

CLÍNICA PSICOANALÍTICA

TEXTO BÁSICO INTEGRADO

Mario González Velásquez

Clínica psicoanalítica

Texto básico integrado



EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que han realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar "pirata" o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura. Para mayor información comuníquese con nosotros:



www.manualmoderno.com

Editorial El Manual Moderno, S. A. de C. V.
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100
México, D. F.

Editorial El Manual Moderno (Colombia), Ltda.
Carrera 12-A No. 79-03
Bogotá, D.C.

Clínica psicoanalítica

Texto básico integrado

Mario González Velásquez

2013



Manual Moderno[®]
Editorial El Manual Moderno (Colombia) Ltda.

Clínica psicoanalítica. Texto básico integrado

D.R. © 2013 por Editorial El Manual Moderno (Colombia) Ltda.

ISBN: 978-958-9446-71-3

Editorial El Manual Moderno (Colombia) Ltda.
Carrera 12A No. 79 - 03/05
Bogotá D.C., Colombia
Miembro de la Cámara Colombiana del Libro

info.colombia@manualmoderno.com
www.manualmoderno.com

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopador, registrador, etcétera— sin el permiso previo y por escrito de la Editorial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or any means —electronic, mechanical, reprographic, recording or otherwise— without previous and writing permission from the Publisher.



Manual Moderno®
Editorial El Manual Moderno (Colombia) Ltda.

es marca registrada de la
Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

Catalogación en la publicación – Biblioteca Nacional de Colombia

González Velásquez, Mario
Clínica psicoanalítica. Texto básico integrado / Mario González
Velásquez.-- Bogotá : Manual Moderno, 2013
184 p.

Incluye bibliografía e índices temático y de autores
ISBN 978-958-9446-71-3

1. Psicopatología 2. Psicoanálisis I. Título

CDD: 150.195 ed. 23

CO-BoBN- a833956

Editor asociado: Álvaro Javier Botero Cadavid
Diseño de portada: D.G. Víctor Hugo González Anteale
Maquetación: Editorial Kimpres Ltda.

*Los ideales que no cambian la vida
corrompen el alma.*

Gonzalo Arango (1931-1976),
Adiós al Nadaísmo (1973)

Contenido

Acerca del autor.....	IX
Prólogo.....	XI
Prefacio.....	XV
Capítulo 1	
Creación y descubrimiento.....	1
Capítulo 2	
Consolidación e innovación.....	9
Capítulo 3	
Validación y desarrollo.....	29
Capítulo 4	
Psicopatología.....	39
1. Generalidades.....	39
2. Modalidades.....	43
A. Estructura neurótica.....	43
B. Estructura narcisista.....	51
C. Estructura fronteriza.....	59
D. Estructura psicótica.....	66
Capítulo 5	
Nosología.....	75
1. Neurosis.....	75
1.1 Neurosis de angustia.....	75
1.2 Neurosis histérica.....	76
1.3 Neurosis fóbica.....	79
1.4 Neurosis obsesiva.....	81
1.5 Neurosis depresiva.....	83
1.6 Hipocondría.....	83

2. Trastornos narcisistas	85
2.1 Trastorno narcisista de la personalidad	85
2.2 Trastorno narcisista de la conducta	86
2.3 Otros síntomas relacionados con el trastorno narcisista	86
3. Trastornos fronterizos	87
3.1 Síntomas relacionados con las defensas	87
3.2 Trastornos de personalidad	88
3.3 Síntomas relacionados con el funcionamiento inestable	88
4. Psicosis	89
4.1 Paranoia (desórdenes delusionales)	89
4.2 Esquizofrenia	89
4.3 Psicosis maniaco-depresiva (desórdenes afectivos)	90
4.4 Los trastornos esquizoafectivos	90

Capítulo 6

Tratamiento	91
1. Contexto	91
2. Perspectiva histórica	92
3. Procedimiento	93
4. Elementos terapéuticos	96
5. Instrumentos técnicos	99
6. Encuadre	100
7. Técnica	102
7. 1 Generalidades	102
7. 2 Modalidades	103
A. En las Estructuras neuróticas	103
B. En las Estructuras narcisistas	111
C. En las Estructuras fronterizas	116
D. En las Estructuras psicóticas	121

Capítulo 7

Premisas para la investigación clínica	131
---	-----

Capítulo 8

Dinámica organizacional	139
1. Contexto fundacional	139
2. De la escisión a la integración	140
3. La repetición de la historia	143
4. Restitución y reconstrucción	144
5. Nuevas perspectivas	145

Referencias bibliográficas	147
---	-----

Bibliografía complementaria	159
--	-----

Acercas del autor

Mario González Velásquez es médico psiquiatra, formado en psicoanálisis en el Instituto de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis y en el de la Asociación Psicoanalítica Colombiana. Fue uno de los fundadores de esta última entidad, en cuyo ámbito ha desplegado su función como analista didacta. Ha sido docente de seminarios, supervisor de casos, director de estudios y miembro del comité de enseñanza. Además, miembro de la comisión directiva, fundador y director de la revista *Psicoanálisis*, integrante del comité editorial y del comité científico. En varias oportunidades fue elegido presidente de la Asociación, posición que le permitió liderar importantes procesos institucionales a nivel local e internacional. En la actualidad ejerce privadamente la profesión de psicoanalista en la ciudad de Bogotá, y dedica buena parte de su tiempo a la investigación sobre diversos tópicos de la práctica analítica.

Entre sus obras publicadas se cuenta *La cohesión del Self* (1993), *Prácticas psiquiátricas institucionales* (1983) y *Psicoanálisis del trauma: fundamentos teóricos, clínicos y terapéuticos* (2003), además de múltiples contribuciones a revistas científicas internacionales. *Clínica psicoanalítica. Texto básico integrado* (2013) es su tercer libro sobre psicoanálisis; en él ofrece una visión original de la disciplina clínica, básica e integrada, como la concibe en el presente después de una larga y amplia experiencia en los campos terapéutico y docente.

Prólogo

El doctor Mario González Velásquez, reconocido y apreciado psicoanalista colombiano, nos enriquece con su tercer libro sobre teoría, clínica y terapéutica psicoanalítica, denominado *Clínica psicoanalítica: texto básico integrado*. El primero, *La cohesión del Self: meta terapéutica de un nuevo enfoque en psicoanálisis* fue editado en 1993; el segundo, *Psicoanálisis del trauma, fundamentos teóricos, clínicos y terapéuticos*, vio la luz en 2003.

La madurez conceptual del autor, fruto, de una parte, de un profundo estudio de las teorías psicoanalíticas, de su evolución histórica, filosófica y científica, y de otra, de la sabiduría que ha construido con su vasta experiencia clínica, con su cálida y ética forma de abordar a los pacientes, con su lucidez y fortaleza emocional para tolerar, comprender y superar los embates de la investigación y de la organización institucional del Psicoanálisis, nos ofrece ahora este erudito texto de clínica psicoanalítica integrada. En efecto, en un lenguaje claro y ameno, el autor describe la aplicación de características comunes del psicoanálisis y agrega, dinámicamente, nuevas formas de comprensión, importantes para el ejercicio de la práctica psicoanalítica.

El texto que el lector tiene en sus manos le permitirá viajar conceptualmente por los orígenes, consolidación, congruencias e incongruencias, y el desarrollo de algunas teorías psicoanalíticas; guiado por las claras premisas didácticas del autor, podrá comprender, tanto la sintomatología como el tratamiento clínico en estructuras psíquicas psicoanalíticas; además podrá dialogar con el autor para compartir, disentir o ampliar los interesantes temas de investigación psicoanalítica que él propone; y finalmente, conocerá el desarrollo institucional de la Asociación Psicoanalítica Colombiana, desde la interesante perspectiva psicoanalítica del autor.

En el primer capítulo, nos describe el origen de las teorías psicoanalíticas, a partir de los descubrimientos de Freud. En síntesis:

Los tres pilares básicos de la teoría freudiana continúan vigentes y son determinantes en la formación del Psicoanalista: el supuesto de que existen procesos anímicos

inconscientes; la teoría de la resistencia y la represión; y el descubrimiento de la sexualidad infantil y del Complejo de Edipo (Freud, 1923).

En el segundo, describe, académica y esquemáticamente, las teorías de algunos autores que se destacaron por sus originales aportes. Este interesante capítulo clarifica conceptualmente, la evolución teórica del Psicoanálisis. En el tercero, nos presenta, con la honestidad intelectual que lo caracteriza, las dificultades que el Psicoanálisis ha tenido como cuerpo de conocimiento autogenerado, sin continuidad preestablecida, para ser reconocido como ciencia. En una bien documentada síntesis, el autor presenta los cuestionamientos provenientes de la Filosofía y las Ciencias Naturales. Interrelaciona, dinámica y novedosamente, hipótesis expresadas por filósofos como T. Kuhn, J. Habermas, P. Ricoeur, K. Popper y A. Grünbaum, así como conceptos expuestos por notables epidemiólogos, epistemólogos, neurocientíficos e interesantes hipótesis de psicoanalistas investigadores de este siglo (Psicología del *Self*, modelos relacional, interpersonal, bipersonal, desarrollista, constructivista e intersubjetivista).

Plantea que esta disciplina, como un híbrido entre las Ciencias Naturales y las Ciencias Sociales y Humanísticas, no posee en su *corpus* leyes globales que predigan y expliquen, a la vez, pero sí acude a esquemas de funcionamiento que proporcionan explicaciones para la clínica y apelan a argumentos generales cuando se hacen predicciones. Por último, enfatiza:

Toda ciencia es para aplicarse. Esto puede consistir en una explicación teórica eficaz y convincente, en una predicción exacta, o en un beneficio para las personas afectadas por un padecimiento. Pero, siempre y en gran medida, tendrá una aplicación y no se podrán valorar las teorías, ni los instrumentos, sin disponer de estudios sobre el uso para el que se destina. Sobre dicha aplicación, pone el énfasis la presente obra, sin por eso renunciar al ideal de una ciencia moderna que incluya el conocimiento teórico, técnico, ontológico, fenomenológico, objetivo y sistemático, a sabiendas de que el Saber cambia y evoluciona con el tiempo y la cultura.

En el cuarto y quinto capítulos, el Dr. González, recurriendo a su amplio y profundo conocimiento psicoanalítico, nos invita a comprender la Psicopatología psicoanalítica dentro del concepto integral de “estructura”. Considera que, en Psicoanálisis, la estructura es: “Una formación mental con una dinámica que incluye todos los elementos del psiquismo y un funcionamiento que encierra carencias y conflictos específicos. La más primitiva de ellas sería la psicótica y la más evolucionada, la neurótica”. En otras palabras:

La estructuración psicológica alcanzada en los primeros años de la vida condiciona la manera de vivir y de enfermar. Pero, los cuadros clínicos reconocidos no pueden considerarse como estructuras rígidas inmodificables, sino que mantienen entre sí la posibilidad de una combinación ilimitada. Sólo que, por razones prácticas, distinguimos sus características principales. Hay un fenómeno, sin embargo, que a todos compete: la angustia.

En síntesis:

Los síntomas, objeto de la consulta al Psicoanalista, generalmente, pueden referirse a una de las siguientes estructuras: Neurosis, Trastorno narcisista, Trastorno fronterizo o Psicosis. Las perversiones (parafilias), las adicciones (juego, toxicomanías), los estados depresivos y las enfermedades psicosomáticas, aún cuando son entidades diferentes, lo más probable es que puedan ubicarse dentro de las cuatro grandes categorías durante el curso del análisis. También, es posible que un síntoma inicial, al cual se le hubiera dado exagerada importancia, resulte fugaz y poco persistente.

El lector Psicoanalista, Psicólogo, Psiquiatra, candidato, estudiante o estudioso del Psicoanálisis, se deleitará con la forma erudita como el Dr. González nos presenta las características genéticas, clínicas, nosológicas y terapéuticas de cada una de las estructuras clínicas por él propuestas.

El Dr. González, experto en Psicoanálisis del *Self*, nos presenta, en forma descriptiva, su experiencia y versatilidad como profesional clínico. Integra, en su comprensión psicoanalítica, varios modelos teóricos, que enriquecen los conocimientos del lector, tanto para el diagnóstico como para el abordaje terapéutico.

Aun cuando recurre a diferentes modelos teóricos y terapéuticos para ampliar la comprensión del inicio, proceso y terminación del análisis, no se pierde el hilo conductor y nos hace valiosas advertencias sobre las dificultades con las que se puede tropezar el clínico, no para desilusionarlo, sino para explicar por qué ocurren, cómo se manejan y cuáles son las inevitables limitaciones. De esta amplia experiencia clínica el autor extrae algunas premisas para la investigación psicoanalítica.

Finalmente, el Dr. González hace un interesante ejercicio, podríamos decir, de psicoanálisis aplicado a una Institución Psicoanalítica, para comprender el proceso de fundación, escisión, integración, restitución, reconstrucción, y desarrollo de nuevas perspectivas de la Asociación Psicoanalítica Colombiana.

El admirable libro que he tenido el privilegio de prologar, por la amable deferencia del Dr. González, es una obra escrita con sabiduría intelectual y clínica, pero sobretodo, escrita con afecto, elemento fundamental, no sólo para el mantenimiento de un proceso terapéutico, que va más allá de su terminación, sino también para la culminación de una espléndida obra como esta, que estoy segura disfrutará tanto los especialistas como los estudiosos del Psicoanálisis.

Luz Stella Núñez Sánchez¹

1 Luz Stella Núñez S., es Médico, Psiquiatra y Psicoanalista, Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica Colombiana, y actualmente es su Directora de Divulgación.

Prefacio

El conocimiento psicoanalítico, que, a partir del genial descubrimiento de Sigmund Freud, se expande y acumula desde hace más de cien años, es de varios tipos. El práctico, que sustenta al Psicoanálisis como disciplina clínica, es más comprensible y fácil de aceptar. En cuanto al general, de carácter más teórico, acerca de cómo funciona la naturaleza psicológica del Ser humano es, hasta cierto punto, más dudoso y cuestionable, a pesar de que existen proposiciones aceptadas por todos los Psicoanalistas¹.

Este libro se ocupará del Psicoanálisis como conocimiento práctico, es decir, como disciplina clínica. El término disciplina resulta muy cómodo, porque designa, por igual, tres elementos que forman parte de él: Arte, facultad y ciencia. En el trabajo clínico no es necesario dilucidar, a cada paso, en cuál de estos elementos se mueve el profesional; tampoco se requiere de un modelo mental único o de una teoría psíquica específica; en cambio, es indispensable, y de suma responsabilidad, mantenerse siempre en el campo de los hechos.

Aun cuando los hechos clínicos no pueden observarse en forma científica, sino dentro de un marco o *setting* bien definido, tanto la estrategia para enfrentar la psicopatología inherente, como la táctica para abordar el material proporcionado por el analizando², pueden variar significativamente de un analista a otro. Si, a lo anterior, se agrega el estilo particular de cada terapeuta, para ofrecer la interpretación, es fácil comprender que puede aparecer, ante el lector, una amplia gama de posibilidades, frente a la evaluación de la evidencia.

En las reuniones en donde se presenta material clínico, en los Simposios, Congresos y donde quiera que se promuevan discusiones entre analistas, pueden aparecer especulaciones al lado de datos objetivos, tal como ocurre en cualquier actividad científica. Pero, si bien, entre especialistas de experiencia, una especulación puede tolerarse sin alarma -porque, de una parte, cada experto tendrá criterio para aceptar lo más con-

1 Los términos Psicoanálisis y análisis, Psicoanalista y analista, serán utilizados indistintamente a lo largo de la obra, siguiendo la costumbre establecida. (Nota del autor)

2 Analizando (en inglés, *analizand*), implica el proceso en desarrollo. Analizado (en francés, *analysè*), es quien ya recibió el tratamiento analítico. (N. A.)

veniente y, de otra, una elucubración sin fundamento no es tan dañina y hasta puede convertirse, con el tiempo, en verdad comprobada-, un analista en formación no tiene bases sólidas para evaluar los argumentos y puede verse inmerso en una confusión perturbadora entre hipótesis y hechos. Pensando en función de los profesionales que comienzan su práctica, este texto tratará de evitar, al máximo, la especulación, aunque esta sea plausible en los niveles más avanzados, para evitar el mensaje de que comprendemos más de lo que nos es posible, en el estado actual de nuestros conocimientos.

