentan las manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica típicas de la personalidad fronteriza; es decir, intolerancia a la ansiedad, falta de control sobre los impulsos, ausencia de canales de sublimación y una tendencia al pensamiento del proceso primario que se pone en evidencia en los tests psicológicos.

En la práctica, podemos diferenciar tres niveles de funcionamiento de las personalidades narcisistas. En primer término, hay personalidades narcisistas con mejor adaptación superficial y cuyo talento, habilidades y/o alto grado de inteligencia les permite triunfar en la vida social y obtener gratificaciones inusuales de fuentes externas, a través del éxito y la admiración. Estos pacientes sólo recurren al tratamiento cuando sufren serios síntomas neuróticos, perturbaciones sexuales o dificultades crónicas en sus relaciones íntimas con los demás, por ejemplo en su matrimonio. Podrá decirse que los beneficios que obtienen de su enfermedad a menudo compensan los problemas originados en la patología de sus relaciones objetales. Sin embargo, no obstante su buen funcionamiento superficial, siempre deberían recibir tratamiento debido a los efectos devastadores que el narcisismo patológico tiene sobre sus posibilidades de adaptación en etapas ulteriores de su vida.

Sin embargo, como el tratamiento de elección en estos casos es el psicoanálisis, que requiere una motivación inicial que ayude a soportar el incremento de ansiedad y el reconocimiento de los conflictos, situaciones insoslayables en el tratamiento analítico, la decisión de iniciar o no tratamiento se hace a veces muy difícil. A veces es preferible ofrecer al paciente una psicoterapia de apoyo breve cuando atraviesa por una crisis aguda y esperar que aumente su autoconocimiento o que la vida real le cause mayores frustraciones—circunstancia a la que estos pacientes son particularmente propensos— para recién entonces iniciar el análisis. En los últimos tiempos he observado resultados alentadores en pacientes que comienzan su análisis alrededor de los cuarenta años, aunque el tratamiento deba ser prolongado.

Un segundo grupo, que representa a la mayoría de las personalidades narcisistas que solicitan tratamiento, está compuesto por los pacientes que sufren los serios trastornos de las relaciones objetales mencionados al formular la definición clínica de este síndrome; con frecuencia los síndromes neuróticos y las dificultades sexuales agregan complejidad al cuadro de estos pacientes, que además sufren los efectos de su crónica vivencia de vacío y su incapacidad para establecer vínculos emocionales y sexuales duraderos. El tratamiento de elección en estos casos es el psicoanálisis y los recientes avances de la técnica analítica referidos a estos pacientes han mejorado el pronóstico considerablemente (véase capítulo IX). Si bien entre Kohut (11, 12) y varios autores entre los cuales me incluyo (7, 15, 18) persiste la controversia respecto de la teoría y los enfoques técnicos óptimos para el tratamiento analítico de estos pacientes,

importa subrayar que Kohut y yo coincidimos en la descripción clínica de la personalidad narcisista en lo que respecta a este segundo grupo y en la indicación del psicoanálisis como terapia de elección para estos casos.

El tercer grupo está formado por los pacientes que funcionan en un nivel francamente fronterizo y que, como se mencionó antes, presentan manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica. Para este grupo recomendé antes (véanse capítulos VIII y IX) una psicoterapia fundamentalmente de apoyo; últimamente, sin embargo, me ha llamado la atención la posibilidad de llevar a cabo un tratamiento a la vez expresivo y de apoyo. Este enfoque técnico requiere interpretar las operaciones defensivas más groseramente manifestadas en la transferencia y que causan la desvalorización del terapeuta (y la destrucción inconsciente del conocimiento y la ayuda recibidos de él), mientras se respetan otros aspectos del sí-mismo grandioso y se ejercen graduales presiones reeducativas, con el fin de que el narcisismo del paciente se haga más adaptativo y "atenuado".

Algunos pacientes narcisistas que funcionan en un nivel francamente fronterizo, en especial aquellos que presentan intensas reacciones de rabia o "rabia narcisista", requieren un enfoque terapéutico expresivo. En los últimos tiempos intenté llevar a la práctica en algunos de estos casos el esquema psicoterapéutico expresivo que propuse para las personalidades fronterizas en general (véase capítulo III), pero desgraciadamente la propensión de estos pacientes a desarrollar intensas reacciones terapéuticas negativas lleva a menudo a prematuras interrupciones del tratamiento. En líneas generales, el pronóstico para este subgrupo de pacientes narcisistas es reservado.

Por último, las personalidades narcisistas que funcionan en un nivel francamente fronterizo y que además presentan fuertes rasgos antisociales tienen un pronóstico muy desfavorable. Así ocurre en especial con las personalidades antisociales propiamente dichas, que además de las extremas distorsiones y el deterioro de las funciones superyoicas y las relaciones objetales, presentan las típicas estructuras defensivas del narcisismo.

No reiteraré aquí las características del tratamiento analítico de las personalidades narcisistas ya descritas en capítulos anteriores (véanse capítulos VIII y IX). La estrategia general formulada al estudiar la fase inicial del tratamiento de pacientes fronterizos (véase capítulo VI) es específicamente aplicable al trabajo terapéutico con pacientes narcisistas de funcionamiento fronterizo. Como las personalidades narcisistas plantean ciertos problemas técnicos especiales, me limitaré aquí a mencionar aquellos que con mayor frecuencia se presentan en el curso de la psicoterapia (no del psicoanálisis) de dichos pacientes.

Uno de los principales problemas en muchos casos es la necesidad de enfocar lo que se manifiesta como una dependencia pato-

lógica o contradictoria respecto del terapeuta. El paciente parece esperar que el terapeuta haga algo por él constantemente, que le dé "más", que le ofrezca "nuevas formulaciones", mientras al mismo tiempo desprecia inconscientemente el trabajo psicoterapéutico, que es lo que realmente recibe de aquél. La psicoterapia se convierte entonces en una búsqueda de "alimento mágico", dejando de ser una situación en la que el paciente acepta las verdaderas contribuciones del terapeuta. Por lo general, el elemento subyacente a este problema es la envidia inconsciente de la capacidad y la pericia del terapeuta, de sus conocimientos, su comprensión y sus creencias, y la necesidad de dañarlos o destruirlos en la relación terapéutica real. El paciente trata de reemplazar los aportes reales del terapeuta por los "mágicos"; es decir aquellos que por definición pueden ser mágicamente incorporados por él sin necesidad de demostrar gratitud ni envidiar aquello que el terapeuta realmente posee y él no. Cuando la "magia" se desvanece o a su vez queda destruida al percibir el paciente que las sesiones no están fructificando en una labor o una relación realmente significativa, sus demandas al terapeuta se hacen más imperiosas y experimenta una sobrecogedora sensación de vacío y rabia por las frustraciones sufridas en el tratamiento, que intensifica aún más su envidia y crea un círculo vicioso que pone en peligro la continuidad misma del tratamiento.

Otro problema técnico importante deriva de la muy escasa tolerancia a la frustración que tienen estos pacientes. A las manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica se agrega la típica vulnerabilidad narcisista, que los hace propensos a sentirse heridos o rechazados a causa de las más banales frustraciones o falencias por parte del terapeuta. Cuando éste llega a reconocer la vulnerabilidad del paciente a las frustraciones narcisistas y la manera en que reacciona con estallidos de rabia y/o tratando de defenderse mediante un retraimiento en sus interacciones extraterapéuticas, puede señalarle no sólo cómo y por qué se esfuerza por evitar todo compromiso en el trabajo, en las relaciones sociales o en el matrimonio, sino además la manera en que su necesidad de evadir las frustraciones y la rabia que ésta le provocan repercute en la transferencia, en su hipersensibilidad respecto del terapeuta y en el retraimiento narcisista o la rabia con que reacciona frente a aquél. Otra característica de estos pacientes vinculada con las anteriores es su hipersensibilidad a cualquier "fracaso": significa para ellos no poder ser el primero, el único o el preferido en una situación competitiva. La inhibición de sus tendencias competitivas se presta a ser erróneamente interpretada como inhibición de la rivalidad edípica, cuando en realidad es consecuencia de la vulnerabilidad narcisista del sí-mismo grandioso. Con frecuencia es posible hacer que el paciente tome conciencia de que sólo se permite participar en una competencia cuando tiene la seguridad de ser el triunfador, mecanismo que a menudo subyace al fracaso escolar de los adolescentes fronterizos narcisistas.