A pesar de que el Psicoanálisis ha alcanzado un alto grado de desarrollo científico, como disciplina clínica mantiene una serie de incongruencias. Las diferentes teorías, líneas de pensamiento o corrientes epistemológicas, han introducido confusiones y antagonismos, que perturban el conocimiento general de la práctica terapéutica. Frente a esta situación, la exposición, sin reservas, de la experiencia personal del analista sigue siendo una de las mejores contribuciones al esclarecimiento conceptual, técnico y metodológico. Mi amplia trayectoria incluye un buen número de casos tratados psicoanalíticamente, circunstancia que me facilita asumir posiciones claras ante las disyuntivas clínicas, sin caer en la estéril polémica o en el intento fallido de lograr una aceptación general. Sin embargo, dadas las estrictas exigencias actuales sobre el secreto profesional, me abstengo de ofrecer ejemplos ilustrativos, sin desconocer el valor de las viñetas clínicas, así estas no escapen totalmente a la simplicidad. En compensación, acudo a la experiencia del lector, en la seguridad de que en el ámbito donde esta publicación tiene cabida existirá una abundante casuística. De todas maneras, algunas de las deducciones, conclusiones o afirmaciones requerirán correcciones en el futuro.

Es necesario anticipar, que la orientación clínica, en esta obra, se dirige al espectro de pacientes ubicable en una de las siguientes Estructuras psicopatológicas: Neurótica, Narcisista, Fronteriza o Psicótica. La meta terapéutica, en consecuencia, no se centra en el tratamiento de los síntomas o de los cuadros nosológicos, sino en el análisis de las Estructuras subyacentes. Y la visión pedagógica no se enfoca a la dilucidación del pluralismo teórico, sino a la consolidación de un conocimiento básico que le permita al analista iniciado utilizar el método de observación, para decidir, en la práctica, el procedimiento terapéutico más conveniente. Con esta obra espero clarificar, al menos parcialmente, algunas de las incongruencias e inconsistencias propias de la enseñanza del Psicoanálisis, las cuales han sido detectadas, de tiempo atrás, por autores de reconocida trayectoria (Kernberg, 1986; Garza-Guerrero, 2006). Me vincula emocionalmente a este propósito, el hecho de que, en un pasado ya distante, la última etapa de mi formación se vio interrumpida por la escisión del primer grupo psicoanalítico que se instituyó en Colombia. El paso de los años me ha permitido confirmar que, tanto aquella división como las que se han presentado en otras asociaciones de Psicoanalistas, tuvieron origen en discrepancias sobre los criterios educacionales, sin desconocer la existencia de otros factores, incluidos los personales.

Aun cuando este libro no pretende ser un tratado sobre la materia, sí aspira a servir como texto auxiliar para el aprendizaje de la teoría que se estudia en los seminarios y de la técnica que se monitorea en la Supervisión. Desde luego, supone conocimientos previos y lecturas adicionales, así como la experiencia analítica personal. El Psicoanálisis, a diferencia de otras ciencias, necesita ser vivenciado para poder definirse como

disciplina clínica. La sola elaboración intelectual, conceptual o representacional no es suficiente. Se requiere la vivencia, o sea, lo que real y verdaderamente se siente, para poder captar la esencia de lo psíquico. De otro modo, el libro sólo transmitiría un esquema y no la dimensión global del saber psicoanalítico.

Es de advertir, que todo conocimiento clínico es relativo y transitorio, y que la verdad, más que un descubrimiento, es en buena parte una creación humana. Toda verdad debe someterse al cuestionamiento crítico y abordarse como una hipótesis, sujeta a confirmación o refutación. Pero, la crítica, que promueve el conocimiento, solo puede efectuarse cuando existe libertad para pensar. Sin libertad no hay progreso, intelectual, social o psicoanalítico (Romanowski, 2010).

Con respecto a la Bibliografía se indican las principales fuentes, pero en varias ocasiones se recurre a conceptos que pertenecen al conocimiento general del Psicoanálisis, sin que sea posible, en todos los casos, mencionar su origen.

Creación y descubrimiento

No es posible comprender, a cabalidad, el desarrollo de la práctica analítica sin estudiar sus fundamentos. Tampoco lo es hacer un resumen de la obra freudiana, sin caer en la superficialidad. Ante semejante encrucijada, no queda otro camino que intentar una breve síntesis, a manera de recordatorio, de los hechos más importantes ocurridos durante el proceso que siguió Freud para encontrar las causas de ciertos fenómenos, como el síntoma histérico, el acto fallido, el lapsus y los sueños, los cuales no habían tenido explicación previa satisfactoria.

Sigmund Freud (1856-1939), a partir de sus propios sueños, y de los relatados por sus pacientes, de los síntomas mentales y de los actos fallidos, encontró un lugar en el psiquismo que operaba como área no informativa y cuyo funcionamiento era igual en el hombre sano y en el neurótico: El Inconsciente. Dicho lugar psíquico, separado de la consciencia, se establecía como consecuencia de la represión. Allí se depositaban los pensamientos sexuales, los cuales podían volverse conscientes de nuevo, bajo hipnosis.

La rememoración de lo olvidado, o sea, de lo reprimido, se acompañaba de una descarga emocional, o abreacción, mediante la cual el paciente se liberaba de los recuerdos traumáticos, generados por sucesos ante los que no había podido reaccionar adecuadamente. Así, se desarrolló el método catártico, utilizado por Breuer y Freud entre 1880 y 1895, abandonado, progresivamente, por las dificultades que algunos casos presentaban, a causa de resistencias insalvables y de Transferencias negativas.

La represión, ese mecanismo dirigido a olvidar lo penoso, vergonzoso o doloroso, fue el centro del interés de Freud, a partir del cual comenzó a explicar la psicopatología y a concebir el aparato psíquico. Como él mismo lo expresó en 1914, en Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico, la Teoría de la represión es la piedra fundamental sobre la que descansa toda la estructura del Psicoanálisis.

El aparato psíquico fue concebido según los diferentes lugares en donde se sitúan los fenómenos (tópica), según los conflictos entre las instancias (dinámica) y según la energía inherente (económica). Posteriormente, se habló de dos tópicas freudianas: La primera, basada en la distinción entre consciente, preconsciente e inconsciente; y la segunda, en la diferenciación entre el Ello, el Yo y el Superyó.

A la primera, pertenece la concepción del Inconsciente como lugar donde se almacenan los pensamientos reprimidos. Pero, como en ese nivel Freud no podía distinguir los pensamientos inconscientes activamente olvidados de los conocimientos que el sujeto puede traer al presente mediante un esfuerzo de la memoria, tuvo que suponer la existencia del Preconsciente, lugar en donde está presente la actividad mental de manera implícita, sin ser objeto de una toma de consciencia.

En el Inconsciente, los procesos psíquicos son gobernados por leyes propias, distintas a las que rigen la experiencia consciente. En su ámbito, pensamientos y sentimientos que permanecen unidos se dividen y desplazan fuera de su contexto original. Así, dos ideas dispares pueden condensarse en una sola, los pensamientos pueden ser dramatizados, formando imágenes, en lugar de expresarse como conceptos abstractos, y ciertos objetos pueden ser simbolizados por imágenes de otros.

El Preconsciente se asimiló, posteriormente, al Yo del aparato psíquico. El consciente está ligado a la percepción y se encuentra situado en la periferia del aparato, entre el mundo exterior y los dos sistemas mnésicos (preconsciente e inconsciente).

La Censura, concepto unido estrechamente a la represión, tiene como función impedir el acceso a la consciencia de los deseos depositados en el inconsciente. Funciona plenamente en el estado de vigilia, situada como un celador, entre el inconsciente y el preconsciente, y se debilita durante el dormir, permitiendo que aparezcan los sueños, con sus contenidos simbólicos, previamente condensados.

Con esta primera tópica, Freud pudo explicar la psicopatología de la vida cotidiana, los sueños y algunos síntomas ligados a los traumas infantiles. La concepción dinámica y la idea del conflicto están ligadas a la segunda. La vida emocional se altera como resultado de un conflicto en el interior del psiquismo, es decir, entre los diferentes sistemas del aparato psíquico: Ello, Yo y Superyó.

El concepto de Energía se deriva de las necesidades biológicas, que se manifiestan en deseos e impulsos. Estos últimos, los impulsos³, fueron clasificados como libidinales y agresivos. Su energía psíquica, colocada en una representación mental, se conoce como catexis, investidura o inversión⁴, y está regida por el principio de constancia, por medio del cual, el aparato psíquico tiende a mantener la cantidad de excitación en el nivel más bajo posible. La representación mental es la expresión psíquica de la Pulsión.

Freud y Breuer observaron, que algunos acontecimientos aparentemente baladíes cobraban importancia inusitada en las asociaciones de sus pacientes, mientras que otros, importantes, eran tratados con indiferencia. Freud dedujo una separación entre la representación y la cantidad de afecto con la cual se hallaba investida. En este sentido, la cura era concebida como el restablecimiento de la conexión olvidada entre el

3 Impulsos ha sido la traducción más aceptada de *drives* (inglés) y *Trieb* (alemán). (N. A.)

4 Catexis, investidura o inversión, proviene de *catechein* (griego = κατεχειν) y fue traducida como *Besetzung* (alemán). (N. A.)

recuerdo, la representación del suceso traumático y el afecto que la había acompañado. Como consecuencia, Freud describió dos estadios de la energía psíquica: La energía libre, en el inconsciente, y la ligada, en el Sistema preconscious-consciente.

La energía libre puede desplazarse de una representación a otra, o puede asociarse con la de varias representaciones y condensarse en una sola. El desplazamiento y la condensación son los mecanismos que explican el sueño, el lapsus y el síntoma. La ligada, en el sistema preconscious-consciente, permanece estable, en unión con las representaciones. En algunas actividades, como la atención y el pensamiento, se requiere mayor energía, tanto para traer a la consciencia procesos inconscientes como para seleccionar ideas.

En relación con los procesos de pensamiento, surgió una nueva hipótesis, en la conceptualización de Freud, la cual incluyó todo el funcionamiento del aparato psíquico. Hay un proceso primario, característico del inconsciente, y otro, secundario, propio del Sistema preconscious-consciente. El primario contiene una energía libre que se desplaza y condensa, y tiende a reinvertir las huellas mnésicas y las representaciones reprimidas. Este hecho explica la alucinación, tanto en el sueño como en el delirio. Tiene su origen en el desarrollo mismo, desde que el hambre del bebé crea un estado de tensión insoportable, que solamente cede con la saciedad por el amamantamiento materno. La satisfacción experimentada está ligada al objeto que la provoca, el seno. Cuando, nuevamente, el hambre provoca un estado de tensión, antes de que el niño pueda saciarse, las huellas mnésicas dejadas por el objeto se reactivan y reinvierten, produciéndose la alucinación, un fenómeno perceptivo, cercano a la primera experiencia. A partir de esta vivencia, comienza la diferenciación progresiva entre el objeto real y el imaginario.

En el proceso secundario, con energía ligada e inversión estable en las representaciones, la satisfacción puede aplazarse, lo cual permite el funcionamiento del Sistema preconscious-consciente. El juicio, la atención, el razonamiento y el control de la acción son, por tanto, posibles.

De esta manera, Freud llegó a plantear, en 1911, dos principios que rigen el funcionamiento del aparato psíquico: El Principio del placer y el Principio de realidad. Con anterioridad, en 1905, ya había anunciado la primera hipótesis pulsional: Pulsiones sexuales y pulsiones de autoconservación.

El estudio de la Pulsión sexual fue básico para su enfoque del psiquismo humano. Inicialmente, la concibió como una excitación interna que invadía al sujeto, y contra la cual no existía posibilidad de escape; además, era la fuente energética del pensamiento y del psiquismo, en general. Estudiando las perversiones, encontró el camino que lo condujo al descubrimiento de la sexualidad infantil. Antes de él, la sexualidad humana era considerada como el instinto de la especie que conduce a la unión de la pareja en el coito. El descubrimiento freudiano permitió identificar, en el niño, un placer especial, independiente de la satisfacción de la necesidad. Es así como, el niño de pecho busca el placer ligado a la excitación de la zona oral, más allá de la necesidad de comer.

Aun cuando existen las funciones de autoconservación separadas del placer erótico complementario, durante el desarrollo, las pulsiones sexuales entrarán en conflicto con las pulsiones del Yo, o pulsiones de autoconservación.

Toda Pulsión es activa y perentoria, es decir, tiende fatalmente a su satisfacción, porque está regida por un impulso constante, cuya fuente es biológica. Su finalidad es la satisfacción, y el objeto para lograrla puede ser variable. El hecho de que sólo se requiere un aspecto del objeto, relacionado con su capacidad para inducir la satisfacción, hace que este pueda ser parcial, en el caso de la necesidad sexual (seno, heces, Falo, voz, mirada).

El impulso, la fuente, el fin y el objeto pueden diferenciarse mejor a través de las etapas de la sexualidad infantil: Oral, anal, fálica y genital.

La fase oral corresponde a la etapa del desarrollo psicosexual, en la cual la evolución del niño se organiza alrededor de la boca, entendida como zona erógena, cuya fuente pulsional conduce al fin placentero de la succión, y a la necesidad de incorporar el seno.

La fase anal es la segunda organización evolutiva alrededor de otra zona erótica, cuya fuente pulsional conduce al placer de retener o expulsar la materia fecal, independientemente de la necesidad excretora. El objeto son las heces, o bolo fecal, que, al separarse del cuerpo del niño, provoca la excitación del orificio anal. Concomitante con esta fase se desarrolla el dominio de la musculatura, lo cual da origen a las primeras experiencias relacionadas con el placer de la propiedad, dominio o poder. A raíz del control esfinteriano exigido por la madre, maduran rasgos de carácter como el orden, la meticulosidad y la terquedad, además de otros que se alternan como sumisión y rebeldía.

Las fases fálica y genital coinciden en la misma zona erótica, pero el Falo y la castración determinan una respuesta diferente en el niño y en la niña, hasta el punto de que esta circunstancia condiciona las características psicológicas de cada sexo. El niño sobrevalora el pene al descubrirlo no sólo como fuente de satisfacción, sino también como símbolo de valoración. La niña, en cambio, ante su ausencia crea la ficción de que algún día este crecerá. Cuando el chico deduce, por la observación, que en ninguna niña crece el pene, crea una nueva ficción, la de que sólo él y su madre están provistos de él. Esta negación de la diferencia sexual se derrumba definitivamente ante nuevas evidencias que le confirman su ausencia en la mujer, con lo cual ella pierde la omnipotencia que le había adjudicado. La ausencia de pene en las chicas se interpreta por el niño como la realización de un temido castigo, consecutivo a los deseos incestuosos hacia la madre. A este temor se suma el odio al padre, a quien considera un peligroso rival. La Angustia de castración produce la represión de los sentimientos edípicos, que conlleva la renuncia a poseer a la madre, la aceptación de las normas paternas y la asunción de la identidad masculina.

Como complemento del complejo de Edipo⁵ positivo, Freud describió el complejo negativo, fase en la cual el niño desea a su padre y siente que su madre es la rival. A estos deseos también ha de renunciar, urgido por la necesidad de superar la actitud femenina ante el padre; de lo contrario, quedará abierto el camino hacia la homosexualidad.

5 Complejo de Edipo: Nombre dado por Freud al entrelazamiento de los instintos, metas, relaciones objetales y temores, presentes universalmente en la fase fálica (3 a 6 años). (N. A.)

En la niña la fase fálica se inicia con una sobrevaloración del clítoris, zona en donde se localiza la fuente de satisfacción. Igual que en el caso del varón, le da valor fálico al clítoris, pero la visión del pene la lleva a establecer la diferencia y a desarrollar la envidia por este órgano. En ese momento, la niña hace la interpretación de que ha sido castrada. Al mismo tiempo, se da cuenta de que su madre, a quien creía poseedora de un pene, también está castrada. Al tener esta convicción, la menosprecia, y convierte al padre en su nuevo objeto amoroso.

Mientras que, en el niño, la castración da comienzo a la represión del complejo de Edipo, en la niña, el deseo erótico por el padre se estimula a consecuencia de la castración. Esta diferencia evolutiva explica las características disímiles de la sexualidad masculina y femenina. La apertura de la niña al deseo del padre provoca un cambio en la zona erógena. El clítoris, antes valorado, cederá su lugar a la vagina, para provocar, durante la adolescencia, el deseo de disfrutar el pene durante el coito y, consecutivamente, cambiar la envidia del pene por el deseo de tener un hijo. En la niña no se logrará jamás la renuncia definitiva a los sentimientos edípicos.

La declinación del complejo de Edipo se hace más evidente alrededor de los seis años. Las pulsiones sexuales se apagan y sobreviene la etapa de latencia, que durará hasta la adolescencia. Aunque no es total, lo cual permite la aparición de algunas formas de masturbación, con su constelación de fantasías pulsionales parciales. Estas, sin embargo, son expresiones mínimas y la mayor parte de la energía pulsional se canaliza hacia las actividades sociales, el juego y la vida escolar.

La pubertad es, en realidad, una etapa crítica que se produce por el intenso despertar de las pulsiones. El conflicto edípico reaparece con nuevos determinantes, entre estos la crisis identificatoria y los cambios corporales que acentúan las diferencias sexuales. Ante las angustias y sentimientos de extrañeza propios de la crisis identificatoria, el adolescente podrá rehacer, de alguna forma, su propia identidad, de acuerdo con el desarrollo previo y los destinos trazados por su estructura interna.

Una vez descubierta la sexualidad infantil y sus vicisitudes, Freud tenía que aplicar este valioso hallazgo a la Psicología humana, tanto en lo relativo al desarrollo infantil como al funcionamiento adulto, normal o patológico.

Las pulsiones sexuales se concibieron inicialmente sobre la base de las funciones de autoconservación. Para explicar el conflicto, Freud colocó unas como antagonistas de las otras y, por esta razón, se habló del primer dualismo pulsional. Concomitantemente se estableció otro, entre el Principio de placer (Pp) y el de realidad (Pr). Las pulsiones sexuales se rigen por el de placer y buscan la descarga inmediata de la tensión desagradable. Las funciones de autoconservación, o pulsiones del Yo, como también se les denominó, están ligadas al objeto real y, en consecuencia, pasan fácilmente del Pp al Pr.

Antes de la segunda tóptica, fundada en 1920, Freud consideraba el placer como una consecuencia de la reducción de excitación, y el displacer como el resultado de la acumulación de excitaciones. Después, estimó que el Principio de realidad funciona como regulador del de placer.

Cuando rige el Pr, la satisfacción se difiere, es decir se realiza mediante una transformación de energía libre en energía ligada. Dicha transformación es posible gracias

a la capacidad del psiquismo para operar, lo cual asegura el desarrollo a nivel preconsciente de la atención, el juicio y el raciocinio. Este hecho permitió a Freud sentar el principio de que las pulsiones tienden a satisfacerse de forma inmediata, por las vías más cortas, siguiendo un modelo económico.

Desarrolló, también, los conceptos de Identidad de percepción y de Identidad de pensamiento, así como el de Pulsión parcial. El individuo, en estado de deseo, busca de nuevo el objeto que alguna vez lo satisfizo, a partir de la imagen o representación que conserva, pero, a causa de su impaciencia, puede descargar la tensión cuando aparece el recuerdo, dotándolo de características pseudo-alucinatorias; a esto corresponde la Identidad de percepción: Es el caso de la masturbación. Si, por el contrario, soporta la tensión interna y tolera que la búsqueda se prolongue por medio de pensamientos ligados al reencuentro del objeto deseado en la realidad, se está en presencia de la Identidad de pensamiento. Es el caso del sujeto que sigue un proceso para conseguir pareja sexual. La Pulsión parcial es la que se encuentra en la sexualidad pregenital; ejemplo, el caso del chupeteo en la etapa oral, antes de que se integre al beso en la relación genital.

Mediante el primer dualismo pulsional, entre pulsiones sexuales y pulsiones del Yo, Freud pudo explicarse el funcionamiento del aparato psíquico y la configuración de las Neurosis. Pero, en el caso de las Psicosis, basándose en los estudios de Karl Abraham sobre el tema, su comprensión fue diferente. En el caso de la Esquizofrenia (demencia precoz), el enfermo reflejaba, o transfería hacia sí mismo, toda la Libido que había dirigido hacia el mundo exterior. Esta Libido, volcada sobre el propio Yo, fue el preámbulo de la concepción del Narcisismo.

En 1910, Freud estableció un estado intermedio entre el autoerotismo de pulsiones parciales y el amor de objeto, que denominó Narcisismo, consistente en tomarse a sí mismo, o el propio cuerpo, como objeto de amor. Este concepto, inspirado en el mito de Narciso, derivó, en 1914, en un nuevo dualismo: Libido del Yo y Libido del objeto, o narcisista y objetal.

La necesidad de comprender la compulsión a la repetición, el masoquismo primario, el odio y la reacción terapéutica negativa, condujo al último dualismo pulsional, que opone la Pulsión de vida a la de muerte. La de muerte tiende a llevar al organismo vivo a un estado inorgánico anterior a la vida. Las sexuales en este esquema, quedaron reagrupadas en las pulsiones de vida, incluidas las funciones de autoconservación del Yo.

La noción del Yo, presente desde el principio, sufrió modificaciones progresivas hasta desembocar en el concepto de Yo opuesto al Ello y al Superyó, constituyéndose, en este momento, la segunda tópica.

Con esta, Freud da cuenta de las defensas inconscientes, incompatibles con la idea previa de Yo, que se confundía con el sistema preconsciente-consciente o era totalmente consciente. En esta segunda tópica, conocida también como modelo dinámico o estructural, el Yo no sería solamente un mediador entre el Ello y el Superyó, sino el agente de la represión y de los mecanismos de defensa. De esta forma es, en parte, inconsciente.

El Ello estaría compuesto por las Pulsiones de vida y de muerte, de las cuales emanan las fuerzas desconocidas, no domesticables, de nuestra personalidad. Es, en esencia, el polo pulsional del aparato psíquico, único en su origen, a partir del cual se

desarrolla el Yo y el Superyó, mediante un proceso de diferenciación. Es caótico, sin organización propia, permite la contradicción y está regido por el proceso primario característico del inconsciente.

El Superyó es definido como el heredero del complejo de Edipo, cuyo rol principal sería el de juez respecto al Yo, tal como los padres habían representado la conciencia moral o Censura, para el niño. Es, entonces, una interiorización de las prohibiciones parentales. El niño, al renunciar a los deseos edípicos, abandona la necesidad de investir pulsionalmente a sus padres, se identifica con ellos e interioriza sus prohibiciones.

La identificación es un proceso fundamental para la estructuración de la personalidad. Es observable a la edad de cinco años, cuando el niño copia los hábitos de su padre, quiere ser igual a él y realizar las mismas actividades. Ella le permite renunciar a los deseos sexuales por la madre y al odio hacia el padre. Abre, también, el camino para la conformación del ideal del Yo.

El ideal del Yo se desarrolla a partir de la identificación, con los padres como modelo, a diferencia del Superyó, que se constituye por la interiorización de las exigencias y prohibiciones parentales. Su función se comprendió mejor en el ámbito de la conceptualización sobre Psicología de las masas. El fenómeno de la sumisión ante el líder puede explicarse por la identificación del Yo individual con el ideal del Yo colocado en aquél. Igual sucede en el fenómeno amoroso, donde el objeto se ha identificado, en extremo, con el ideal del Yo. La naturaleza de la hipnosis obedece al mismo mecanismo. La distinción entre Yo ideal e ideal del Yo, no fue objeto de preocupación para Freud. Algunos de sus discípulos se ocuparon después de aclarar esta diferencia.

En relación al fenómeno de la Angustia, crucial para la comprensión de la psicopatología, se presentó también una evolución teórica importante: Inicialmente, la Angustia fue considerada como el resultado de una tensión libidinal que no tuvo la oportunidad de descargarse. En *Inhibición, Síntoma y Angustia* (1926), fue considerada como una señal de alarma, destinada a informar al Yo sobre el riesgo de que se repitiera, en el presente, una situación que representó un peligro. A diferencia del miedo, en el cual existe la presencia de un peligro real, en la Angustia es la percepción de un peligro interno la que desencadena la reacción, sin causa externa aparente. Se debe, fundamentalmente, a la exigencia pulsional del Ello, en conflicto con una prohibición del Superyó. Lo que, en un principio, era conflicto entre las necesidades pulsionales del niño y las de los padres, se convierte, por interiorización, en conflicto entre las instancias del propio psiquismo.

El conflicto produce Angustia, y esta conduce a la Represión. Aun cuando, al principio, Freud creía que la Angustia era el resultado de la represión de las pulsiones sexuales y, más en el fondo, de una dificultad para lograr la satisfacción, con el tiempo, concluyó que es la represión la que se moviliza para aliviar la Angustia del sujeto. La represión tendrá un destino diferente, según se trate de una histeria o de una Neurosis obsesiva o fóbica, así en todos los casos se hable de la Angustia de castración, como base de la patología. Pero, en esencia, la represión es un mecanismo universal para disminuir las consecuencias del conflicto entre la Pulsión y las exigencias morales. No es una operación definitiva, en el sentido de que lo reprimido pueda olvidarse para siempre. En realidad, lo que se sumerge en el inconsciente tiende necesariamente a

retornar. Sin el retorno de lo reprimido no reaparecería la Angustia ni existirían los sueños, el chiste, la risa, o el lapsus. Si el retorno de lo reprimido no es suficiente para expresar la necesidad inconsciente, el sujeto acudirá invariablemente al Síntoma.

El Síntoma fue concebido por Freud como una solución de compromiso, entre el deseo inconsciente que pugna por expresarse y una prohibición que se opone a la toma de consciencia de dicho deseo. Satisface las exigencias pulsionales (Ello) y las exigencias morales (Superyó), lo cual explica su capacidad de permanencia y resistencia en el tiempo. Como es el resultado de un compromiso entre dos instancias intrapsíquicas, termina por representar al sujeto. Y como no tiene otra manera de expresar el conflicto, que amenaza con escindirlo, se aferra a su síntoma y lo defiende. Así, el síntoma resulta en mucho más que en un simple sufrimiento.

El Psicoanálisis, al permitir la expresión verbal del conflicto, propicia la cura del síntoma. Si bien la represión es la esencia de la Neurosis, también estructura el psiquismo. En una primera etapa, tanto la representación psíquica como la Pulsión, en conjunto y por fijación, se inscribirán como fundantes del inconsciente. En una segunda, o represión propiamente dicha, el inconsciente incipiente atraerá las representaciones inadmisibles a la consciencia. Y, en la tercera, lo reprimido retornará y el conflicto dominará la vida psíquica.

Hasta aquí la síntesis que prometimos sobre la creación del Psicoanálisis y el descubrimiento del inconsciente, lo cual no significa que las geniales concepciones de Freud estén ausentes en los temas que se tratarán a lo largo de la obra. Los tres pilares básicos de la teoría freudiana continúan vigentes y son determinantes en la formación del Psicoanalista: el supuesto de que existen procesos anímicos inconscientes; la teoría de la resistencia y la represión; y el descubrimiento de la sexualidad infantil y del Complejo de Edipo (Freud, 1923).

Consolidación e innovación

Karl Abraham, Herman Nunberg, Robert Wäelder y Otto Fenichel compartieron, desde el principio, el pensamiento de Freud, confirmando la mayoría de sus descubrimientos y defendiendo el Psicoanálisis de las desviaciones iniciales propuestas por Alfred Adler y Carl G. Jung. Algunos disintieron en tópicos teóricos puntuales, como Fenichel, quien no aceptó el Instinto de muerte, pero, en general consolidaron el legado freudiano.

Ernest Jones y James Strachey también se propusieron preservar la obra de Freud (Steiner, 1987). En cambio, Theodor Reik expresó su preocupación por los alcances negativos que pudiera tener la ortodoxia psicoanalítica (Nagel, 1961). Otto Rank y Sandor Ferenczi propugnaron por modificaciones que sólo vinieron a tener relevancia en la obra posterior de otros autores. (Dupont, 1988).

En la clasificación de Bergmann (1997), los ya mencionados se consideran ampliadores del paradigma. Los modificadores son Melanie Klein, Heinz Hartmann y Heinz Kohut. Sin embargo, la lista de quienes, en alguna forma, innovaron la teoría y la técnica psicoanalítica es más amplia. Sin establecer un orden específico, ofrecemos una síntesis de las obras que se han destacado por alguna concepción diferente y original, de repercusión para los marcos paradigmáticos y modelos que conforman la obra científica del Psicoanálisis. Algunos de sus autores se apartaron, o fueron excluidos, del llamado 'movimiento psicoanalítico', pero sus ideas contribuyeron al desarrollo teórico, o sus propuestas tuvieron un reconocimiento ulterior o una aplicación en la práctica.

La difícil tarea de resumir, sin deformar, se limitará, en esta oportunidad, a los aspectos teóricos. A los aspectos técnicos, se hará referencia, en la medida de lo necesario, en otro lugar del libro. La nómina de los Psicoanalistas escogidos, con la concepción que los identifica entre paréntesis, es la siguiente:

- Anna Freud (Los mecanismos de defensa)
 - Melanie Klein (La fantasía inconsciente)
 - Karen Horney (Culturalismo y ansiedad interpersonal)
 - W. Ronald D. Fairbairn (Relación objetal)
 - Sandor Rado (Psicodinámica adaptativa)
 - Heinz Hartmann (Psicología del Yo)
 - Michael Balint (La Falta básica)
 - Donald Winnicott (*Holding* y objeto transicional)
 - Wilhelm Reich (Psicoanálisis del carácter)
 - Wilfred R. Bion (Contenido-contenido)
 - Margaret Mahler (Modelo del desarrollo)
 - Jacques Lacan (El sujeto y el Otro)
 - Erik H. Erikson (Epigénesis)
 - Heinz Kohut (Psicoanálisis del *Self*)
 - Otto Kernberg (Psicoanálisis expresivo)
-
- Anna Freud (1895-1982), hija y analizanda de Sigmund Freud, resumió en sus trabajos los principios fundamentales del análisis clásico⁶. El descubrimiento del inconsciente, la sexualidad infantil y la creación de la técnica analítica (Transferencia, regla de la Libre asociación de ideas, Abstinencia por parte del analista, e Interpretación, como principal recurso terapéutico). Estos postulados han persistido hasta nuestros días y conservan su vigencia, tanto en el campo de la teoría como en el de la práctica psicoanalítica (Couch, 1995). Contribuyó también a la consolidación de los conceptos que Freud había planteado después de su trabajo de 1923, “El Yo y el Ello”. Destacó, específicamente, los cambios que se habían producido al poner el énfasis en las fuerzas inconscientes del Yo y del Superyó, frente a la importancia que antes se había dado a los deseos y a los temores pulsionales reprimidos. En su libro *El Yo y los mecanismos de defensa* (1936) dio gran importancia a la organización yóica en la solución del conflicto y describió las defensas que se utilizan contra la Angustia, las cuales, a su vez, configuran los síntomas neuróticos.