Otro problema que se manifiesta sobre todo en las relaciones que los hombres narcisistas establecen con las mujeres, es el de los intensos temores paranoides que les provocan los vínculos sexuales, como consecuencia de la proyección inconsciente de su propia hostilidad (hacia primitivas imágenes maternas) en las mujeres con quienes se relacionan. Estos temores dan origen a un permanente aislamiento social y sexual y contribuyen a los estancamientos que se producen en la transferencia. La relación transferencial es segura porque es "asexual", y puede representar la única relación objetal con que cuenta el paciente y que hace innecesarios sus esfuerzos por mejorar su funcionamiento social. Muchas veces es posible disminuir estas reacciones paranoides y modificar la naturaleza de las relaciones sexuales de estos pacientes, sin analizar ni resolver totalmente los conflictos subyacentes: en efecto, las excesivas demandas, la arrogancia, el carácter parasitario y explotador que caracterizan a sus vínculos con las mujeres y sus demás interacciones interpersonales pueden ser cautamente explorados y modificados mediante técnicas reeducativas de apoyo.

El incentivo del terapeuta para que el paciente utilice sus necesidades narcisistas con fines adaptativos y su apoyo a las mejores soluciones que éste encuentra en áreas conflictivas de su vida suelen ser muy eficaces, porque refuerzan la tendencia inconsciente del paciente a incorporar lo que para él son aspectos valiosos del terapeuta. En otras palabras, el paciente "aprende" del terapeuta al tratar de "quitarle" y "hacer suyo" aquello que de otro modo le envidiaría.

En líneas generales, puede producirse una identificación narcisista con una imagen idealizada y envidiada del terapeuta, imagen que se ha hecho más real y moderada gracias a la aceptación parcial de esa idealización por parte del terapeuta y a su interpretación también parcial de la misma, cuando el paciente introyecta aquella imagen ideal en su sí-mismo grandioso, lo cual lleva a una utilización más adaptativa de dicha estructura patológica en su vida cotidiana. Este mecanismo (de proyección y reintroyección modificada de una idealización primitiva vinculada con el sí-mismo grandioso) suele ser beneficioso tanto para los tipos más graves de personalidad narcisista que funcionan en un nivel francamente fronterizo, como para aquellos de mejor funcionamiento que consultan al psiquiatra a causa de una situación traumática inmediata pero que se muestran renuentes o son incapaces de explorar a fondo los problemas subyacentes de su personalidad. En ocasiones, una terapia de apoyo breve en un momento de crisis puede dar muy buenos resultados con las personalidades narcisistas cuyo funcionamiento es generalmente bueno; pero considero que es nuestro deber para con los pacientes determinar en cada caso si el tratamiento psicoanalítico es posible o si existen factores particulares que lo contraindican. He visto pacientes narcisistas que en un principio se negaron a recibir trata-

miento analítico, pero que al volver meses o incluso años más tarde dispuestos a tratarse obtuvieron del psicoanálisis una ayuda considerable para modificar su patología caracterológica que, aunque poco conspicua, puede tener efectos devastadores. En el caso de un paciente de personalidad narcisista y funcionamiento social altamente eficiente, que consulta a causa de una situación de crisis aguda, la mejor táctica terapéutica consiste a veces en ofrecerle una psicoterapia de apoyo breve y sugerir la posibilidad de iniciar tratamiento analítico con posterioridad, como plan terapéutico de largo plazo.

Volviendo al tratamiento de las personalidades narcisistas que funcionan en un franco nivel fronterizo, un último problema técnico que cabe mencionar aquí es el de las intensas exoactuaciones, en especial la rabia narcisista. La exoactuación debe ser controlada, primero mediante la interpretación, y cuando ésta no basta, mediante un suficiente grado de estructuración de la vida del paciente fuera de las sesiones. En este último caso, también el comportamiento agresivo necesita ser mantenido bajo control durante las sesiones y después interpretado, incluyendo en la interpretación la manera en que el paciente percibe las intervenciones del terapeuta. A este respecto cabe reiterar lo dicho antes (véase capítulo VI) acerca de la estrategia general y la técnica para tratar las exoactuaciones incontrolables de los pacientes fronterizos.

En resumen, la psicoterapia psicoanalítica de pacientes de personalidad narcisista con marcados rasgos fronterizos debe incluir elementos expresivos y de apoyo, combinando la estrategia terapéutica general para individuos fronterizos con los enfoques técnicos específicos derivados de los recientes hallazgos acerca de la técnica psicoanalítica óptima para pacientes narcisistas menos regresivos. Aunque respecto de esta psicoterapia no contamos aún con un enfoque tan sistemático como el del procedimiento analítico convencional para pacientes narcisistas, el rápido avance de nuestros conocimientos acerca de las personalidades narcisistas de funcionamiento fronterizo aumentará considerablemente la eficacia del trabajo clínico con todo el espectro de la patología narcisista.

### **Problemas terminológicos e inferencias metapsicológicas del narcisismo**

Tal como lo mencioné antes, considero que el término narcisismo debe quedar reservado para las vicisitudes normales y patológicas de la catectización libidinal del sí-mismo y que, por lo tanto, no es posible analizar el narcisismo como si fuera una pulsión instintiva aislada de las relaciones objetales internalizadas. El problema de la naturaleza última del narcisismo lleva al de la naturaleza última de la libido como instinto y de la normalidad o patología del sí-mismo y sus elementos componentes; a su vez, la naturaleza del sí-mismo está

íntimamente ligada con las estructuras normales o patológicas derivadas de las relaciones objetales internalizadas.

No me he referido aquí a la naturaleza última de la libido como instinto, salvo al afirmar que la autoestima o autoconsideración no es simplemente un reflejo de "catexias instintivas" sino una combinación de elementos afectivos y cognitivos. Esta observación lleva implícita una formulación metapsicológica general referida a la relación entre la libido como instinto y las disposiciones afectivas como manifestaciones fundamentales de las tendencias instintivas dentro del aparato psíquico.

Como este tema fue analizado en detalle en otro trabajo (10), me limitaré a exponer brevemente mis propuestas: 1) los afectos representan disposiciones innatas a una experiencia subjetiva de tipo placer y displacer; 2) los afectos quedan fijados por medio de trazos mnémicos en una primitiva constelación o unidad de "recuerdo afectivo", que incorpora componentes del sí-mismo, componentes objetales y el estado afectivo propiamente dicho, y 3) la diferenciación del afecto tiene lugar en el contexto de la diferenciación de las relaciones objetales internalizadas.

Sugerí que los afectos placenteros y dolorosos son los principales organizadores de las series de relaciones objetales internalizadas "buenas" y "malas", y que constituyen el sistema fundamental de motivaciones o pulsiones que organiza la experiencia intrapsíquica. La libido y la agresión no son elementos ajenos a este proceso, sino que representan la organización general de los sistemas motivacionales en función de la polaridad entre "bueno" y "malo". Los estados afectivos determinan primero la integración de las relaciones objetales internalizadas y los sistemas generales de pulsiones y más tarde señalan la activación de la pulsión y la representan en el contexto de la activación de la correspondiente relación objetal internalizada.

En síntesis, la libido y la agresión se diferencian a partir de la matriz común indiferenciada del yo y del ello. La organización de ambas tiene lugar bajo la influencia del desarrollo de las relaciones objetales internalizadas, que a su vez se integran merced a los efectos organizativos de los afectos.