La mayoría de los trabajos de Anna Freud se encuentran en *The Writing of Anna Freud*, compendio de siete volúmenes de sus libros y artículos. Su interés, más práctico que teórico, se centró en el análisis de niños y adolescentes. Destacó la diferenciación con el análisis de adultos, como consecuencia de que los padres constituyen una parte importante de la vida del niño, parte que el terapeuta no puede usurpar. Además, las habilidades simbólicas del niño no están tan desarrolladas como en los adultos, de modo que sus conflictos se expresan primordialmente de manera conductual y emocional. De ahí que sus problemas tienen que reconceptualizarse, en términos de

6 Se entiende por análisis clásico la teoría desarrollada por Freud y acogida por sus discípulos y por los seguidores que lo acompañaron hasta su muerte. La designación de análisis ortodoxo corresponde al desarrollo posterior a Freud, realizado sobre la base de sus hallazgos clínicos y teorías metapsicológicas. (N. A.)

comportamientos que siguen una línea de desarrollo (alimentación, higiene, juegos y relaciones con otros niños).

- Melanie Klein (1880-1960) introdujo la técnica del juego en el Psicoanálisis de niños y describió la Transferencia que tenía lugar en dicho procedimiento. En el libro *El Psicoanálisis de niños* (1932) formuló sus enfoques sobre la clínica y la Metapsicología, corroborados después en sus artículos y en su obra póstuma *Relato del Psicoanálisis de un niño* (1961). A partir de la sesión analítica, describió el mundo de la fantasía inconsciente, las relaciones tempranas de objeto y las ansiedades que vinculan al analizando con su analista; exploró los conflictos inconscientes infantiles prescindiendo de medidas reeducativas; y consideró que la Neurosis de transferencia de los niños es análoga a la de los adultos.

Para Melanie Klein la Angustia está presente desde el comienzo de la vida y es la emoción que promueve el desarrollo psíquico. En buena medida, se origina por la agresividad, la cual, a su vez, es expresión de la Pulsión de muerte. Los conflictos mentales se producen entre los sentimientos de amor y odio (Eros y Tánatos), no entre la Pulsión y la defensa. Las fuerzas que impulsan el desarrollo provienen de las pulsiones agresivas y libidinales, se organizan en posiciones (Esquizoparanoide y Depresiva) y no en etapas progresivas (oral, anal, fálica y genital). El concepto de la Envidia es básico para entender la psicopatología, lo mismo que el concepto de Identificación proyectiva.

Aun cuando Melanie Klein enfatizó la base constitucional, biológica, de todos los procesos mentales, las explicaciones fueron de orden psicológico. La fantasía inconsciente provee de significación emocional al desarrollo mental. El mundo interno, o realidad psíquica, está constituido por numerosos objetos. El sujeto lucha entre la tendencia a despreciar los objetos y la necesidad de cuidar de ellos, entre la disociación y la integración, y entre la negación del dolor psíquico y su tolerancia.

Los impulsos agresivos pregenitales se dirigen al cuerpo de la madre y buscan allí sus contenidos (bebés, heces o penes). Existe una mezcla de impulsos (orales, anales, genitales), que se organiza en un complejo de Edipo temprano. El Superyó arcaico es sádico y cruel, como resultado de los impulsos agresivos incluidos en este; no se forma al final del complejo, sino al comienzo; es el resultado de la introyección de dos objetos contradictorios (objeto parcial idealizado y objeto parcial persecutorio); es el núcleo del ideal del Yo y da origen a la posición depresiva. El complejo de Edipo se constituye con objetos parciales, en las fases pregenitales, alrededor del primer año de vida. La vida psíquica se organiza dentro del cuerpo de la madre y la relación madre-bebé se caracteriza por fantasías orales agresivas (morder el pecho, rasgar y robar sus contenidos) y fantasías anales (ensuciar y dañar). Luego en la fase triádica, tienen lugar las fantasías de coito (deseos de incorporar el pene paterno que se encuentra dentro del cuerpo de la madre), con intercambios orales y excretorios.

Con estos desarrollos se inauguró la Psicología del Ello. En cuanto a las posiciones, estructuras que organizan la vida mental, cada una tiene sus características.

La Posición Esquizoparanoide está constituida por ansiedad persecutoria, relación de objeto parcial (pecho bueno y pecho malo), mecanismos omnipotentes (disociación, identificación proyectiva, introyección y negación). La Depresiva está constituida por ansiedad depresiva (culpa por el daño causado al objeto), relación con un objeto total (madre integrada en sus aspectos buenos y malos), mecanismos de reparación (preocupación y atención al objeto interno y externo).

Meltzer (1967), Racher (1960) y Etchegoyen (1986) contribuyeron con sus aportes a la conformación de un cuerpo de conocimientos postkleinianos y a su aplicación a la técnica analítica.

- Karen Horney (1885-1952), insatisfecha con los resultados terapéuticos del análisis, y convencida de que las Neurosis cambian según época y condiciones socio-culturales, propuso una teoría de la personalidad y otra de la terapia.

El Yo debe enfocarse en tres niveles: el actual, o suma total de las experiencias; el real, constituido por la fuerza central interna o principio común a todos, pero único en cada individuo; y el idealizado que es una manifestación neurótica.

Ante la ansiedad básica, generada por el desamparo que el niño experimenta frente a las actuaciones hostiles de los padres, se desarrollan actitudes de sumisión, agresividad o rebeldía. Si una de estas tendencias (impulsos neuróticos) predomina, las demás son reprimidas, pero siguen actuando dinámicamente. Para aliviar la ansiedad y resolver el conflicto entre tendencias neuróticas, tanto el niño como el adulto tienen que instituir medidas protectoras adicionales, que forman la base del desarrollo neurótico autoperpetuado. Estas medidas consisten en defensas o soluciones caracterológicas, más importantes que los mecanismos de defensa descritos por Freud. Al lado de Erich Fromm y Harry Stack Sullivan, Karen Horney encabezó la corriente psicoanalítica de orientación cultural y la teoría de la ansiedad interpersonal.

Tomando como referencia las investigaciones de antropólogos como Margaret Mead, Ruth Benedict, Abraham Kardiner, Ralph Linton y otros, Horney sostiene que el concepto de Neurosis es incomprendible si no se lo relaciona con el concepto de cultura; ha de estudiarse de acuerdo con el patrón de personalidad imperante, y, dado que la cultura es cambiante, no es posible fundamentar una Psicología única, válida para toda la humanidad, ni es lícito esperar que un hallazgo psicológico revele una tendencia universal inherente a la Naturaleza Humana. En su libro, *La personalidad neurótica de nuestro tiempo* (1937) señaló, además, las discrepancias entre capacidades y realizaciones observables en la personalidad neurótica, y puso de relieve la envidia masculina, no detectada por Freud, hacia aspectos femeninos como el embarazo y la maternidad. En *Neurosis y el desarrollo humano* (1950), Horney explicó la formación de los síntomas, la técnica analítica, el papel del analista y las limitaciones del tratamiento.

- W. Ronald D. Fairbairn (1889-1964) introdujo cambios sustanciales en la teoría psicoanalítica. La relación objetal es primaria y da origen, al ser internalizada, a las

Estructuras endopsíquicas. La Libido y la agresión son subsidiarias, hasta el punto de que son los objetos internos los que ejercen las diferentes funciones, algunas amorosas y otras destructivas.

En Estudio psicoanalítico de la personalidad (1952) quedaron recogidos los aportes más importantes de la obra de Fairbairn. El medio ambiente es el que tiene la mayor influencia en la formación de la Estructura endopsíquica. La agresión es el resultado de la frustración generada por el ambiente externo. En la infancia se define la suerte del sujeto, según las gratificaciones y frustraciones que haya tenido. Las madres, con sus características reales, juegan un papel importante en la estructuración de la personalidad.

La concepción de Fairbairn sobre la represión fue diferente de la de Freud. Para aquél, actúa sobre unidades complejas formadas por el objeto y la Pulsión asociada. En el caso de la relación del niño con los aspectos gratificantes de la madre, se reprime el objeto madre gratificadora junto con el sentimiento libidinal positivo que tiene este vínculo. En la relación con los aspectos frustrantes de la madre se reprime, o se incorpora, el objeto frustrante junto con los impulsos agresivos experimentados en ese contacto. El espacio mental incluye objetos internos asociados a las pulsiones, los cuales serán positivos si son el resultado de relaciones gratificantes y negativos si son consecuencia de relaciones frustrantes. Estas Estructuras se ponen de manifiesto en los sueños, los cuales no son solamente producto de la realización de deseos, sino que representan las vivencias endopsíquicas.

Existen tres tipos de Estructuras endopsíquicas. El Yo atacante y el objeto atacante (energía agresiva); el Yo atacado y el objeto atacado (energía libidinal); y el Yo observador y el objeto observador (Yo central). Se trata de una mente, escindida en principio, análoga a la esquizoide, que el autor observó en pacientes con psicopatología grave. En el mundo interior, a veces, se asocian partes del Yo y partes del objeto, incluido el impulso específico. La fantasía y el sueño son el escenario para la representación de los conflictos.

El desarrollo del 'Yo central' se inicia con el nacimiento. La frustración a la que inevitablemente se somete al niño, hace surgir la agresión hacia el objeto materno libidinal, tornándose, en consecuencia, ambivalente. Para defenderse de la incómoda ambivalencia, el niño escinde los aspectos libidinales y agresivos de la madre.

El objeto frustrante se vuelve objeto peligroso y, para controlarlo, se introyecta, junto con los aspectos correspondiente del Yo. Así se conforma la primera Estructura psíquica, formada por un 'Yo central' y un 'objeto malo' internalizado. Pero, como dicho objeto contiene, a la vez, aspectos frustrantes y necesitados, el Yo tiene que hacer nuevas disociaciones para enfrentar los aspectos disociados del 'objeto malo'. En realidad, el resultado es un 'Yo central', con dos unidades cargadas de impulsos agresivos, que aúna los aspectos frustrantes del objeto junto con las partes disociadas del Yo, y reúne los aspectos necesitados del objeto y los aspectos del Yo asociados.

La dinámica se centra en la necesidad del Yo unitario inicial de ir disociándose progresivamente, a fin de afrontar las diversas características que va tomando la organización mental. El 'Yo central', junto con la parte principal del objeto, se constituye en

el 'Yo ideal'. El 'Yo libidinal' es el 'Yo necesitado' junto con los aspectos estimulantes del objeto. El 'Yo antilibidinal' es el 'Yo agresivo' junto con los aspectos recusantes del objeto (saboteador interno). El Superyó está formado por el 'Yo antilibidinal', los objetos antilibidinales y el 'Yo ideal'.

Guntrip, en 1961, resumió la teoría de Fairbairn como una concepción del desarrollo de la personalidad de tipo psicogenético, basada en las relaciones objetales, que son "las causas primarias de las diferencias psíquicas internas". Además, agregó varios aportes; sostuvo que, en los pacientes más afectados, se observa una lucha desesperada por mantener vivo el Yo ante el alejamiento destructivo de los objetos; y consideró que el temor más primitivo del Ser humano es el terror del aniquilamiento, frente al cual se construyen defensas tan perturbadoras como las Neurosis y las Psicosis.

- Sandor Rado (1890-1972) formuló y sistematizó la teoría psicoanalítica que denominó Psicodinámica adaptativa, con la intención de integrar al Psicoanálisis los principios de las ciencias biológicas y la metodología científica. Los fundamentos psicológicos básicos de su teoría son la motivación, la búsqueda del placer y la evitación del dolor, la represión, los mecanismos de defensa, el aparato mental y la historia evolutiva individual.

Rado concibió la conducta como un medio para lograr dos fines, el de eliminar las tensiones que alteran el equilibrio, y el de restablecerlo, si este se pierde. Las emociones de emergencia son las que protegen al organismo del peligro. Así, el miedo y la rabia movilizan al individuo para la lucha o la huida, en forma adaptativa. Pero, si las emociones de emergencia no pueden descargarse, se tornan nocivas; y si esta descarga no es controlada por el pensamiento consciente, se produce un pensamiento no informante, al cual se suman los mecanismos de defensa y los mecanismos automáticos de reparación (síndrome histérico, obsesivo y fóbico). Los síndromes reparativos liberan al organismo de la sobrestimulación y permiten el funcionamiento de nuevo, aunque sea limitado.

En su teoría, expuesta en el libro *Psicoanálisis de la conducta* (1956), Rado estableció la hipótesis de un aparato integrador central, que controla las motivaciones y la conducta. Dicha Estructura está organizada jerárquicamente y refleja la historia evolutiva de las especies. Consta de cuatro niveles: Autorregulación hedónica, emoción preverbal irracional, pensamiento emotivo y pensamiento no emocional. El 'Yo activo' es la unidad que controla el sistema cerebral psicodinámico. En los comienzos del desarrollo, el bebé se llena de júbilo por el placer obtenido durante la succión, y atribuye un poder omnipotente a su accionar. En ese momento se forma el 'Yo primordial', estadio en el que los padres funcionan como los delegados que ejercen los poderes mágicos del niño. A consecuencia de las frustraciones constantes del sentimiento de omnipotencia, el Yo se convierte en una entidad confiable, el orgullo aumenta y se logra la independencia del placer, para poder funcionar.

La conciencia regula la conducta por medio del autocastigo y la autorecompensa, los dos mecanismos resultantes de las reglas culturales transmitidas por los padres.

En el esquema de Rado, las Neurosis son el resultado de los fracasos adaptativos ante las emociones de emergencia. La sobreproducción de temor, ira o dolor, provoca

respuestas inadecuadas aún en ausencia de verdadero peligro. En la psicopatología de la depresión, la homosexualidad, el masoquismo, los Trastornos de conducta y la organización esquizotípica, se encuentran mecanismos reparadores fallidos, específicos para cada caso. El tratamiento busca elevar el nivel de desarrollo psicológico del paciente, sin promover una regresión excesivamente prolongada.

- Heinz Hartmann (1894-1970), a partir del análisis clásico, desarrolló una propuesta que bien podría integrarse a la Psicología general y, de paso, encontrar validación por otras ciencias.

En su libro *La Psicología del Yo y el problema de la adaptación* (1939), describió una serie de funciones que permanecen fuera de la esfera del conflicto mental desde el comienzo del desarrollo. Para estas, propuso la denominación 'Área del Yo libre de conflicto'.

Teniendo en cuenta la segunda tópica (Ello, Yo y Superyó), conocida en la actualidad como Estructura tripartita de la mente, incluyó en los procesos preconscientes y conscientes funciones mentales como la conducta, la inteligencia, el estudio de las defensas, el enfoque económico, el desarrollo psicosexual y el problema de la adaptación del Hombre.

Sus aportes más innovadores surgieron de la investigación sobre el Yo, en lo relativo a mecanismos, desarrollo y relación con las demás instancias. Concibió la existencia de unos de sus componentes innatos (memoria, percepción, capacidad asociativa y motricidad). Dedujo que algunas de sus funciones, surgidas del conflicto, pueden derivar hacia otras autónomas, útiles para la adaptación.

La organización del Yo es compleja, supone estructuras y un ordenamiento genético-jerárquico. Sus catexias son diferentes a las del *Self*. Para estas últimas, debe reservarse el concepto de Narcicismo. Parte de la energía es primaria y autónoma, no toda proviene de los impulsos. La neutralización de las pulsiones libidinales y agresivas es un proceso que se logra en etapas sucesivas. Mientras más energía neutralizada, mayor es el éxito en el funcionamiento del Yo.

La evolución del desarrollo humano supone una dotación innata de funciones, que no guarda relación directa con los impulsos, y que es un instrumento auxiliar del Yo para resolver los conflictos que se le presentan en su relación con el Ello y con la realidad. Sin embargo, esta Área libre de conflicto no es un sector estático, sino dinámico, y puede verse modificado por impulsos provenientes de otras instancias psíquicas (caso de las alucinaciones).

Las funciones autónomas, para Hartmann, son la base filogenética de los mecanismos de defensa que utiliza el Yo, sobre la cual se desarrollan los diferentes esquemas, tanto defensivos como adaptativos. De su disponibilidad para recurrir a estas defensas depende su fortaleza (concepto de 'Yo fuerte'). Existiría desde el comienzo del desarrollo y evolucionaría a partir de la matriz común que comparte con el Ello. Su diferenciación con este se encuentra estimulada por la necesidad adaptativa de la supervivencia humana, la herencia y la constitución, las pulsiones y las exigencias de la realidad externa. Otra circunstancia que estimula su diferenciación y maduración, es el hecho de que el Ello se rija solamente por el principio de placer, sin tener en

cuenta la necesidad de autoconservación. La diferenciación entre Ello, Yo y Superyó promueve la adaptación, la cual, a su vez, estimula la diferenciación. Esta tiene lugar también en otras áreas; por ejemplo, entre Yo y objeto, a raíz de la configuración de la imagen corporal. Así mismo, la diferenciación estimula las funciones de integración y síntesis, emotividad e imaginación. Finalmente, la adaptabilidad innata se transforma en adaptación adulta a lo largo del desarrollo.