De mis formulaciones se infiere que las "catexias" son en primer lugar "catexias afectivas", esto es, el elemento cuantitativo o factor económico que interviene en la intensidad de las primitivas disposiciones afectivas que se activan en el contexto de las primitivas unidades de relaciones objetales internalizadas; de hecho, los afectos son los organizadores de esas primitivas unidades. Más tarde van diferenciándose poco a poco y sus aspectos cuantitativos o económicos se vinculan estrechamente con la organización de los sistemas de motivaciones o pulsiones en las series de la "libido" y de la "agresión". Con posterioridad los afectos cumplen la fundamental misión de señalar la calidad predominante de los sistemas de motivaciones

libidinales, agresivos o libidinal-agresivos. Sus elementos cuantitativos o "catexias" reflejan en un principio el impacto intrapsíquico de gratificación o frustración de necesidades fisiológicas, pero con el tiempo pasan a depender cada vez más de la interpretación total que hace el sujeto de la excitación afectiva inmediata, en función de su significado para sí mismo y para el objeto, de valores yoicos, presiones superyoicas, etcétera. Por lo tanto, creo que es conveniente utilizar el término "catexia" para referirse a la función de los afectos como indicadores de los sistemas de motivaciones predominantes. Esto da por sentado que originariamente las catexias eran catexias afectivas "casi" puras, mientras que con el tiempo el afecto tiene más una función señal, al indicar la intensidad cuantitativa del sistema motivacional (más que la intensidad de una motivación aislada de relaciones objetales internalizadas o de funciones cognitivas superiores).

De manera que podría decirse que las "catexias" son en primer término "catexias afectivas" y tienen la esencial función de organizar los "instintos" generales en sistemas motivacionales intrapsíquicos; con el tiempo las "catexias" se transforman en "catexias instintivas o pulsionales", que indican por medio del estado afectivo predominante la intensidad y el tipo del sistema motivacional que prevalece en determinada situación. Los afectos son los elementos de la experiencia psíquica que permanecen más próximos a las fuentes biológicas del funcionamiento psíquico. La intensidad afectiva biológicamente determinada puede ser canalizada hacia sistemas motivacionales intrapsíquicos cada vez más complejos; sin embargo, salvo en circunstancias extremas, no hay una relación mecánica directa entre presiones biológicas y funcionamiento psíquico.

Por lo tanto, la naturaleza última del narcisismo —expresión de la libido dirigida hacia el sí-mismo— como pulsión, o incluso como reflejo del equilibrio entre libido y agresión en la catectización del sí-mismo por parte de ambas, depende del desarrollo de disposiciones afectivas de las series libidinal y agresiva, que es concomitante con el desarrollo de las relaciones objetales internalizadas y su estructuración en el yo, el superyó y el ello. Esta conceptualización se halla en la base del análisis estructural y clínico del narcisismo normal y patológico presentado en las tres primeras secciones del presente capítulo.

En trabajos anteriores (9, 10) apliqué esta conceptualización de las vicisitudes de los instintos, los afectos y las relaciones objetales internalizadas al problema del narcisismo primario y secundario, y resumiré aquí mis puntos de vista al respecto. Como lo sugerí en la primera sección de este capítulo, existe una íntima conexión entre la catectización del sí-mismo y la catectización de los objetos. Los trabajos de Jacobson (7), Mahler (13) y van der Waals (18), así como mis propios estudios anteriores, coinciden con nuestra actual concepción de que las representaciones de sí mismo y de los objetos

surgen de una primera representación indiferenciada sí-mismo—objeto, a partir de la cual la catectización narcisista y la objetal se desarrollan simultáneamente. Por lo tanto, contrariando el tradicional criterio psicoanalítico según el cual existe primero una catectización libidinal narcisista y más tarde una catectización libidinal del objeto, y en contraposición con Kohut (11, 12), que considera que la catectización narcisista y la catectización objetal comienzan juntas y después evolucionan independientemente, y que la agresión en las personalidades narcisistas es en gran parte secundaria a sus lesiones narcisistas, a mi juicio, en el desarrollo del narcisismo normal y patológico interviene siempre la relación del sí-mismo con representaciones objetales y objetos externos, así como conflictos instintivos en los que participan tanto la libido como la agresión. De esto se desprende que el concepto de “narcisismo primario” parece haber perdido su validez ya que, desde el punto de vista metapsicológico, “narcisismo primario” y “catectización objetal primaria” son de hecho coincidentes; la catectización libidinal de una representación primaria indiferenciada sí-mismo—objeto “totalmente buena”, la catectización agresiva de una representación primaria indiferenciada sí-mismo—objeto “totalmente mala”, así como las vicisitudes del desarrollo y las interrelaciones de estas dos estructuras primarias, son anteriores al desarrollo de la catectización libidinal del sí-mismo diferenciado.

Existe otro uso del término narcisismo que poco a poco parece ir perdiendo vigencia. Se trata del concepto de “neurosis narcisistas” que se aplica a las psicosis funcionales, en particular la esquizofrenia y otros síndromes afines. El estudio psicoanalítico de los desórdenes psicóticos en los últimos treinta años ha revelado en estos pacientes la presencia de relaciones objetales internalizadas, primitivas y patológicas que se movilizan en la transferencia. La capacidad de estos pacientes de desarrollar una intensa transferencia psicótica—como opuesta de neurótica— ha hecho que resulte obsoleto el término “neurosis narcisistas”, que significaba que dichos pacientes eran incapaces de establecer una transferencia.

En resumen, si mis formulaciones son válidas, cabría decir que el estudio del narcisismo no puede separarse del estudio de las vicisitudes de la libido y la agresión, y de las relaciones objetales internalizadas. Desde el punto de vista clínico, cuando hablamos de “conflictos narcisistas” nos estamos refiriendo a las relaciones normales y patológicas entre el sí-mismo y las otras estructuras intrapsíquicas y factores ambientales mencionados (en la primera parte de este capítulo) como determinantes de la catectización libidinal (y agresiva) del sí-mismo. A medida que organizamos las diversas manifestaciones del narcisismo normal y patológico en un espectro integrado, podemos ser más específicos acerca del tipo y/o grado de patología narcisista a que nos referimos en cada caso. Del mismo modo, la expresión “resistencias narcisistas” puede adquirir un signi-

ficado más preciso al estar referida a una gama de operaciones defensivas que protegen la autoestima y la integridad del sí-mismo en la transferencia, gama que abarca desde las funciones narcisistas inespecíficas de los rasgos patológicos del carácter en general (todas las defensas caracterológicas tienen como una de sus funciones la de proteger la autoestima), hasta las operaciones defensivas específicas de las personalidades narcisistas en particular.

A medida que progresen nuestros conocimientos teóricos y clínicos acerca del narcisismo, podrán resolverse algunas de las confusiones terminológicas y de las discrepancias entre formulaciones metapsicológicas y observaciones clínicas, gracias a la utilización más precisa, circunscrita y clínicamente significativa del término narcisismo.

## BIBLIOGRAFIA

1. Bibring, Edward: The Mechanism of Depression. En *Affective Disorders*, comp. Greenacre, Phyllis. Nueva York, International Universities Press, 1953. [Hay versión castellana: El mecanismo de la depresión. En P. Greenacre, *Perturbaciones de la afectividad*, Buenos Aires, Hormé, 1959.]
2. Deutsch, Helene: *Psychology of Women*. Volume 1: Girlhood. Nueva York, Grune and Stratton, 1944, págs. 94-98.
3. Erikson, E. H.: The Problem of Ego Identity. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 4, 56-121, 1956.
4. Freud, S.: On narcissism: an introduction (1914). *Standard Edition*, 14, 67-102, Londres, Hogarth Press, 1957. [Hay versión castellana: Introducción al narcisismo. *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967/68.]
5. Hartmann, Heinz: (1950): Comments on the Psychoanalytic Theory of the Ego. En *Essays on Ego Psychology*. Nueva York, International Universities Press, 1964, págs. 113-141.
6. Jacobson, Edith: Contribution to the Metapsychology of Psychotic Identifications. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 2, 239-262, 1954.
7. — *The Self and the Object World*. Nueva York, International Universities Press, 1964.
8. Kernberg, Otto F.: A Psychoanalytic Classification of Character Pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 800-822, 1970.
9. — New Developments in Psychoanalytic Object Relations Theory. Parts I and III: Normal and Pathological Development. Presentado ante la Asociación Psicoanalítica Norteamericana, Washington D.C., 1971. (No publicado).
10. — New Developments in Psychoanalytic Object-Relations Theory. Part II: Instincts, Affects, and Object Relations. Presentado en el Simposio Royden Astley Memorial sobre narcisismo, Pittsburgh, Pennsylvania, septiembre de 1973. (No publicado).
11. Kohut, H.: *The Analysis of the Self*. Nueva York, International Universities Press, 1971.
12. — Thoughts on Narcissism and Narcissistic Rage. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 27, 360-400, 1972.
13. Mahler, Margaret, S.: *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation. Volume I. Infantile Psychosis*. Nueva York, International Universities Press, Inc., 1968.
14. Reich, Wilhelm: *Character Analysis*. Nueva York, Noonday Press, 1949. [Hay versión castellana: *Análisis del carácter*. Buenos Aires, Paidós, 1978, 6a. ed.]
15. Rosenfeld, H.: On the Psychopathology of Narcissism: A Clinical Approach. *Int. J. Psycho-Anal.*, 45, 332-337, 1964.
16. Sandler, J. y Rosenblatt, B.: The Concept of the Representational World. *Psychoanal. Study of the Child*, 17, 128-145, 1962.
17. Schafer, Roy: The Loving and Beloved Superego in Freud's Structural Theory. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 163-188, 1960.
18. Van der Waals, H. G.: Problems of Narcissism. *Bull. Menninger Clin.*, 29, 293-311, 1965.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- Abraham, K., (1919): A particular form of neurotic resistance against the psychoanalytic method. En *Selected Papers on Psycho-Analysis*. Londres, Hogarth Press, 1949, págs. 303-311.
- Adler, G. (1973): Hospital Treatment of Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry*, 130, 32-35.
- Andersen, H. C. (1952): The Nightingale. *Tales of Grimm and Andersen*. Nueva York, Modern Library, págs. 714-721.
- Bellak, L. y Hurvich, M. (1969): A Systematic Study of Ego Functions. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 148, 569-585.
- Benedek, T. (1954): Countertransference in the Training Analyst. *Bull. Menninger Clin.*, 18, 12-16.
- Bergeret, J. (1970): Les Etats Limites. *Revue Française de Psychoanalyse*, 34, 605-633.
- (1972): *Abrégé de Psychologie Pathologique*. Masson & Cie, París.
- Bibring, Edward (1953): The Mechanism of Depression. En *Affective Disorders*, comp. Phyllis Greenacre. Nueva York, Int. Univ. Press, págs. 13-48. [Hay versión castellana: El mecanismo de la depresión. En P. Greenacre, *Perturbaciones de la afectividad*. Buenos Aires, Hormé, 1959.]
- (1954): Psychoanalysis and the Dynamic Psychotherapies. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.* 2, 745-770.
- Bion, W. R. (1957): Differentiation of the Psychotic from the Non-psychotic Personalities. *Int. J. Psycho-Anal.*, 38, 266-275.
- (1967): *Second Thoughts: Selected Papers on Psychoanalysis*. Londres, Heinemann, págs. 86-109. [Hay versión castellana: *Volviendo a pensar*. Buenos Aires, Hormé.]
- Boyer, L. B. (1971): Psychoanalytic Technique in the Treatment of Certain Characterological and Schizophrenic Disorders. *Int. J. Psycho-Anal.*, 52, 67-85.
- y Giovacchini, P. (1967): *Psychoanalytic Treatment of Characterological and Schizophrenic Disorders*, Jason Aronson, Inc., Nueva York.
- Burstein, E., Coyne, L., Kernberg, O. y Voth, H. (1969): The Quantitative Study of the Psychotherapy Research Project. En "Psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project," de O. Kernberg, E. Burnstein, L. Coyne, A. Appelbaum, L. Horowitz y H. Voth. *Bull. Menninger Clinic*, 1972, págs. 1-85.
- Cohen, M. B. (1952): Countertransference and Anxiety. *Psychiatry*. 15, 231-243.
- Collum, J. (1972): Identity Diffusion and the Borderline Maneuver. *Comprehensive Psychiatry*. 13, 179-184.
- Cooperman, M. (1970): Defeating Processes in Psychotherapy. Reported in Transactions of the Topeka Psychoanalytic Society, *Bull. Menninger Clinic*, 34, 36-38.
- Chessick, R. (1971): Use of the Couch in the Psychotherapy of Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 25, 306-313.



- Deutsch, Helene (1942): Some Forms of Emotional Disturbance and Their Relationship to Schizophrenia. *Psychoanal. Quart.*, 11, 301-321.
- (1944): *Psychology of Women. Volume 1: Girlhood*; Nueva York, Grune and Stratton, págs. 94-98.
- Duvocelle, A. (1971): L'Etat Limite ou Borderline Personality Organization. Tesis de doctorado en medicina, Lille.
- Easser, B. R. y Lesser, S. R. (1965): Hysterical Personality: A Re-evaluation. *Psychoanal. Quart.*, 34, 390-405.
- Eissler, K. R. (1953): The Effect of the Structure of the Ego on Psychoanalytic Technique. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 1, 104-143.
- Ekstein, R. y Wallerstein, J. (1956): Observations on the Psychotherapy of Borderline and Psychotic Children. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 11, 303-311. Nueva York, Int. Univ. Press.
- Erikson, E. H. (1956): The Problem of Ego Identity. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 4, 56-121.
- (1959): Growth and Crises of the Healthy Personality. En *Identity and the Life Cycle, Psychological Issues*, Nueva York, Int. Univ. Press, 1, 50-100.
- Fairbairn, W. R. D. (1940): Schizoid factors in the personality. En *An Object-Relations Theory of the Personality*. Nueva York, Basic Books, 1952, págs. 3-27.
- (1944): Endopsychic Structure Considered in Terms of Object-Relationships. En *An Object-Relations Theory of the Personality*. Nueva York, Basic Books, 1952, págs. 82-136.
- (1951): A Synopsis of the Development of the Author's Views Regarding the Structure of the Personality. En *An Object-Relations Theory of the Personality*. Nueva York, Basic Books, 1952, págs. 162-179.
- Fenichel, O. (1945): Typology. En *The Psychoanalytic Theory of Neurosis*. Nueva York, Norton, págs. 525-527. [Hay versión castellana: *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires, Paidós, 1977, 7ª ed.]
- Fliess, R. (1942): The Metapsychology of the Analyst. *Psychoanal. Quart.*, 11, 211-227.
- (1953): Countertransferences and Counteridentification. *J. Am. Psychoanal. Assn.*, 1, 268-284.
- Frank, J. D. y col. (1952): Two Behavior Patterns in Therapeutic Groups and Their Apparent Motivation. *Hum. Rel.*, 5, 289-317.
- (1959): The Dynamics of the Psychotherapeutic Relationship. *Psychiatry*, 22, 17-39.
- Freud, A. (1936): *The Ego and the Mechanisms of Defense*. Nueva York, Int. Univ. Press, 1946, págs. 45-57, 117-131. [Hay versión castellana: *El yo y los mecanismos de defensa*. Buenos Aires, Paidós, 1977, 11ª ed.]
- Freud, S. (1910): The future Prospects of Psycho-Analytic Therapy. *Standard Edition*. Londres, Hogarth Press, 1957, 11, 139-151. [Hay versión castellana: *El porvenir de la terapia psicoanalítica*. *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967/68.]
- (1912): Recommendations for Physicians on the Psycho-Analytic Method of Treatment. *Standard Edition*. Londres, Hogarth Press, 1958, 12, 109-120. [Hay versión castellana: *Consejos al médico en el tratamiento psicoanalítico*. *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967/68.]
- (1914): On Narcissism: An Introduction. *Standard Edition*. Londres, Hogarth Press, 1957, 14, 67-102. [Hay versión castellana: *Introducción al narcisismo*. *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967/68.]
- (1923): The Ego and the Id. *Standard Edition*. Londres, The Hogarth Press, 1961, 19, 13-66. [Hay versión castellana: *El yo y el ello*. *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967/68.]
- (1925): Negation. *Standard Edition*. Londres, Hogarth Press, 1961, 19, 235-239. [Hay versión castellana: *La negación*. *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967/68.]
- (1927): Fetishism. *Standard Edition*. Londres, Hogarth Press, 1961, 21, 149-157.