La función de adaptación está relacionada con la función sintética e integradora. Un individuo estaría más adaptado, en cuanto pueda armonizar mejor sus necesidades pulsionales con la realidad y con los ideales que determinan sus propósitos. No se trata de una sumisión pasiva al orden social establecido, sino de una fuerza activa que busca el cambio de metas y objetivos sociales. Al enfoque freudiano, que el individuo puede cambiar para adecuarse al medio o puede intentar modificar el medio para que se acomode a él, Hartmann agregó la decisión del Ser humano de cambiar de ambiente hacia uno que le resulta más adecuado. En consecuencia, la estabilidad emocional no solo está determinada por la interacción equilibrada entre el Ello, el Yo y el Superyó, y la realidad externa, sino también por la coordinación armónica de las distintas funciones yóicas entre sí.

La adaptación puede ser progresiva, como en el cambio de conducta por la propia experiencia o por el reconocimiento de conflictos inhibitorios; o regresiva, como en el caso de la producción artística, en la cual se retorna a los procesos primarios del pensamiento. Este último caso, análogo al de los sueños, permitió a Ernest Kris (1951) introducir el concepto de 'regresión al servicio del Yo'. Tanto en el caso de la creación como en el de la sesión analítica, el Yo utiliza elementos del proceso primario para lograr los fines que se propone.

En relación a los conceptos de Masoquismo y Compulsión a la repetición, al contrario de Freud, Hartmann consideró que la adaptación a la realidad es una fuente de gratificaciones suficiente y primordial, más importante que las exigencias de aceptación, o la reducción del dolor.

En cuanto al concepto *Self*, que para él incluiría el Yo, el Ello y el Superyó, no dejó en claro si se refería a la persona misma, al cuerpo, a la representación, o a una instancia psíquica. Pero, sí hizo claridad en que la investidura del objeto correspondiente no es la investidura del Yo, sino la investidura de la propia persona, es decir del *Self*. También definió que el concepto 'instinto' (*Instinkt*) es una noción de índole biológica y que, en cambio, Pulsión (*Trieb*) es una noción de orden psicológico, mejor utilizado en Psicoanálisis.

Rudolph Loewenstein (1953), otro teórico de la Psicología del Yo, trabajó la importancia de los afectos, los cuales no sólo se expresan como tensiones con la realidad, sino también como tensiones entre las distintas subestructuras, además de que no solo son herramientas para adaptarse al medio, sino que tienen capacidad anticipatoria para lograr la adaptación, como en el caso del miedo, la rabia y la alegría.

- Michael Balint (1896-1970), dejó de lado el conflicto mental en la comprensión de graves psicopatologías y concibió la ausencia de suministros en la infancia, como su factor etiológico; lo denominó Falta básica.

En su libro, titulado así (1979), explicó la existencia de tres ámbitos de la mente: El de la Falta básica, que se constituye en la experiencia diádica de las relaciones primarias del niño. No hay conflicto sino una falla, es preverbal y la intensidad de los sentimientos de frustración y gratificación es mucho mayor que en las etapas siguientes. El edípico, que se caracteriza por relaciones triádicas, importancia del lenguaje y conflicto tripartito. Y el de la creación, que carece de objeto externo, ya que se construye y organiza a partir de elementos preliminares ('preobjeto'); una vez constituido, el objeto entra en el ámbito de la falta básica donde las relaciones son diádicas.

La Falta básica es el aporte teórico más importante de Balint para la terapia psicoanalítica. Algo no se completó en el desarrollo y, en lugar de conflicto, quedó una falla, ausencia o hueco, que pone en peligro la estructura del objeto, especialmente cuando está sometido a tensión. En estos casos la provisión ambiental ha sido deficiente, inconsistente y ambigua, pero, sobre todo, en discrepancia con las necesidades psicobiológicas del niño.

Como consecuencia, los pacientes presentan una regresión, benigna o maligna. En el primer caso, hay posibilidad de que pueda iniciarse el proceso de 'nuevo comienzo', el cual conduce a modificaciones en las relaciones del analizando con sus objetos. Si la Transferencia y la respuesta contratransferencial no permiten una relación estable, sobreviene la regresión maligna que 'congela' toda posibilidad terapéutica.

Las características reales de la madre tienen un importante peso específico en el desarrollo psicológico del niño. Esta experiencia primordial se traslada al proceso psicoanalítico, en donde los aportes del analista son determinantes. En otras palabras, las potencialidades innatas del sujeto sólo pueden ser apropiadamente activadas por un amor empático inicial. De la misma manera, la sesión requiere un clima emocional adecuado para que el proceso psicoanalítico se lleve a cabo dentro de un ambiente favorable.

- Donald Winnicott (1896-1971) también dio gran importancia al medio ambiente en la etiología de los Trastornos mentales, lo cual se tradujo en la necesidad de proporcionar al analizando un entorno emocional favorable (*holding*), reflejo de la conducta apropiada de la madre.

En 1965, Winnicott escribió El proceso de maduración en el niño. Para él, todo niño nace sin integración psicológica, lo cual hace que perciba en forma desorganizada los estímulos que provienen del exterior. Sin embargo, viene provisto de un 'Yo autónomo' que incluye las funciones perceptuales, la motilidad y los instintos. El rol de la madre es ofrecer soporte adecuado para que las condiciones innatas se desarrollen a plenitud.

El *holding*⁷, o sostén materno, no solo protege contra las excitaciones fisiológicas, sino también contra las percepciones intensas y la pérdida de la gravedad. Además,

7 *Holding* puede traducirse como "sostén" o "apoyo", pero con frecuencia el término se escribirá en inglés para conservar su peculiar significado en ese idioma. (N. A.)

garantiza el desarrollo de las funciones de síntesis e integración, a la vez que asegura la experiencia subjetiva de 'continuidad existencial'. De esta manera, se promueve el paso a la etapa de integración. Si esto no ocurre y el niño se ve expuesto a un cuidado insuficiente, crea dentro de sí un 'Yo auxiliar falso' que Winnicott denominó 'falso *Self*'.

La respuesta positiva de la madre a las manifestaciones de omnipotencia del niño evita que el 'falso *Self*' reemplace definitivamente al *Self* verdadero. Aun cuando en las patologías más graves el predominio del 'falso *Self*' es evidente, la existencia de esta especie de 'cáscara' o fachada, es necesaria, en alguna medida, para la salud.

En este último caso, se lo ha representado como la actitud social de cortesía convencional, en la cual se renuncia a la omnipotencia original a favor de un puesto en la sociedad. En los casos de grave psicopatología, se acompaña de un sentimiento de vacío, futilidad e irrealidad.

A partir de la observación de niños, Winnicott postuló la existencia de fenómenos y objetos transicionales. Dio a los Objetos transicionales tres acepciones, a saber: Una evolutiva, como etapa del desarrollo; otra relacionada con las defensas que se crean ante la ansiedad de separación; y, por último, una tópica relacionada con un espacio dentro de la mente del individuo. Durante el desarrollo, cuyo curso ha de llevar al sujeto desde el estado de dependencia absoluta a la independencia, caracterizada por una creciente diferenciación entre lo interno y lo externo, el objeto transicional cumple la función de servir como zona intermedia, en la cual el niño experimenta con objetos externos que, sin embargo, él siente como partes de sí mismo. En dicha etapa de experimentación, lugar de la ilusión, el niño aprende a utilizar el objeto transicional como defensa ante las ansiedades de pérdida temporal de la madre. Esto le permite instaurar, en su interior, un objeto suficientemente bueno, que da lugar progresivamente a un espacio mental, intermedio entre lo interno y lo externo, en el cual tiene lugar la creación y el proceso psicoanalítico.

Entre las patologías resultantes de perturbaciones del objeto transicional se encuentran las adicciones, el fetichismo, la pseudología fantástica y el robo, todas vinculadas a fallas maternas como la inconstancia en el vínculo y la dificultad emocional en el contacto. Otros Trastornos ligados a la falla ambiental son las Psicosis (falta de maduración), la Psicopatía y las tendencias antisociales (delincuencia no curada), y los Trastornos de carácter (encubrimiento).

- Wilhelm Reich (1897-1957) se interesó por la investigación de la base biológica de la teoría libidinal, pero su aporte más trascendente fue la concepción del carácter como estructura defensiva del Yo contra las fuerzas pulsionales y contra el mundo externo. Esta defensa se convierte en un modo automático de reacción, con pérdida de la flexibilidad psíquica y proclividad al carácter neurótico rígido (compulsivo y sin afectos).

La formación del carácter, en general, tiene su núcleo en los deseos edípicos y su frustración inevitable. El carácter se desarrolla de determinada manera como consecuencia de la necesidad de resolver el conflicto. Es un intento de evitar la Neurosis y

asegurar la satisfacción sexual genital, mediante la estructuración de una formación que soluciona los enfrentamientos entre las exigencias sociales, el logro de la genitalidad plena y el miedo al castigo.

El carácter histérico es el resultado de la fijación de la Libido, en el estadio fálico del desarrollo. Incluye soltura, seducción sexual con pobre satisfacción real, poca tendencia a la satisfacción o a la formación reactiva y descarga somática o en forma de ansiedad.

El carácter compulsivo se produce por la fijación sádico/anal. Es ordenado, meticoloso y ahorrativo; controlado en el exterior y desconfiado e indeciso en su interior, de reacciones emocionales disminuidas y con bloqueo del afecto.

El carácter faliconarcisista, al contrario, es complicado y arrogante, abiertamente agresivo y cruel, y sin formaciones reactivas. Atractivo sexualmente pero anorgásmico en muchas ocasiones, orgulloso fálicamente y despreciativo de la mujer. La fijación se localiza en la frustración para conseguir el objeto amado, a través de la exhibición del Fallo y la identificación con el objeto rechazante. En consecuencia, el Fallo está al servicio de la agresión, no del amor.

Reich rechazó el concepto de Instinto de muerte y su vinculación con las tendencias masoquistas. Concibió el carácter masoquista como resultado de la represión de los impulsos exhibicionistas de la fase genital. Mediante el rechazo y el desagrado, el masoquista inhibe la sensación intensa de placer sexual, hasta el punto de convertirla en dolorosa para evitar la excitación agradable creciente.

Para Reich, las Neurosis de carácter resultaban ser más graves que las sintomáticas. Su contribución a la técnica analítica, con repercusión en la teoría, fue la hipótesis de que ciertas resistencias son inherentes a la estructura del carácter; por ejemplo, extrema pasividad, insinuación, discusión, arrogancia, desconfianza. Las resistencias caracterológicas son complejas y, para su interpretación, el analizando ha de ser confrontado hasta que sus rasgos se tornen egodistónicos y se sienta dispuesto a eliminarlos. Los elementos técnicos específicos fueron descritos en Análisis del carácter (1933).

- Wilfred R. Bion (1897-1979) estudió los trastornos del pensamiento en pacientes esquizofrénicos y narcisistas. Dedujo que, en los comienzos de la vida, el bebé tiene una preconcepción innata del pecho (pensamiento sin pensador). Las inevitables frustraciones lo obligan a volverse hacia el mundo real (realizaciones). Si el objeto está presente y atiende las necesidades del niño, la realización será positiva; pero, si el lactante no encuentra el pecho disponible, esta ausencia es vivenciada como un pecho malo y la realización será negativa. En realidad, todo objeto necesitado es sentido como malo.

El desarrollo del pensamiento se inicia con la preconcepción (expectativa innata). Si se produce la conjunción entre una preconcepción y una realización positiva, se pasa a la concepción. Si la conjunción es entre una preconcepción y una realización negativa, se produce el pensamiento. Si el bebé tiene una buena tolerancia a la frustración, la experiencia de ausencia de pecho se convierte en un elemento del pensamiento y se

desarrolla un aparato psíquico para pensar.

Bion inventó La Tabla, que permite determinar la evolución secuencial del pensamiento, desde los protopensamientos hasta la abstracción científica. Los Trastornos del pensamiento caracterizan a las diferentes psicopatologías. Si predominan los pensamientos no integrados se está en presencia de una Psicosis. Si el predominio es de pensamientos integrados, pero con persistencia de la omnipotencia y de la alteración del juicio de realidad, el cuadro puede corresponder a una personalidad obsesiva o a una narcisista.

Concibió, además, la capacidad de la madre para tolerar las frustraciones del bebé como una función que denominó de *Rêverie*⁸. Las demandas pulsionales innatas (sadismo y Pulsión de muerte) y la respuesta de la madre real, externa a las identificaciones proyectivas, crean una relación complementaria que llamó continente/contenido. Si la madre es capaz de contener las angustias del bebé, al tiempo que provee sus necesidades de leche, calor, amor y paz, las realizaciones positivas y negativas serán utilizadas para aprender de la experiencia y crecer emocionalmente. Si las cargas emocionales proyectadas en la madre no encuentran un continente adecuado, serán reintroyectadas bajo la forma de un 'terror sin nombre'. Cuando la capacidad de aprender de la experiencia no se establece, se desarrolla la omnipotencia y la omnisciencia, y se instaura un Superyó que crea y dicta sus propias normas e intenta imponerlas a los demás. Estos principios básicos los explicó en 1963, en *Aprendiendo de la experiencia*.

En cuanto al Aparato mental, describe dos modos de funcionamiento: función alfa (α) y función beta (β). Mediante la función α se transforman e integran las experiencias emocionales (placer o dolor) y las impresiones sensoriales (visión, audición, tacto) en elementos α (imágenes visuales: sueños, recuerdos y simbolismos). La función β está constituida por experiencias sensoriales y emocionales primitivas, de tipo concreto, que no pudieron ser pensadas hasta un nivel de conceptualización abstracta (elementos β o protopensamientos). Los elementos β sólo pueden ser evacuados mediante la hipertrofia de las identificaciones proyectivas, como alucinaciones, excitación psicomotriz, *acting out* o somatizaciones (objeto bizarro).

En *Elementos de Psicoanálisis*, escrito en 1963, postuló que la función del Psicoanalista es enseñar a pensar para ayudar a establecer, en el analizando, un pecho 'bueno y pensante'. De esta manera, se cambia la identificación proyectiva por la capacidad de contener y pensar.

- Margaret Mahler (1897- 1985) transitó el camino desde las enfermedades neurológicas hasta los problemas psicológicos de la infancia. Además de los cuadros de Autismo infantil, previamente descritos por Kanner (1944), no sólo identificó la Psicosis simbiótica, sino que observó cómo el desarrollo infantil transcurría a lo largo de diferentes fases, una de las cuales tenía como eje las ansiedades de

8 *Rêverie*: Se ha traducido como ensoñación. En realidad, el autor designa con este término el estado de receptividad materna o de disposición para la fusión. (N. A.)

separación respecto de la madre. A partir de una investigación formal, demostró la existencia de la fase de separación/individuación, durante la cual se configura la Psicosis simbiótica.

La evolución sobre el desarrollo emocional que Mahler demostró, fue la siguiente: Todos los niños pasan por una etapa de separación/individuación que coincide con la terminación de la simbiosis con la madre. La consciencia de separación que se logra en dicha etapa se acompaña de una ansiedad específica, la de separación, explicable por la disarmonía entre las habilidades motrices adquiridas y la madurez emocional del niño. La separación/individuación normal es el prerrequisito crucial para el desarrollo y el mantenimiento del sentimiento de identidad. La ansiedad de separación puede convertirse en pánico de desintegración, el cual es una amenaza vital que puede obstaculizar la integración del Yo del sujeto. Los niños afectados de Psicosis son incapaces de utilizar a la madre como objeto real, lo cual les impide desarrollar un sentimiento estable que les permita reconocer la realidad externa como algo diferente de ellos.