- [Hay versión castellana: Fetichismo. *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967/68.]
- (1931): Libidinal Types. *Standard Edition*. Londres, Hogarth Press, 1961, 21, 215-220. [Hay versión castellana: Sobre los tipos libidinales. *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967/68.]
- (1937): Analysis Terminable and Interminable. *Standard Edition*. Londres, The Hogarth Press, 1961, 23, 216-253. [Hay versión castellana: Análisis terminable e interminable. *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967/68.]
- (1938): Splitting of the Ego in the Process of Defence. *Standard Edition*. Londres, Hogarth Press, 1964, 23, 275-278. [Hay versión castellana: Escisión del yo en el proceso de defensa. *Obras completas*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1967/68.]
- Fromm-Reichmann, F. (1950): *Principles of Intensive Psychotherapy*. Chicago, University of Chicago Press. [Hay versión castellana: *Principios de psicoterapia intensiva*. Buenos Aires, Hormé.]
- (1952): Some Aspects of Psychoanalytic Psychotherapy with Schizophrenics. En *Psychotherapy with Schizophrenics*, comps. Ed. B. Brody y F. C. Redlich. Nueva York, Int. Univ. Press, págs. 89-111.
- (1958): Basic Problems in Psychotherapy of Schizophrenia. *Psychiatry*, 21, 1-6.
- Frosch, J. (1964): The Psychotic Character: Clinical Psychiatric Consideration. *Psychiatric Quarterly*, 38, 81-96.
- (1970): Psychoanalytic Considerations of the Psychotic Character. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 18, 24-50.
- (1971): Technique in Regard to Some Specific Ego Defects in the Treatment of Borderline Patients. *Psychoanal. Quart.*, 45, 216-220.
- Gary, G. (1972): The Borderline Condition: A Structural-Dynamic Viewpoint. *The Psychoanalytic Review*, 59, 33-54.
- Geleerd, E. R. (1958): Borderline States in Childhood and Adolescence. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 13, 279-295, Nueva York, Int. Univ. Press.
- Gill, M. M. (1951): Ego psychology and psychotherapy. *Psychoanal. Quart.*, 20, 62-71.
- (1954): Psychoanalysis and Exploratory Psychotherapy. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 2, 771-797.
- Giovacchini, P. L. (comp.) (1972): *Tactics and Techniques in Psychoanalytic Therapy*. Jason Aronson, Inc.
- Gitelson, M. (1952): The Emotional Position of the Analyst in the Psycho-analytic Situation. *Int. J. Psychoanal.*, 33, 1-10.
- (1958): On Ego Distortion. *Int. J. Psycho-Anal.*, 39, 245-257.
- Glover, E. (1955): *The Technique of Psycho-Analysis*. Nueva York, Int. Univ. Press.
- (1955): The Analyst's Case-List (2). En *The Technique of Psycho-Analysis*. Londres, Bailliere; Nueva York, Int. Univ. Press, págs. 185-528.
- Greenson, R. R. (1954): The Struggle Against Identification. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 2, 200-217.
- (1958): On Screen Defenses, Screen Hunger, and Screen Identity. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 6, 242-262.
- (1967): *The Technique and Practice of Psychoanalysis*. Nueva York, Int. Univ. Press.
- (1970): The Unique Patient-Therapist Relationship in Borderline Patients. Presentado en la reunión anual de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. (No publicado).
- Grinker, R., Werble, B. y Drye, R. (1968): *The Borderline Syndrome*. Nueva York, Basic Books, Inc.
- Guntrip, H. (1968): *Schizoid Phenomena, Object Relations and the Self*. Nueva York, Int. Univ. Press, págs. 275-309.
- Hartmann, H. (1950): Comments on the Psychoanalytic Theory of the Ego. En *Essays on Ego Psychology*. Nueva York, Int. Univ. Press, 1964, págs. 113-141.
- (1953): Contribution to the metapsychology of schizophrenia. En *Essays on Ego Psychology*. Nueva York, Int. Univ. Press, 1964, págs. 182-206.

- Kris, E. y Loewenstein, R. M. (1946): Comments on the Formation of Psychic Structure. En *The Psychoanalytic Study of the Child*. Nueva York, Int. Univ. Press, 2, 11-38.
- y Loewenstein, R. M.: Notes on the Superego. En *The Psychoanalytic Study of the Child*, Nueva York, Int. Univ. Press, 1962, 17, 42-81.
- Heimann, P. (1950): On Counter-Transference. *Int. J. Psychoanal.*, 31, 81-84.
- (1955): A Combination of Defence Mechanisms in Paranoid States. En *New Directions in Psycho-Analysis*, comps. M. Klein, P. Heimann y R. E. Money-Kyrle. Londres, Tavistock Publications, págs. 240-265. [Hay versión castellana: Una combinación de mecanismos de defensa en estados paranoides. En M. Klein, *Obras completas*, vol. 4, Buenos Aires, Paidós, 1976.]
- (1955): A Contribution to the Re-evaluation of the Oedipus Complex: The Early Stages. En *New Directions in Psycho-Analysis*, comps. M. Klein, P. Heimann y R. E. Money-Kyrle, Nueva York, Basic Books, págs. 23-38. [Hay versión castellana: Una contribución a la reevaluación del complejo de Edipo: las etapas tempranas. En M. Klein, *Obras completas*, vol. 4, Buenos Aires, Paidós, 1976.]
- (1960): Countertransference. *Brit. J. Med. Psychol.*, 33, 9-15.
- Hoch, P. H. y Polatin, P. (1949): Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia. *Psychiat. Quart.*, 23, 248-276.
- Cattell, J. P. (1959): The Diagnosis of Pseudoneurotic Schizophrenia. *Psychiat. Quart.*, 33, 17-43.
- Holzman, P. S. y Ekstein, R. (1959): Repetition-Functions of Transitory Regressive Thinking. *Psychoanal. Quart.*, 28, 228-235.
- Hurvich, M. (1970): On the Concept of Reality Testing. *International Journal of Psychoanalysis*, 51, 299-312.
- Jacobson, E. (1953): Contribution to the Metapsychology of Cyclothymic Depression. En *Affective Disorders*, comp. P. Greenacre. Nueva York, Int. Univ. Press, págs. 49-83. [Hay versión castellana: Contribución a la metapsicología de la depresión ciclotímica. En P. Greenacre, *Perturbaciones de la afectividad*, Buenos Aires, Hormé, 1959.]
- (1954): Contribution to the Metapsychology of Psychotic Identifications. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 2, 239-262.
- (1954): Psychotic Identification. En *Depression*. Nueva York, Int. Univ. Press, 1971, págs. 242-263.
- (1957): Denial and Repression. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 5, 61-92.
- (1964): *The Self and the Object World*. Nueva York, Int. Univ. Press.
- Jones, E. (1913): The God Complex. En *Essays in Applied Psycho-Analysis*, Nueva York, International Universities Press, 1964, 2, 244-265.
- Keniston, K. (1968): *Young Radicals*. Nueva York, Harcourt, Brace and World, Inc.
- (1970): Student Activism, Moral Development and Morality. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 40, 577-592.
- Kernberg, O. (1960): Manejo de la contratransferencia en la escuela analítica de Washington. Presentado en la Sociedad Chilena de Psicoanálisis. (No publicado).
- (1966): Structural Derivatives of Object Relationships. *Int. J. Psycho-Anal.*, 47, 236-253.
- (1970): A Psychoanalytic Classification of Character Pathology. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 18, 800-802.
- (1971): New Developments in Psychoanalytic Object Relations Theory. Parts I and III: Normal and Pathological Development. Presentado en la Asociación Psicoanalítica Norteamericana, Washington, D.C. (no publicado).
- (1972): Early Ego Integration and Object Relations. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 193, 233-247.
- (1973): New Developments in Psychoanalytic Object-Relations Theory. Part II: Instincts, Affects and Object Relations. Presentado en el Simposio Royden Astley Memorial sobre Narcisismo, Pittsburgh, Pennsylvania. (No publicado).
- Burnstein, E.; Coyne, L.; Appelbaum, A.; Horwitz, L. y Voth, H. (1972):

- Psychotherapy and Psychoanalysis: Final Report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Bull. of the Menninger Clinic*, 36, 1-275.
- Kernberg, P. (1971): The Course of the Analysis of a Narcissistic Personality with Hysterical and Compulsive Features. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 19, 451-471.
- Khan, M. M. R. (1960): Clinical Aspects of the Schizoid Personality: Affects and Technique, *Int. J. Psycho-Anal.*, 41, 430-437.
- (1964): Ego Distortion, Cumulative Trauma, and the Role of Reconstruction in the Analytic Situation. *Int. Psycho-Anal.* 45, 272-279.
- (1969): On Symbiotic Omnipotence. En *The Psychoanalytic Forum*. John A. Lindon (comp.) Nueva York, Jason Aronson, Inc.
- Klein, M. (1934): A Contribution to the Psychogenesis of Manic-Depressive States. En *Contributions to Psycho-Analysis 1921-1945*. Londres, Hogarth Press, 1948, págs. 282-310. [Hay versión castellana: Una contribución a la psicogénesis de los estados maniaco-depresivos. *Obras completas*, vol. 2, Buenos Aires, Paidós, 1975.]
- (1940): Mourning and Its Relation to Manic-Depressive States. En *Contributions to Psycho-Analysis 1921-1945*. Londres, Hogarth Press, 1948, págs. 311-338. [Hay versión castellana: El duelo y su relación con los estados maniaco-depresivos. *Op. cit.*]
- (1945): The Oedipus Complex in the Light of Early Anxieties: General Theoretical Summary. En *Contributions to Psycho-Analysis 1921-1945*. Londres, Hogarth Press, 1948, págs. 377-390. [Hay versión castellana: El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas. *Op. cit.*]
- (1946): Notes on Some Schizoid Mechanisms. *Int. J. Psychoanal.* 27, 99-110. [Hay versión castellana: Nota sobre algunos mecanismos esquizoides. *Obras completas*, vol. 3, Buenos Aires, Paidós, 1978.]
- (1952): The Origins of Transference. *Int. J. Psychoanal.*, 33, 433-438. [Hay versión castellana: Los orígenes de la transferencia. *Obras completas*, vol. 6, Buenos Aires, Paidós, 1976.]
- Knight, R. P. (1953): Borderline States. En *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*, comps. R. P. Knight y C. R. Friedman. Nueva York, Int. Univ. Press, 1954, págs. 97-109. [Hay versión castellana: *Psiquiatría psicoanalítica. Psicoterapia y psicología médica*. Buenos Aires, Hormé.]
- (1953): Management and Psychotherapy of the Borderline Schizophrenic Patient. En *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*, comps. R. P. Knight y C. R. Friedman. Nueva York, Int. Univ. Press, 1954, págs. 110-122.
- Kohut, H. (1966): Forms and Transformations of Narcissism. *J. Am. Psychoanal. Ass.* 14, 243-272.
- (1968): The Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. *Psychoanal. Study Child.* 23, 86-113.
- (1971): *The Analysis of the Self*. Nueva York, Int. Univ. Press.
- (1972): Thoughts on Narcissism and Narcissistic Rage. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 27, 360-400.
- Laughlin, H. P. (1956): *The Neuroses in Clinical Practice*, Philadelphia: Saunders. págs. 394-406.
- Lidz, R. W. y Lidz, T. (1952): Therapeutic Considerations Arising From the Intense Symbiotic Needs of Schizophrenic Patients. En *Psychotherapy with Schizophrenics*, comps. E. B. Brody y F. C. Redlich. Nueva York, Int. Univ. Press, págs. 168-178.
- Little, M. (1951): Countertransference and the Patient's Response to It. *Int. J. Psychoanal.*, 32, 32-40.
- (1958): On Delusional Transference (Transference Psychosis) *Int. J. Psycho-Anal.*, 39, 134-138.
- (1960): Countertransference. *Brit. J. Med. Psychol.*, 33, 29-31.
- (1960): On Basic Unity. *Internat. J. Psychoanal.*, 41, 377-384; 637.
- Luborsky, L. (1962): The Patient's Personality and Psychotherapeutic Change. En *Research in Psychotherapy*, vol. II. H. H. Strupp y L. Luborsky, comps. Washington, D.C., Amer. Psycholog. Assn., págs. 115-133.

- MacAlpine, I. (1950): The Development of the Transference. *Psychoanal. Quart.*, Vol. 1, 19, 501-539.
- Mahler, M. S. (1968): *On Human Symbiosis and the Vicissitudes of Individuation, Infantile Psychosis*. Nueva York, Int. Univ. Press.
- (1971): A Study of the Separation-Individuation Process and Its Possible Application to Borderline Phenomena in the Psychoanalytic Situation. *Psychoanalytic Study of the Child*, 26, 403-424. Nueva York/Chicago: Quadrangle Books.
- Main, T. F. (1960): The Ailment. *Brit. J. Med. Psychol.*, 33, 29-31.
- Masterson, J. (1967): *The Psychiatric Dilemma of Adolescence*. Boston, Little, Brown, págs. 119-134. [Hay versión castellana: *El dilema psiquiátrico del adolescente*. Buenos Aires, Paidós, 1972.]
- (1972): *Treatment of the Borderline Adolescent: A Developmental Approach*. Nueva York, Wiley-Interscience. [Hay versión castellana: *Tratamiento del adolescente fronterizo*. Buenos Aires, Paidós, 1975.]
- Menninger, K. A. (1958): *Hope Theory of Psychoanalytic Technique*. Nueva York, Basic Books.
- Mayman, M. y Pruyser, P. (1963): *The Vital Balance*. Nueva York, Viking Press, págs. 213-249.
- Meza, C. (1970): El Colérico (Borderline). Editorial Joaquín Mortiz, México.
- Money-Kyrle, R. E. (1956): Normal Countertransference and Some of its Deviations. *Int. J. Psychoanal.*, 37, 360-366.
- Orr, D. W. (1954): Transference and Countertransference: A Historical Survey. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 2, 621-67.
- Paz, C. (1969): Reflexiones técnicas sobre el Proceso Analítico en los psicóticos fronterizos. *Revista de Psicoanálisis*, 26, 571-630.
- Racker, H. (1953): A Contribution to the Problem of Countertransference. *Int. J. Psychoanal.*, 34, 313-324.
- (1957): The Meanings and Uses of Countertransference. *Psychoanal. Quart.*, 26, 303-357.
- Rangell, I., (1955): Panel Report: The Borderline Case. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 3, 285-298.
- Rapaport, D. (1957): Cognitive Structures. En *Contemporary Approaches to Cognition*. Cambridge, Harvard Univ. Press, págs. 157-200.
- y Gill, M. M. (1959): The Points of View and Assumptions of Metapsychology. *Int. J. Psychoanal.*, 40, 153-162.
- Gill, M. M. y Schafer, R. (1945-1946): *Diagnostic Psychological Testing*, 2 vols. Chicago, Year Book Publishers, 1, 16-28; 2, 24-31, 329-366.
- Reich, A. (1951): On Countertransference. *Int. J. Psychoanal.*, 32, 25-31.
- (1953): Narcissistic Object Choice in Women. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 1, 22-44.
- (1960): Further Remarks on Countertransference. *Int. J. Psychoanal.*, 41, 389-395.
- (1960): Pathological Forms of Self-Esteem Regulation. *The Psychoanalytic Study of the Child*, Nueva York, Int. Univ. Press, 15, 215-232.
- Reich, W. (1949): *Character Analysis*. Nueva York, Noonday Press. [Hay versión castellana: *Análisis del carácter*. Buenos Aires, Paidós, 1978, 6ª ed.]
- Reider, N. (1957): Transference Psychosis. *J. Hillside Hosp.*, 6, 131-149.
- Riviere, J. (1936): A Contribution to the Analysis of the Negative Therapeutic Reaction. *Int. J. Psycho-Anal.* 17, 304-320.
- Robbins, L. L. (1956): Panel Report: The Borderline Case. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 4, 550-562.
- y Wallerstein, R. S. (1959): The Research Strategy and Tactics of the Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation and the Problem of Controls. En *Research in Psychotherapy*, comps. E. A. Rubinstein y M. B. Parloff. Washington, D.C., Amer. Psycholog. Assn., págs. 27-43.
- Robins, L. N. (1966): *Deviant Children Grown Up*. Baltimore, Williams & Wilkins, págs. 287-309.