En su libro, *El nacimiento psicológico del infante humano* (1975), dejó claro que el nacimiento psicológico no coincide con el biológico. Al nacer, el bebé percibe su propio Ser y el mundo que lo rodea como indiferenciados. Durante la fase de simbiosis, entre el primero y quinto mes, ocurre lo mismo, de tal manera que hasta ese momento continúa la vida intrauterina desde el punto de vista psíquico. Después de los cinco meses, el niño comienza a advertir el mundo que lo circunda y a detectar sus propios límites corporales. El elemento determinante de este proceso es el impulso innato que existe en el Ser humano hacia la individuación.

Las fases del desarrollo psíquico son: Autismo (nacimiento a un mes); simbiosis (primero al quinto mes), separación/individuación (5° a 36° mes). La última etapa, consta de cuatro subfases: Diferenciación (5° a 8° mes); ejercitación locomotriz (8° a 15° mes); acercamiento (15° a 24° mes); y logro de la constancia objetual y consolidación de la individuación (24° a 36° mes).

El Yo, como instancia mental, se constituye cuando el infante adquiere una representación psíquica de sí mismo, lo cual coincide con la adquisición de una individualidad y de una identidad (fase de separación/individuación). El juego simbólico y el lenguaje son los 'parteros del nacimiento psicológico', es decir, de la individuación. Desde luego, durante todo el proceso, cada fase tiene una serie de características específicas y vivencias emocionales madurativas de gran importancia. Al llegar a la fase edípica se vislumbran diferencias entre los sexos. El niño tiene el recurso de la identificación con el padre; el placer que despierta las primeras manipulaciones del pene (masturbación), le ayudan a disminuir la ansiedad de castración; la niña, por el contrario, ante la ausencia del pene, reacciona con cólera hacia la madre, y disminuye así su recurso identificatorio.

La constancia de objeto presupone tres situaciones internas: Debe estar disponible intrapsíquicamente, es decir que puede ser evocado sin dificultad; debe estar investido de energía libidinal, ya que la energía agresiva impide la introyección y la disponibilidad; y el Yo debe integrar el objeto total, o sea, que no puede acudir a

la escisión de las representaciones en objeto bueno y malo.

Para Mahler, las Neurosis en general tienen relación con los conflictos de la fase simbiótica o de los primeros momentos de la separación/individuación. Están relacionadas con la fase de Autismo y, en muchos casos de dificultad en el contacto afectivo con la madre, hay componentes genéticos relevantes.

- Jacques Lacan (1901-1984), retornó a Freud para confirmar, y a la vez reformular, varias de sus teorías. Utilizó el Estructuralismo y la Lingüística como fundamentos de sus propuestas.

En Escritos (1966), se encuentran contenidos sus principales aportes. A partir de la observación de que, a los seis meses, el bebé reacciona jubilosamente ante la percepción de su propia imagen reflejada en el espejo, postula que dicha *Gestalt*⁹ no es sino una imagen anticipatoria de la coordinación y la integridad, que en ese momento no tiene. El niño, sin embargo, se identifica con esa *imago*¹⁰, que no es más que la promesa de lo que vendrá. Cree ser lo que el espejo, o sea la mirada de la madre, le refleja. Queda, así, atrapado en esta ilusión por el resto de su vida. Es el Estadio del espejo, una estructura, o modelo vincular, que operará a lo largo de la existencia (registro imaginario), y que determinará la situación del Yo en una línea de ficción, irreductible para siempre por el propio individuo. La conflictiva edípica (registro simbólico) modificará y atenuará estas *imago*s especulares, pero nunca logrará acabar con ellas. Se da paso, eso sí, al vínculo intersubjetivo, en donde la 'palabra plena' permite la estructuración del sujeto en su verdad (registro real). El Yo ideal es la *imago* anticipada de lo que queremos ser (imagen mítica y narcisista). El ideal del Yo, en cambio, es la inclusión del sujeto en el registro simbólico (imagen del transmisor de la ley en el eslabón de la cadena familiar). El complejo de Edipo se desarrolla en tres tiempos, dentro de este esquema: Estadio del espejo, identificación con el deseo de la madre e ingreso al orden simbólico (aceptación de la castración y de la ley paterna). Ni el niño, ni el padre son el Falo, ya que este solo puede transmitirse de generación en generación (disolución del conflicto edípico).

La psicopatología se entiende así: En la Psicosis y en la Perversión, no hay paso al orden simbólico, no hay lugar para un tercero y la relación es exclusiva con la madre, en el nivel del orden imaginario; en la Neurosis, se llega a la relación triádica, porque el padre no estuvo ausente en el discurso de la madre. La agresividad, tanto en un caso como en el otro, es una vivencia subjetiva que surge del encuentro entre la identificación narcisista del individuo y las fracturas, escisiones y rupturas a la que esta se ve expuesta.

Según Lacan, el inconsciente está estructurado a la manera del lenguaje. La metáfora y la metonimia (condensación y desplazamiento de Freud) son los mecanismos mediante los cuales opera el inconsciente. A través de las interferencias y errores del discurso, el inconsciente se hace accesible al consciente. En esta forma, la palabra ad-

9 *Gestalt*: Palabra alemana que equivale a configuración u organización significativa total. (N. A.)

10 *Imago*: Imagen en Latín, es el término introducido por Jung, en 1912, para designar la representación inconsciente de los padres. (N. A.)

quiere un lugar de privilegio en la terapia psicoanalítica. Las puntuaciones y olvidos y, en general, la cadena del discurso, pone de relieve la secuencia de significantes que terminan siendo significados.

En cuanto al Deseo, considera que este solo encuentra satisfacción en forma alucinante, es decir, no tiene objeto en la realidad. El deseo presupone la presencia de un otro. Es la madre quien responde a la necesidad del niño, para convertir la satisfacción otorgada en un goce que transforma la necesidad en deseo. La necesidad es biológica, el deseo es psicológico y la demanda, en tanto expresión del deseo, es esencialmente una solicitud de amor, exclusiva y excluyente: ser el único objeto de deseo del Otro. Tal demanda inicial ha de transformarse hasta llegar, en la fase edípica, a cambiar de la posición de objeto del deseo a la del sujeto del deseo de objetos sustitutivos.

El concepto de Transferencia difiere del que rige en el análisis clásico. En su opinión, esta es plurivalente e intervienen los tres requisitos: Imaginario, simbólico y real. No es un producto de la situación analítica y, para que se produzca, es indispensable que exista, fuera de ella, la posibilidad anterior que la configure, en forma quizás única.

- Erik H. Erikson (1902-1994) centró el estudio del Psicoanálisis en función de la salud y construyó una secuencia para el desarrollo del Yo, paralela a las etapas de la evolución psicosexual formuladas por Freud. Concibió el Yo como un organizador de la información exterior y un catalizador de las percepciones y recuerdos, además de ser el integrador de las funciones de orientación y planeamiento, y el autor de la acción adaptativa. Este Yo positivo genera un sentido de identidad y de bienestar general, cuando puede constatar la armonía entre lo que el individuo es, hace y desea.

Erikson (1950) denominó a la secuencia del desarrollo las Fases de la epigénesis y elaboró ocho etapas. Cada fase está asociada a una crisis del individuo y al decisivo encuentro con otras personas que modelarán el curso de su futuro desarrollo. La etapa sensitivo oral determinará si el niño pequeño desarrolla confianza o desconfianza; la lucha entre la retención y la eliminación en la fase muscular anal influirá en la evolución hacia un sentido de autonomía o hacia la vergüenza y la duda; la iniciativa y la culpa pueden ser el resultado del éxito o el fracaso de la afirmación sexual en el período genital. Con el periodo de latencia, el resultado podrá ser la laboriosidad o la inferioridad; en la adolescencia, el conflicto se establece entre identidad del Yo y confusión de roles; en la juventud, entre intimidad y aislamiento; en la adultez, entre generatividad y estancamiento; y, por último, en la madurez la lucha es entre integridad y desesperación.

Otras dos concepciones innovadoras fueron la de 'modos de desarrollo' y 'mutualidad'. Los primeros constituyen el desenvolvimiento de las capacidades sensoriomotrices, cognitivas y sociales, que representan la dotación genética. Cada modo tiene una tarea específica en cada fase, en la cual deben encontrarse soluciones. Las satisfactorias preparan al niño para la siguiente fase, y las insatisfactorias dan lugar

a dificultades adaptativas crónicas.

La 'mutualidad' es innata, y establece una regulación entre el sujeto y el objeto. Consiste en una coordinación entre las tareas específicas de una fase del adulto con las necesidades específicas de una fase del niño. Por ejemplo, el desamparo del niño, a la vez que provoca la respuesta protectora materna, satisface las necesidades propias de la fase generativa de la madre.

Para Erikson (1968) las experiencias sociales de un individuo influyen solo en la manera como las disposiciones preadaptativas genéticas responden. De modo que la conducta social procede, más que todo, de dichas disposiciones y, tal como lo propusieron las teorías de la privación objetal, para él la psicopatología surge cuando la persona está privada de las salidas sociales que instintivamente busca.

- Heinz Kohut (1913-1981) utilizó la Introspección y la Empatía como los instrumentos fundamentales para la práctica y la deducción teórica (*Introspection, empathy and Psychoanalysis*, 1959). Las observaciones realizadas en la sesión son la base del conocimiento psicoanalítico, mientras que los aportes de otras disciplinas pueden corroborar los hallazgos, pero nunca reemplazarlos. A partir de la observación empática, describió la caracteropatía que denominó Trastorno narcisista de la personalidad, en la cual el analista es percibido, transferencialmente, como parte del propio *Self*, o imagen especular de sí mismo (Transferencia narcisista). De tal hallazgo, dedujo que el Narcisismo no es propiamente una etapa del desarrollo psicosexual, sino que coexiste con este a lo largo de toda la vida. A diferencia de la concepción freudiana, el Narcisismo primario no evoluciona hacia la Libido objetal, sino que se desarrolla en forma independiente y paralela, utilizando objetos particulares, que denominó *Selfobjects*¹¹.

En *Análisis del Self* (1971) propuso el tipo de análisis para las perturbaciones narcisistas, cuya meta es la cohesión del *Self* y la reanudación del desarrollo libidinal narcisista, en cuyo proceso pueden identificarse tres tipos de Transferencias narcisistas: La especular, que surge de la reactivación del *Self* grandioso; la idealizadora, en la que se reactiva el vínculo con la *imago* parental idealizada; y la gemelar, en la que se reviven las relaciones que se tuvieron con los *Selfobjects* álter ego.

A través de la Transferencia especular, Kohut obtuvo las descripciones de las etapas tempranas del desarrollo en las que el niño crea el *Self* grandioso, reflejo de su omnipotencia y exhibicionismo primitivo, en el cual concentra todo lo bueno para sí, a la vez que atribuye todas las imperfecciones al mundo exterior. La Transferencia de estas vivencias puede expresarse como la necesidad de que el analista refleje el exhibicionismo y lo devuelva, para que el *Self* adquiera solidez y se constituya, así, la base de la autoestima, o como una fantasía de fusión con el analista, como *Selfobject* grandioso y omnipotente, para ampliar los límites del *Self* dentro de la *imago* así revivida.

En la Transferencia idealizadora se reactiva la relación con el *Selfobject* que el

11 Los términos *Self* y *Selfobject* no fueron traducidos al español por las razones que el autor expuso en su libro *La Cohesión del Self. Meta terapéutica de un nuevo enfoque en psicoanálisis* (1973). (N. A.)

niño vivencia como la fuente de la calma y seguridad. Al colocar la felicidad en el *Selfobject* idealizado, el analizando se siente vacío e impotente, cuando se separa de él y, en consecuencia, procura que su unión no sufra ninguna interrupción.

La Transferencia gemelar, o de álter ego, corresponde a la reactivación del vínculo con un *Selfobject*, vivenciado como un ser con el que se comparten ideales, valores, metas y ambiciones. El analizando requiere la presencia del analista para asegurarse de que en la similitud y parecido encontrará la comprensión que necesita.

Las elaboraciones teóricas y terapéuticas complementarias fueron descritas en La restauración del sí-mismo (1977), y en sus trabajos póstumos; el artículo *Introspection, empathy and the semi-circle of the mental health* (1982) y el libro *¿Cómo cura el análisis?* (1984). Queda claro en su teorización, que el *Self* es el núcleo de la personalidad y que se forma por la internalización de los *Selfobjects* arcaicos: el *Self* grandioso que proporciona las ambiciones y metas, y la *imago* parental idealizada que provee los ideales y valores. Es una Estructura bipolar que funciona como un arco de tensión que estimula las actividades básicas del individuo y que contiene, además, un área intermedia o espacio de las aptitudes y talentos. La Libido narcisista, diferente de la objetal, catectiza objetos del *Self* que son experimentados como partes suyas.

Las funciones de los *Selfobjects* son incorporadas en el desarrollo, a través de la 'internalización transmutadora' que permite cristalizar el *Self* nuclear. Si los padres lo estimulan adecuadamente, y promueven las potencialidades del niño, se llegará airoosamente a la etapa del *Self* cohesivo. Si fallan los *Selfobjects*, el polo correspondiente resultará debilitado; pero, si el polo que se mantiene fuerte se catectiza suficientemente se constituirá una 'Estructura compensatoria', la cual forma parte de la salud mental, según su propia definición al respecto.

La psicopatología y la técnica de tratamiento son capítulos bastante amplios, sobre los que se harán referencias en su oportunidad. Kohut propuso que las enfermedades mentales pueden agruparse en dos categorías: Alteraciones primarias y alteraciones secundarias del *Self*. Las primarias incluyen Psicosis, estados fronterizos, personalidades paranoides y esquizoides y dos clases de Trastornos narcisistas: los de personalidad y los de conducta. En estas hay ausencia de *Self* nuclear y fallas en la cohesión interna. Las secundarias incluyen las reacciones agudas y crónicas del *Self* cohesionado y firmemente establecido frente a las vicisitudes de la vida (niñez, adolescencia, madurez y juventud), frente a la victoria y la derrota (rabia, desaliento y desesperanza), y frente a las limitaciones y restricciones que impone la psiconeurosis.

Para Kohut, la meta del tratamiento es la cohesión del *Self* y la reactivación del desarrollo. Pero, además, la recuperación de la capacidad productiva y creativa, el establecimiento de relaciones empáticas con los *Selfobjects* maduros y la capacidad de discernir y buscar la satisfacción real, el incremento de la autoestima, la sensación de continuidad temporo-espacial y la capacidad de sustentar a otros y ser sustentado por ellos. Todo esto a través de la resolución de las Transferencias narcisistas.

La posición de Kohut ante la teoría de las pulsiones y el complejo de Edipo es relevante. Las pulsiones sexuales (orales, anales y fállicas) son consideradas por él como síntomas de un *Self* no cohesivo, o sea como derivados secundarios. La resolución

del complejo de Edipo depende de la estructura básica de la relación *Self-Selfobject* arcaica. Si el padre, en equilibrio narcisista, permite que el niño se fusione con su grandeza adulta, la fase edípica constituirá un paso decisivo en la consolidación del *Self*. Si esto no sucede, la fase edípica se tornará caótica y distorsionada por tendencias libidinales y agresivas malignas. Es decir, que la relación con *Selfobjects* sanos y capaces de responder empáticamente, permitirá al niño atravesar la etapa edípica con una ansiedad de castración tolerable y poco dañina. Además, para Kohut, la ansiedad más profunda no es la de castración, sino la de desintegración. La primera surge, en realidad, cuando la segunda no ha sido neutralizada por la actitud empática de los *Selfobjects* (Edipo primero fue abandonado por los padres con la intención de dejarlo morir).