- Romm, M. (1957): Transient Psychotic Episodes during Psychoanalysis, *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 5, 325-341.
- Rosenfeld, H. (1949): Remarks on the Relation of Male Homosexuality to Paranoia, Paranoid Anxiety and Narcissism. *Int. J. Psychoanal.*, 30, 36-47.
- (1952): Transference-Phenomena and Transference-Analysis in an Acute Catatonic Schizophrenic Patient. *Int. J. Psychoanal.*, 33, 457-464.
- (1955): Notes on the Psychoanalysis of the Super-ego Conflict in an Acute Schizophrenic Patient. En *Psychotherapy of Schizophrenia and Manic-Depressive States*, comps. Azima y Glueck (h.). Washington, Amer. Psychiat. Assoc.
- (1958): Contribution to the Discussion on "Variations in Classical Technique." *Int. Jour. Psychoanal.*, 39, 238-239.
- (1963): Notes on Psychopathology and Psychoanalytic Treatment of Schizophrenia. En *Psychotherapy of Schizophrenia and Manic-Depressive States*, comps. H. Azima y B. C. Glueck (h.). [Psychiatric Research Report #17] Washington, D. C., American Psychiatric Association, págs. 61-72.
- (1964): On the Psychopathology of Narcissism: A Clinical Approach. *Int. J. Psychoanal.*, 45, 332-337.
- (1970): Negative Therapeutic Reaction. Reported in Transactions of the Topeka Psychoanalytic Society, *Bull. of the Menninger Clinic*, 34, 189-192.
- Sachs, H. (1947): Observations of a Training Analyst. *Psychoanal. Quart.*, 16, 157-168.
- Sandler, J. y Rosenblatt, B. (1962): The Concept of the Representational World. *Psychoanal. Study of the Child*, 17, 128-145.
- Savage, C. (1961): Countertransference in the Therapy of Schizophrenics. *Psychiatry*, 24, 53-60.
- Schafer, R. (1960): The loving and beloved superego in Freud's structural theory. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 15, 163-188. Nueva York, International Universities Press.
- Schlesinger, H. (1966): In Defense of Denial. Presentado en la Sociedad Psicoanalítica de Topeka, junio de 1966. (No publicado).
- Schmideberg, M. (1947): The Treatment of Psychopaths and Borderline Patients. *Amer. J. Psychother.*, 1, 45-70.
- Segal, H. (1964): *Introduction to the Work of Melanie Klein*. Nueva York, Basic Books. [Hay versión castellana: *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires, Paidós, 1977, 7ª ed.]
- Sharpe, E. F. (1931): Anxiety, Outbreak and Resolution. En *Collected Papers on Psycho-Analysis*. Londres, Hogarth, 1950, págs. 67-80.
- Spitz, R. A. (1956): Countertransference: Comments on its Varying Role in the Analytic Situation. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 4, 256-265.
- Sterba, R. (1934): The Fate of the Ego in Analytic Therapy. *Int. J. Psycho-Anal.*, 15, 117-126.
- Stern, A. (1938): Psychoanalytic Investigation of and Therapy in the Borderline Group of Neuroses. *Psychoanal. Quart.*, 7, 467-489.
- (1945): Psychoanalytic Therapy in the Borderline Neuroses. *Psychoanal. Quart.*, 14, 190-198.
- Stone, L. (1951): Psychoanalysis and Brief Psychotherapy. *Psychoanal. Quart.*, 20, 215-236.
- (1954): The Widening Scope of Indications for Psychoanalysis. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 2, 567-594.
- Strachey, J. (1934): The Nature of the Therapeutic Action of Psycho-analysis. *Int. J. Psycho-Anal.*, 15, 127-159.
- Sullivan, H. S. (1953): *Conceptions of Modern Psychiatry*. Nueva York, Norton.
- (1953): *The Interpersonal Theory of Psychiatry*. Nueva York, Norton.
- Tartakoff, H. H. (1966): The Normal Personality in Our Culture and the Nobel Prize Complex. En *Psychonalysis—A General Psychology*, comps. R. M. Loewenstein, L. M. Newman, M. Schur y A. J. Solnit. Nueva York, Int. Univ. Press, págs. 222-252.
- Thompson, C. M. (1952): Countertransference. *Samiksa*, 6, 205-211.

- Ticho, E. (1966): Selection of Patients for Psychoanalysis or Psychotherapy. Presentado en la Reunión del XX Aniversario de la Asociación de Graduados de la Escuela Menninger de Psiquiatría, Topeka, Kansas. (No publicado).
- (1972): The Development of Superego Autonomy. *Psychoanal. Rev.* 59, 218-233.
- (1970): Differences Between Psychoanalysis and Psychotherapy. *Bull. Menninger Clin.*, 34, 128-138.
- (1972): The Effects of the Psychoanalyst's Personality on the Treatment. En *Psychoanalytic Forum*, vol. IV, págs. 137-151, comp. J. A. Lindon, Nueva York, Int. Univ. Press.
- Tower, L. E. (1956): Countertransference. *J. Am. Psychoanal. Assoc.*, 4, 224-255.
- Van der Waals, H. G. (1965): Problems of Narcissism. *Bull. Menninger Clin.*, 29, 293-311
- Werble, B. (1970): Second Follow-Up Study of Borderline Patients. *Archives of General Psychiatry*, 23, 3-7.
- Waelder, R. y col. (1958): Ego distortion (Panel Discussion). *Int. J. Psycho-Anal.*, 39, 243-275.
- Wallerstein, R. S. (1967): Reconstruction and Mastery in the Transference Psychosis. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.*, 15, 551-583.
- y Luborsky, L., Robbins, L. L. y Sargent, H. D. (1956): The Psycho-Therapy Research Project of The Menninger Foundation: Rationale, Method and Sample Use: First Report. *Bull. Menninger Clinic*, 20, 221-278.
- y Robbins, L. L. (1956): The Psychotherapy Research Project of the Menninger Foundation (Part IV: Concepts). *Bull. Menninger Clin.*, 20, 239-262.
- Weigert, E. (1952): Contribution to the Problem of Terminating Psychoanalyses. *Psychoanal. Quart.*, 21, 465-480.
- Will, O. A. (1959): Human Relatedness and the Schizophrenic Reaction. *Psychiatry*, 22, 205-223.
- Weisfogel, J., Dickes, R. y Simons, R. (1969): Diagnostic Concepts Concerning Patients Demonstrating Both Psychotic and Neurotic Symptoms. *The Psychiatric Quarterly*, 43, 85-122.
- Winnicott, D. W. (1949): Hate in the Counter-transference. *Int. J. Psychoanal.*, 30, 69-75.
- (1955): The Depressive Position in Normal Emotional Development. *Brit. J. Med. Psychol.*, 28, 89-100.
- (1960): Countertransference. *Brit. J. Med. Psychol.*, 33, 17-21.
- (1963): The Development of the Capacity for Concern. *Bull. Menninger Clin.*, 27, 167-176.
- Wolberg, A. (1973): *The Borderline Patient*. Nueva York, Intercontinental Medical Book Corporation.
- Zetzel, E. R. (1956): Current Concepts of Transference. *Int. J. Psychoanal.*, 37, 369-376.
- (1966): The Analytic Situation. En *Psychoanalysis in the Americas*, comp. Litman. Nueva York, Int. Univ. Press, 1966, págs. 86-106.
- (1971): A Developmental Approach to the Borderline Patient. *American Journal of Psychiatry*, 127, 867-871.
- Zilboorg, G. (1941): Ambulatory Schizophrenias. *Psychiatry*, 4, 149-155.
- (1957): Further Observations on Ambulatory Schizophrenia. *Amer. J. Orthopsychiat.*, 27, 677-682.