- Otto Kernberg (1928), después de extender el tratamiento psicoanalítico a pacientes con Trastornos fronterizos (1968), hizo inferencias sobre el desarrollo normal y patológico haciendo converger diferentes enfoques teóricos y utilizando conceptos de otras disciplinas. Dividió el desarrollo en cinco etapas: Autismo normal o periodo indiferenciado primario, simbiosis normal o periodo de representaciones primarias indiferenciadas (*self-objects*), fase de diferenciación, fase edípica, etapa de integración del Yo y del Superyó.

El Trastorno fronterizo, más allá de concebirse como un estado transitorio entre la Neurosis y la Psicosis, es una constelación psicopatológica estable, con síntomas típicos, mecanismos de defensa primitivos, relaciones objetales perturbadas y rasgos genético-dinámicos constantes. En caso de gran tensión emocional pueden desarrollar síntomas de tipo psicótico. En la situación transferencial puede borrarse el límite entre analista y analizando, como en la Psicosis, pero al terminar la sesión retornan a la normalidad en sus relaciones interpersonales.

En *Desórdenes fronterizos y Narcicismo patológico* (1975), Kernberg describió los síntomas del Trastorno fronterizo: Ansiedad flotante y crónica, Neurosis polisintomática, sexualidad polimorfa, personalidad esquizoide, paranoide o ciclotímica, desórdenes caracterológicos del nivel inferior (Narcicismo, Infantilismo, personalidad 'como si' de Helen Deutsch, 1942). Los mecanismos de defensa empleados en la patología narcisista son la escisión, la identificación proyectiva, la idealización primitiva, la negación, la omnipotencia y la desvalorización del objeto. A consecuencia del uso excesivo de estos mecanismos el Yo no se integra adecuadamente y el sujeto presenta intolerancia a la ansiedad, pobre control de impulsos, insuficiente sublimación y pensamiento a nivel de proceso primario.

Kernberg expuso una teoría etiopatogénica que incluye las relaciones objetales, los diferentes niveles yóicos de maduración y los objetos. En *La Teoría de las relaciones objetales y el Psicoanálisis clínico* (1977) concibe la mente humana como resultado de la internalización de los objetos, junto con el estado afectivo que caracterizó el vínculo. Cada 'estado yóico' contiene un objeto, un tipo de vínculo y un afecto predominante. A causa de la disociación, se establecen diferentes estados yóicos que pueden lograr una cierta integración. Pero, en la mayoría de casos, los vínculos son poco empáticos y realistas, los objetos se perciben como 'totalmente malos' o 'totalmente buenos',

debido a la escisión y a las proyecciones persecutorias o idealizadas. Igualmente, los impulsos genitales y pregenitales se encuentran muy distorsionados, debido a la infiltración agresiva.

La técnica clásica de Psicoanálisis debe ser modificada por las características dinámicas y estructurales de la personalidad fronteriza, la Transferencia es masiva, indiscriminada y abundante en impulsos agresivos. Fuera de la pérdida del juicio de realidad, se presentan alucinaciones y delirios. Los sentimientos son primitivos e intensos. Los vínculos son representativos de imágenes múltiples del *Self* y del objeto. El objetivo del tratamiento es descubrir los distintos estados yóicos y ayudar a que el paciente los integre en una totalidad. La agresión constante tiende a sabotear el cumplimiento de esta meta, a más de la actuación por la falta de control interno. Se busca la elaboración sistemática de la Transferencia negativa manifiesta y latente, sin intentar reconstrucciones genéticas. Deben interpretarse las maniobras defensivas primitivas y controlarse las actuaciones. Las sesiones se realizan cara a cara y se establecen límites desde el principio. Se prevé la posibilidad de hospitalización y el trabajo conjunto con el equipo terapéutico (Psicoanálisis expresivo).

Validación y desarrollo

Todo cuerpo de conocimiento busca ser reconocido como ciencia. El Psicoanálisis aspira a tal reconocimiento, pero tiene dificultades para lograrlo, debido a que dispone de un cuerpo de conocimiento autogenerado, es decir, sin una continuidad preestablecida. El saber sobre el comportamiento humano había sido encomendado a la Biología, la Psicología y las Ciencias Humanas, pero estas disciplinas enfocaban la conducta bajo el supuesto del sentido común y la razón, sin tener en cuenta la actividad mental inconsciente descubierta por Freud.

Durante la primera mitad del siglo pasado, el genio de Freud dominó el panorama psicoanalítico. La teoría pulsional constituyó el marco conceptual en el cual quedaron inscritos sus postulados teóricos, sus comprobaciones clínicas y sus recomendaciones técnicas. El tratamiento clásico, por medio del Psicoanálisis, implicaba el descubrimiento, en el nivel inconsciente, de los impulsos instintivos infantiles y la renuncia posterior a ellos.

En la década de los años treinta del siglo XX, la mayoría de los aportes que se hicieron al Psicoanálisis respetaron el modelo pulsional, pero acentuaron el énfasis en las relaciones objetales. La exploración psicoanalítica se orientó hacia el descubrimiento, la observación y la transformación de estas relaciones y de sus representaciones internas.

En el decenio de los años cuarenta, se vislumbró una nueva perspectiva, sin que esta llegare a convertirse en una metateoría sustitutiva. Se incrementó el interés de los Psicoanalistas por integrar la biología con los procesos interpersonales, a partir de los ciclos constantes de influencia mutua. Al mismo tiempo, tomaba fuerza la

escuela de las relaciones objetales en Gran Bretaña, el movimiento lacaniano en Francia y la escuela culturalista en Norteamérica (Kubie, 1952).

En la década de los cincuenta aparece un nuevo enfoque, con el cual se define claramente la propuesta de un cambio en la Metapsicología freudiana. W.R.D. Fairbairn (1952), basado en la observación de lo que se conocía en esa época como personalidad esquizoide, cuestionó la validez de la teoría libidinal y la transcendencia de las zonas erógenas en el desarrollo del Yo. Con argumentos empíricos, dedujo que la necesidad primaria libidinal era de objetos, y que las zonas erógenas no determinaban las metas libidinales, sino que eran los canales para que el sujeto se procurara los objetos. Sustituyó el aparato psíquico de Freud (Yo, Ello y Superyó), por los conceptos del Yo central, Yo libidinal y Saboteador interno, los cuales representan los vínculos con los objetos internalizados.

Se inauguró así la etapa postfreudiana, y con esta se manifestaron aún más las inquietudes sobre la veracidad de algunas abstracciones teóricas y sobre la utilización en la práctica de los nuevos conceptos. Se presentía, por obvias razones, que el desarrollo de posiciones antagónicas podría alterar el entendimiento entre analistas, lo cual hizo que Heinz Hartmann, abogara por mantener al menos una integración entre teoría y técnica, pues de lo contrario ambas resultarían perjudicadas. Quizás la Filosofía de la Ciencia podría ayudar al Psicoanálisis a orientarse dentro de la encrucijada que se estaba formando. Las pulsiones innatas y las fantasías universales y primitivas, de acuerdo con su patrón constitucional, podrían dar forma a las experiencias y explicar por sí solas toda la interacción humana. O había que admitir la importancia del objeto, bien como verdadera presencia interpersonal (Psicoanálisis culturalista norteamericano), o como presencia intrapsíquica e interna (Psicoanálisis de la escuela británica).

Entre abril y mayo de 1956 tuvo lugar en Londres el Simposio sobre El Psicoanálisis y el pensamiento contemporáneo, convocado por la Sociedad Psicoanalítica Británica para celebrar el centenario del nacimiento de Freud. Entre los trabajos que allí se presentaron figura el de Money-Kyrle, *El Psicoanálisis y la Filosofía*, en el cual se solicitaba una mayor cooperación entre estas dos disciplinas, por cuanto los filósofos, en un comienzo, habían condenado las concepciones básicas del Psicoanálisis por confusas y contradictorias, mientras los Psicoanalistas, sin salirse de su ámbito, habían rebajado la Filosofía, o al menos la clásica, a un síntoma de Neurosis obsesiva.

En realidad, el Psicoanálisis no había surgido de la Psicología, disciplina con arraigos en la Filosofía, sino de la Medicina, que exigía respuestas empíricas y observación experimental. Sin embargo, su origen no proporcionaba automáticamente un aval científico a su quehacer clínico, mucho menos a sus conceptualizaciones teóricas. De modo que también comenzaron a llegarle críticas desde las Ciencias Naturales, lo cual derivó en largas discusiones sobre las diferentes opciones de validación, en relación a los fenómenos observados.

La racha de escisiones que afectó a las sociedades psicoanalíticas durante los años cuarenta y cincuenta, producto aparente de las divergencias en la teorización psicoanalítica, tuvo un freno en las reflexiones, promovidas por libros como *La Es-*

estructura de las revoluciones científicas, de Thomas Kuhn (1962), y posteriormente, *La ciencia, su método y su Filosofía*, de Mario Bunge (1975).

Para la década de los sesenta, el Psicoanálisis no sólo se había enriquecido con su empirismo operacional, sino que había recibido influencias de la Psiquiatría, la Psicología clínica, el Conductismo, la Psicopedagogía y los hallazgos de Piaget, la influencia de Pavlov y el desarrollo de las terapias individuales, grupales, comunitarias y farmacológicas. Además, había intercambiado conceptos con corrientes filosóficas como el Positivismo, el Estructuralismo, la Hermenéutica, la Dialéctica materialista, el Existencialismo y el Postmodernismo.

La posición más crítica sobrevino del Positivismo, en 1958, cuando se llevó a cabo un encuentro interdisciplinario en la Universidad de Nueva York (Hock, 1959). La respuesta de Wäelder (1960) para contrarrestar dichas críticas centradas en los aspectos más especulativos de la teoría, fue la de distinguir dos niveles conceptuales: La teoría clínica que se ocupa de los hallazgos inconscientes, síntomas, psicogénesis y psicopatología a partir del conflicto; y la formación teórica, basada en la Meta-psicología, incluida la postura filosófica de Freud. Con todo lo cual Home (1966) insistió en considerar el Psicoanálisis como una disciplina humanística que estudia los significados y las experiencias subjetivas de los seres vivos, en contraposición a las Ciencias Naturales, como la física, que estudia el funcionamiento y las características de los seres inanimados.

Ante la creciente dificultad para responder a los estándares exigidos por las Ciencias Naturales, surgió, en la década de los años setenta, la propuesta de crear una Psicología psicoanalítica a partir de los contenidos mentales. Sobre la base de la Hermenéutica, se desechó la Metapsicología freudiana, con el objeto de reemplazarla por una teoría clínica fundamentada solamente en las observaciones obtenidas en la situación analítica. En este intento sobresalieron Rycroft (1966), Schafer (1976), Gill (1976) y Spence (1982). También Rosenblatt y Thicketsun (1977), con su teoría basada en el modelo cibernético y G. Klein (1976) con su teoría clínica y el repudio a las asunciones metapsicológicas.

Las obras del filósofo y sociólogo alemán J. Habermas (1968), y del francés P. Ricoeur (1970), dirigidas a enfocar el Psicoanálisis como una disciplina interpretativa y hermenéutica, provocaron entusiasmo en algunos, por la perspectiva de un nuevo paradigma, y, en otros, resignación, por el mayor alejamiento de las Ciencias Naturales. Pero, sin duda, contribuyeron a modificar la aplicación exclusiva del Positivismo lógico a la concepción psicoanalítica, predominante en los tiempos de Freud y en los años subsiguientes. Apareció una perspectiva más humanista, más psicológica podría decirse, sobre el método científico. En ese escenario, Michael Polanyi (1974) rebatió la creencia de que la Ciencia solo operaba para descubrir leyes naturales impersonales eternas y ajenas a la vida emocional del Hombre.

En 1977, Heinz Kohut, a raíz de sus observaciones sobre los Trastornos narcisistas de la personalidad, propuso, de nuevo, una revisión de la Metapsicología freudiana. No sólo redujo la importancia de la teoría psicosexual, sino que restó transcendencia al Superyó y al complejo de Edipo como eje de la Neurosis. Las etapas más arcaicas del desarrollo se convirtieron en el fundamento para explicar tanto

la evolución y maduración del Narcisismo, como la conformación y constitución del *Self*. El hombre trágico reemplazó al hombre culpable, en el decir de Modell (1984); y nuevos planteamientos terapéuticos aparecieron en el desenvolvimiento del proceso psicoanalítico (González, 1993).

A pesar de los indudables progresos, en la década de los años ochenta el Psicoanálisis tuvo que soportar las más severas críticas. Karl R. Popper (1962), lo definió como una pseudociencia, con una teoría incapaz de someterse a las pruebas necesarias para mostrar su falsedad (falsabilidad). No obstante, autores como Edelson (1988) y Strenger (1991) siguieron sosteniendo que la situación analítica era un espacio útil para la exploración objetiva, donde podrían verificarse o refutarse las hipótesis.

Con mayor contundencia, pero con más objetividad, sobrevino el cuestionamiento de Adolf Grünbaum (1984), en *Los Fundamentos del Psicoanálisis: Una crítica filosófica*, a la tendencia de Freud a explicar el material clínico mediante conexiones de significado y a convertir las asociaciones temáticas en relaciones de causalidad. En su segundo libro, *Validación en la teoría clínica del Psicoanálisis: Un estudio sobre la Filosofía del Psicoanálisis* (1993), fue más benévolo y, en cierto sentido, contradujo a Popper (1972), según la opinión de Garza-Guerrero (1994). Sostuvo que algunas proposiciones psicoanalíticas eran falsables, pero que nunca se habían sometido a la prueba de la refutación por los hechos o por un experimento adverso; dejó en claro, que la situación analítica no permitía la verificación de las hipótesis en forma objetiva y aconsejó recurrir a estudios epidemiológicos o experimentales, de naturaleza extraclínica; objetó, además, con una argumentación, hasta el presente irrefutable, la tendencia a utilizar los contenidos mentales como hechos que pueden validar cualquier proposición causal dentro de la teoría.

Con anterioridad al último libro de Grünbaum (1993), se presentó el libro de David Mackay (1989), *Motivación y explicación: Un ensayo sobre la Filosofía de la Ciencia en Freud*; y con posterioridad, el de Carlo Strenger (1991), *Entre Hermenéutica y Ciencia: Un ensayo sobre la epistemología del Psicoanálisis*. Este último se unió al rechazo que hizo Grünbaum de una meta centrada en la coherencia narrativa, considerada por ambos como opción fácil, tendiente más que todo a evitar la obligación científica de validar las hipótesis causales. Igual camino tomaron Kächele y Thomä (1983), cuando plantearon que no existía, en la Hermenéutica, la posibilidad de una contrastación de las hipótesis.

La Metapsicología no pudo finalmente sustraerse a la revisión de sus supuestos epistemológicos. Después de que Freud sostuvo, en 1915, que una exposición metapsicológica es la descripción de un proceso psíquico en sus aspectos dinámicos, tópicos y económicos, empezaron a configurarse repetidos antagonismos. Algunos clínicos insistían en la necesidad de evaluar las teorías en función de los resultados terapéuticos; mientras otros, querían abandonar toda validación a favor de la coherencia interna de la interpretación. Las consecuencias no fueron del todo negativas. Los trabajos sobre proceso y resultados tuvieron la importancia de acumular datos objetivos muy valiosos; y la Hermenéutica, de otra parte, tuvo el mérito de cuestionar el Psicoanálisis como Ciencia Natural, al estilo de la Física o la Biología. Desde

1976, Gedo y Pollock habían concebido el Psicoanálisis como una fusión de Ciencia y Humanismo. Más tarde, la discordia se resolvió, diciendo que el Psicoanálisis construye metáforas y modelos, pero su verificación está reservada a otras disciplinas.

En realidad, en la década de los años noventa se hizo más evidente la necesidad de un conocimiento preciso y de un saber construido metodológicamente, en oposición a las opiniones individuales. Se estimuló, así, la búsqueda de una respuesta en la Epistemología, esa doctrina de los fundamentos y métodos del conocimiento científico. Un reconocido epistemólogo, Rubinstein (1997), hizo un nuevo planteamiento, acorde con los conocimientos actuales. Desechó las proposiciones basadas exclusivamente en los contenidos mentales, por no ser examinables, y, a continuación, sostuvo que el Psicoanálisis tenía que poder explicar las razones personales, al mismo tiempo que las causas biológicas propias del conocimiento neurofisiológico, en la medida en que se aceptara la función primordial del cerebro como procesador de datos.