## PROCEDENCIA DE LOS CAPITULOS QUE COMPONEN ESTE VOLUMEN

*Capítulo I.* Del *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. XV, Nº 3 (julio de 1967); presentado en la reunión de otoño de la *American Psychoanalytic Association*, Nueva York, diciembre de 1966; basado en el trabajo del Proyecto de Investigación Psicoterapéutica de la Fundación Menninger, de Topeka, Kansas. La investigación fue patrocinada por el Instituto Nacional de Salud Mental mediante el subsidio MH8308 para Investigación de la Salud Pública, y anteriormente por fondos de la Fundación de Investigación Psiquiátrica y por la Fundación Ford.

*Capítulo II.* Del *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. XIII, Nº 1 (enero de 1965); presentado en la reunión de otoño de la *American Psychoanalytic Association*, Nueva York, diciembre de 1963. Fundación Menninger, Topeka, Kansas.

*Capítulo III.* Del *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. XLIX, 4ª parte, 1968; basado en el trabajo del Proyecto de Investigación Psicoterapéutica de la Fundación Menninger; presentado en la LIV Reunión Anual de la *American Psychoanalytic Association*, Detroit, mayo de 1967. Por subsidios del proyecto, véase referencia al capítulo I.

*Capítulo IV.* Del *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. XIX, Nº 4 (octubre de 1971); presentado en la LVII Reunión Anual de la *American Psychoanalytic Association*, San Francisco, mayo de 1970. Por subsidios del proyecto, véase referencia al capítulo I.

*Capítulo V.* Publicado aquí por primera vez.

*Capítulo VI.* Aparece también en *Parameters in Psychoanalytic Psychotherapy* (Parámetros de la psicoterapia psicoanalítica), G. D. Goldman y D. S. Millman, comps., Springfield, Illinois, Charles C. Thomas (en prensa).



*Capítulo VII.* Presentado en el Simposio sobre vivencia de vacío de la XIII Conferencia del Consejo de Psicoterapeutas Psicoanalíticos, Nueva York, marzo de 1974.

*Capítulo VIII.* Del *Journal of the American Psychoanalytic Association*, vol. XVIII, Nº 1 (enero de 1970); basado en el trabajo del Proyecto de Investigación Psicoterapéutica de la Fundación Menninger; presentado en la LV Reunión Anual de la *American Psychoanalytic Association*, Boston, mayo de 1968. Por subsidios del proyecto, véase referencia al capítulo I.

*Capítulo IX.* Del *The International Journal of Psycho-Analysis*, vol. LV, 2ª parte, 1974; presentado en versión abreviada en el XXVIII Congreso Internacional de Psicoanálisis, París, julio de 1973.

*Capítulo X.* Publicado aquí por primera vez.

También publicado por Paidós

## **EL NARCISISMO**

*La enfermedad de nuestro tiempo*

**ALEXANDER LOWEN**

¿Es usted narcisista? O bien: ¿conoce a alguien que lo sea? Si es así, sabrá que, en contra de lo que afirma la creencia popular, los narcisistas no se aman a sí mismos, y mucho menos a los demás. En realidad se trata de personas que no pueden aceptar su verdadera personalidad y en su lugar construyen una máscara permanente que esconde su carencia de sensibilidad emocional, su incapacidad para sentir. De hecho, a los narcisistas les preocupa más su apariencia que sus sentimientos. Actúan con frialdad, son seductores y manipuladores, y luchan por conseguir el poder y el control. Pero, en el fondo, al carecer de un sólido concepto de sí mismos, la vida les parece vacía y falta de significado, por lo cual viven en un estado perpetuo de desolación.

En este libro revolucionario, el doctor Lowen se sirve de su amplia experiencia analítica para demostrar a estas personas —así como a todos los que estén interesados por el tema— que no sólo es posible recuperar los sentimientos, sino también recobrar la integridad del yo. El doctor Alexander Lowen, antiguo alumno de Wilhelm Reich, es director del Instituto Internacional de Análisis Bioenergético de Nueva York. Dirige también seminarios en el Instituto Esalen y es autor de *Love and Orgasm*, *The Betrayal of the Body*, *The Language of the Body*, *Fear of Life*, *La espiritualidad del cuerpo* y *La experiencia del placer*, los dos últimos también publicados por Paidós.

También publicado por Paidós

## **LA TEORÍA DE LAS RELACIONES OBJETALES Y EL PSICOANÁLISIS CLÍNICO**

**OTTO F. KERNBERG**

Protagonista importantísimo de las más modernas tendencias del pensamiento psicoanalítico que encuentran su inspiración en las aportaciones innovadoras de Fairbairn y Winnicott, el autor desarrolla en esta obra su perspectiva de un modelo estructural de la mente centrado en la internalización de las relaciones objetales. Partiendo de un análisis sistemático de algunos aspectos controvertidos y aún no resueltos de la metapsicología psicoanalítica, procura en primer lugar definir ciertos términos desde un punto de vista funcional, para posibilitar así una adecuada conceptualización del material clínico. Llega de tal manera a elaborar una base teórica que se concilia con los datos clínicos y constituye una formulación especial de la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales en función de la psicología del yo. Desde este punto de vista propone una clasificación general de la patología caracterológica y describe su abordaje terapéutico de las organizaciones de personalidad narcisista y de tipo fronterizo, y la aplicación de la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales a las relaciones amorosas normales y patológicas, así como también al estudio de los procesos y a los criterios de conducción de grupos, en especial en lo que atañe a los tratamientos llevados a cabo en hospitales psiquiátricos. Otto F. Kernberg, de vasta y muy destacada trayectoria profesional y docente, es director médico del Centro Médico Cornell del Hospital de Nueva York. Es también autor de *Relaciones amorosas*, *La agresión en las perversiones y los desórdenes de la personalidad* y *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*, igualmente publicados por Paidós.

También publicado por Paidós

**LA AGRESIÓN EN LAS PERVERSIONES  
Y EN LOS DESÓRDENES DE LA PERSONALIDAD**

**OTTO F. KERNBERG**

En esta importante obra, Otto F. Kernberg, uno de los más destacados psicoanalistas del mundo, explora el papel de la agresión en los trastornos severos de la personalidad y en la sexualidad normal y perversa, integrando nuevos desarrollos de la teoría psicoanalítica con hallazgos provenientes del trabajo clínico con pacientes en regresión severa. El libro también incluye los estudios recientes del doctor Kernberg sobre los rasgos descriptivos, estructurales y psicodinámicos de los problemas clínicos originados en la agresión patológica con las vicisitudes de su tratamiento psicoanalítico. Finalmente, el doctor Kernberg demuestra la importancia del diagnóstico diferencial para el tratamiento eficaz de inspiración psicoanalítica de estos trastornos, proporcionando una rica variedad de ilustraciones clínicas.

Otto F. Kernberg es analista didacta y supervisor en el Centro de Entrenamiento e Investigación Psicoanalíticas de la Universidad de Columbia, Profesor de Psiquiatría en el Medical College de la Universidad de Cornell y Presidente asociado y director médico del New York Hospital-Cornell Medical Center, Westchester Division.

**L**a forma de psicopatología que constituye el tema de esta obra ha sido estudiada en las últimas décadas por diversos autores, bajo denominaciones tan diversas como "estados fronterizos", "estructura preesquizofrénica de la personalidad", "carácter psicótico", "esquizofrenia ambulatoria", "esquizofrenia pseudoneurótica" y "personalidades 'como si'", entre otras.

Otto Kernberg brinda un acabado análisis de los desórdenes fronterizos –de su psicopatología, diagnóstico, pronóstico y tratamiento– a la luz de la actual psicología del yo y de la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales.

El autor, una de las figuras más sobresalientes del psicoanálisis actual, expone asimismo su tesis de que las personalidades narcisistas constituyen un subgrupo de los pacientes fronterizos, si bien se diferencian de éstos por su comportamiento social relativamente satisfactorio, un control más eficaz sobre sus impulsos y su capacidad para operar de manera activa y coherente en determinadas áreas. La dilucidación de estas y otras particularidades clínicas de las personalidades narcisistas llevó al autor a una concepción original respecto de su diagnóstico y tratamiento, tema que desarrolla en la segunda parte de la obra.

[www.paidos.com](http://www.paidos.com)

**Paidós**  
Psicología  
Profunda

**102**

ISBN 84-493-1051-2



9 788449 310515