Frente a la imposibilidad de negar un fundamento en las Ciencias Naturales para el Psicoanálisis, tomó fuerza la búsqueda de bases neurofisiológicas que pudieran mejorar la Metapsicología. Siguiendo el modelo psicoanalítico de Funciones mentales bajo principios jerárquicos, creado por Gedo y Goldberg en 1973, Reiser (1984) presentó un modelo de organización neuropsíquica jerarquizado, a partir de la integración hemisférica resultante de la nivelación del cuerpo caloso. Levin (1991) hizo coincidir la 'cohesión del *Self*' con la memoria de largo plazo, la cual sigue, en su desarrollo, un mapa individual preestablecido que parte del cerebro y se retranscribe en los ganglios basales y la corteza parietal (potenciales del *Self*); Schore (1994) sostuvo que, para el establecimiento de la experiencia emocional, era crucial, tanto el desarrollo de las estructuras prefrontales como la regulación del Sistema Nervioso Autónomo; y Bucci (1997) integró un modelo que busca la concordancia entre la ciencia cerebral actual, las teorías psicoanalíticas y las del desarrollo cognitivo.

Surgió, entonces, el Modelo de la organización del *Self*, defendido por John Gedo (1999), cuyo planteamiento es, que el Psicoanálisis debe basar sus hipótesis en el conocimiento contemporáneo de la ciencia cerebral, de la Psicología cognitiva y de la observación directa de niños en etapa preverbal. Cada una de estas disciplinas ha de organizar sus datos de acuerdo con principios jerárquicos y epigenéticos del desarrollo, con el objeto de lograr, algún día, una conceptualización unitaria de las funciones mentales. Por lo pronto, se sabe que las formas arcaicas de comportamiento, estructuradas a lo largo de la vida a nivel presimbólico, constituyen el centro biopsicológico de la personalidad, cuando son retranscritas a la forma simbólica, una vez que la corteza cerebral está suficientemente madura. Le Doux, en el año 2002, desde la Neurociencia, apoyó la noción de *Self* como la más propicia para integrar conceptualmente las funciones cerebrales.

En esencia, una teoría centrada en el *Self* recupera la posibilidad de integrar a ese nivel los descubrimientos hechos en el campo de las Ciencias Naturales. Aleja, además, la tendencia regresiva a colocar el Psicoanálisis en la antigua división cartesiana entre cuerpo y alma que, traducida en nuestros días, equivaldría al antagonismo entre biologismo y psicologismo.

Winnicott y Kohut fueron los teóricos que estudiaron más a fondo el desarrollo del *Self*. El primero, se centró en su fragmentación y en sus relaciones internas, mientras que, el segundo, privilegió su necesidad primordial de conservar su continuidad y cohesión. En ambos sistemas siempre se incluyó el objeto como ese 'otro' que provee experiencias vitales y mantiene un apoyo constante. Tanto el *Self*, como el objeto y el espacio en el cual interactúan, son conceptos dinámicos con sentido. El Ser humano está interesado en conservar un sentido del *Self* relativamente estable y coherente a partir del flujo continuo de la percepción y el afecto; al mismo tiempo, quiere crear y mantener contactos seguros y sustentadores con los demás, tanto en la realidad como en la forma de presencias internas (Stern, 1985).

A la tendencia perentoria a organizar un *Self*, se suma, en el Ser humano, una naturaleza social, determinada intrínsecamente, y también una realidad interpersonal. De ahí la importancia de tres modelos que se han propuesto, justamente en la década de los noventa: El modelo bipersonal, el relacional y el del diálogo intersubjetivo.

Arnold Modell (1984), como consecuencia de los avances alcanzados en la comprensión de las perturbaciones narcisistas, describe el conflicto que se produce entre el *Self* y el objeto, el cual no puede entenderse en el plano intrapsíquico, sino intersíquico. Sostiene, en consecuencia, que no es válida la distinción entre Psicoanálisis clásico y Psicología del *Self*, y que la paradoja no consiste en que los conceptos de Pulsión, conflicto y estructura son incompatibles con este concepto, sino, en que el Psicoanálisis incluye, tanto una Psicología de una persona como una de dos personas.

El modelo relacional surgió de los trabajos de Greenberg y Mitchell (1983), y del propio Stephen Mitchell (1988). Partiendo del criterio de que, en la era post-modernista, que también es postcientifista, no puede concebirse el mundo externo como simple reflejo de la realidad, sino que debe entenderse como creación determinada por los patrones sociales existentes, el autor sostiene que la realidad del Psicoanálisis, o sea, los pacientes y sus síntomas, ha cambiado desde los tiempos de Freud. Siguiendo a Karen Horney, Erick Fromm y Harry Stack Sullivan, y sustentado más en las Ciencias Sociales que en la Física y la Biología, propuso redefinir la mente como una serie de patrones transaccionales y estructuras internas derivadas de un campo interpersonal interactivo. En este enfoque, se asume que todas las facetas de la mentalidad humana derivan de la experiencia interpersonal, sin importar cuán profundas estén en el mundo intrapsíquico. Las emociones, el pensamiento, la fantasía, la autopercepción y la satisfacción biológica, sólo adquieren significado a través de las relaciones interpersonales importantes. Así como el lenguaje da forma y significado al pensamiento, la experiencia interpersonal es el sustrato a través del cual los seres humanos ganan acceso a sus realidades internas y externas. Todos los impulsos, sensaciones, ideas e imaginaciones son filtrados por los diferentes niveles de la interacción interpersonal.

El modelo relacional, a diferencia del modelo instintivo, establece que los patrones repetitivos en la experiencia humana no se derivan de la búsqueda de gratificación de pulsiones, sino de una tendencia a preservar la continuidad, las conexiones y la familiaridad del mundo personal e interpersonal.

Dentro de la corriente del Psicoanálisis interpersonal, que siguió la tradición de Henry Stack Sullivan, se ubica la posición estructuralista de Edgar A. Levenson, llamada por él mismo 'perspectivista' u 'organísmica', (1972-1983). Para Levenson, los cambios tecnológicos se reflejan en el contexto psicoanalítico y afectan, tanto la teoría como el concepto que se tiene del paciente y del tratamiento. El primer paradigma, el mecánico (máquinas de trabajo y potencial de la energía física), tuvo su representación en el trabajo de Freud. El segundo, iniciado en la Segunda Guerra Mundial, se vincula con la tecnología electrónica de la información (computadores), y se manifiesta en una expansión del sistema nervioso hacia el ambiente, a través de la comunicación. Sullivan fue escogido como representante de este paradigma por Levenson. El tercer paradigma, toma su modelo de la vida organísmica, representa la creación de un ambiente organizado sinápticamente, tal como el Sistema Nervioso Central, y hace evidente la interdependencia. En este contexto, el objetivo terapéutico es ampliar la consciencia en que el paciente estructura sus interacciones tanto en su ambiente, como en el Aquí y Ahora de la situación analítica.

En términos generales, el individuo es considerado como una estructura, capaz de modificarse al transformar su contexto, y capaz de crearse a sí mismo creando nuevas estructuras, es decir, imprimiéndole su propia organización a su experiencia.

Los desarrollistas, como Daniel Stern, Mahler, Erikson y Spitz, contribuyeron a la comprensión del mundo interpersonal del infante y a la teoría de la detención del desarrollo, inspirada en la metáfora del bebé moderno. Mediante esta concepción, la Neurosis se debe a la carencia de experiencias positivas por fallas de los padres. En consecuencia, la Transferencia analítica es la oportunidad que tiene el analizando de restablecer el contexto intersubjetivo que no existió, o que fue insuficiente, para poder continuar el desarrollo detenido, a partir de esa nueva experiencia.

En concordancia con las investigaciones sobre desarrollo, Karlen Lyons-Ruth (1999), describió un modelo que integra la teoría relacional, intersubjetiva y socio-constructivista. Este enfoque busca que los conceptos sobre motivación, afecto, conflicto y defensa se correlacionen con la teoría del saber implícito relacional. A la vez, postula el hecho clínico de que, el diálogo intersubjetivo, basado en el inconsciente bipersonal, contribuye a la modificación de los procedimientos relacionales implícitos que el niño construye ('objetos internalizados'). Se aparta, sin duda, de la concepción de Dorpat y Miller (1992), que centra en el recuerdo procedimental de la acción (ejecución) las transacciones que tienen lugar en la infancia, así parezcan relaciones objetales o interpersonales.

En los finales del siglo XX, el Psicoanálisis se mostraba enriquecido con los nuevos modelos propuestos y con los desarrollos logrados por las principales corrientes vigentes. Entre estas últimas, vale la pena destacar las siguientes: la kleiniana y las divergencias de Meltzer, Rosenfeld y Bion (Spillius, 1988), los británicos independientes ('grupo intermedio'), la corriente lacaniana, la Psicología del Yo, la Psicología del *Self* y la relacional, la interpersonal (culturalista), la de dos personas ('bipersonal'), desarrollistas, constructivistas e intersubjetivistas.

Ya en los albores del presente siglo, la situación quedó demarcada por dos expectativas: La de encontrar una teoría que abarque los paradigmas propuestos, y la de aceptar el pluralismo teórico, determinado por la existencia de múltiples niveles de organización psíquica. Hasta el momento, el principio psicológico de complementariedad, basado en el postulado de Niels Bohr (1958), quien sostuvo que la presencia de paradojas era nuclear en la Psicología humana, ha servido de zona de distensión, mientras aparece una mejor oportunidad para la búsqueda de la síntesis integradora. Por lo demás, las coincidencias entre las diversas concepciones son abundantes, sobretodo en el campo clínico (Diazgranados, 1990; Kernberg, 1993).

Un consenso más amplio se ha logrado frente a la imposibilidad de sostener la concordancia, propuesta por Freud en 1927, entre los tres elementos que conformaron su definición de Psicoanálisis de 1923, a saber: El procedimiento de investigación (Hermenéutica), el método de tratamiento (Terapéutica) y los conocimientos psicológicos organizados en teoría (Ciencia). La 'feliz convergencia' entre los diferentes aspectos constitutivos, que aseguraba la validación mutua y autónoma, no resultó ser una ventaja, a la luz de los enfoques epistemológicos (Eagle, 1984: 183). El método psicoanalítico como instrumento válido y confiable de conocimiento y eficacia terapéutica debe desidealizarse (Jiménez, 2004). Para hacerlo más realista, se le debe dar claridad a la compleja relación entre teoría y práctica, mediante un monitoreo científico exterior (Thomä y Kächele, 1988). Sólo así podría obtenerse un conocimiento psicoanalítico consolidado y libre de la 'fragmentación' que actualmente tiene (Fonagy y Target, 2003). O, por lo menos, cimentar adecuadamente las anheladas bases comunes (Wallerstein, 1990; Márquez, 1990).

No se espera la perfección, ni la plenitud, ya que la misma ciencia desestimula una pretensión de tales características. En especial, después de que Werner Heisenberg (1901-1976) describiera el Principio de Incertidumbre, y que Kurt Gödel (1906-1978)¹² demostrara que, dentro de cualquier sistema lógico formal, por bien estructurado que esté, siempre habrá preguntas que no puedan responderse con certeza, contradicciones que puedan surgir y errores escondidos. El veredicto, para los años venideros, ha quedado en firme: El conocimiento siempre es intrusivo, no puede ser seguro; la comprensión total y completa es imposible.

El Psicoanálisis como disciplina clínica ha tenido también una evolución particular. Al principio, se suponía que las deducciones estaban estrechamente relacionadas con las predicciones. Pero las leyes, como en toda ciencia incipiente, carecían de certeza y las explicaciones resultaban imprecisas. Más apropiadas resultaban ser las proposiciones generales que se daban en la clínica para cada caso de análisis, a partir de las cuales podían deducirse los factores causales de una sintomatología determinada. En ausencia de leyes globales de doble validez, es decir que predigan y expliquen a la vez, es preferible acudir a esquemas de funcionamiento que proporcionen explicaciones para la clínica y apelar a argumentos generales cuando se hacen predicciones. No es este un hecho impropio científicamente, sino

12 Heisenberg y Gödel, citados por Van Doren (1991, Pp. 480 y 484).

una característica del Psicoanálisis, disciplina con sus propios métodos, pero aún híbrido entre Ciencia Natural y Ciencia Social y Humanística.

Para el Psicoanálisis, son útiles los métodos clínicos y estadísticos, los aportes de otras ciencias, la conceptualización abstracta y la captación de datos a nivel de la experiencia. La verificación y la refutación requieren más estudio e investigación. Lo mismo que aspectos como inferencia, clasificación, predicción, medición y probabilidad. Pero, sin duda, no existe una epistemología que abarque la globalidad del funcionamiento mental, aun cuando, en la práctica, el Psicoanalista cuente con el conocimiento básico que requiere para su tarea diaria. Ahumada (1994), propone ir más allá del método clínico inductivo que, a través de la observación, descripción y correlación, encuentra los puntos nodales a partir de eventos aparentemente inconexos y apenas perceptibles. Se trataría de un método contrainductivo, basado en la naturaleza paradójica del discernimiento, dentro del cual es apenas obvio que los esquemas conceptuales entren en crisis.

En relación con la situación analítica, es decir, lo que ocurre propiamente en la sesión, se supone superada la época en que la observación parecía inmune a la corrección y, por ende, la teoría tendía a la especulación. En la actualidad, se ha hecho una clara distinción entre Observación y Teoría, así como un análisis concienzudo entre el observador y lo observado.

La interacción entre lo observable y lo observado, es motivo de análisis cuidadoso, teniendo en cuenta que las Ciencias Naturales no estudian la Psicología del observador humano. El nexo entre el observador y lo observado ha sido mejor estudiado por las disciplinas hermenéuticas o históricas. La Observación del Psicoanalista es participante, sujeto y objeto interactúan y se interpenetran, lo observado se descubre a la vez que se crea. En Psicoanálisis, la Observación no es predominantemente intelectual; intervienen, en forma inseparable, los afectos y la simbolización. Igualmente, el intercambio verbal sólo adquiere sentido por la transmisión de afectos. Estos hechos coinciden con la concepción de Polanyi (1974), sobre la pasión intelectual que existe en el interés científico, en el cual hay un contenido cognitivo complementado por un componente conativo, una función heurística selectiva, que es el resorte de la originalidad, un compromiso y una capacidad persuasiva, que es el resorte de toda controversia fundamental.

Algunas observaciones contienen teorías erradas, ante lo cual sólo quedan dos caminos: Se examinan de nuevo las observaciones, o se describen con otro criterio. En otros casos, el desarrollo de nuevos instrumentos puede hacer observable lo que anteriormente no lo era (caso de la empatía). Las Observaciones sobre el desarrollo evolutivo del niño confirmaron algunos datos y rebatieron o modificaron otros. Las Observaciones simultáneas sobre los síntomas neuróticos han dado beneficios como ejercicio clínico, pero han resultado inútiles para determinar científicamente la verdadera interpretación. Además, la sintomatología mental conlleva una dinámica entre lo inmutable y el azar, lo permanente, lo modificable y lo probable, (Núñez, 2003).

Por último, toda Ciencia es para aplicarse. Esto puede consistir en una explicación teórica eficaz y convincente, en una predicción exacta, o en un beneficio para

las personas afectadas por un padecimiento. Pero, siempre y en gran medida, tendrá una aplicación y no se podrán valorar las teorías, ni los instrumentos, sin disponer de estudios sobre el uso para el que se destina. Sobre dicha aplicación, pone el énfasis la presente obra, sin por eso renunciar al ideal de una ciencia moderna que incluya el conocimiento teórico, técnico, ontológico, fenomenológico, objetivo y sistemático, a sabiendas de que el Saber cambia y evoluciona con el tiempo y la cultura.

Generalidades

El concepto de Estructura permite abordar el tema de la Psicopatología psicoanalítica más integral y comprensivamente, por las razones que a continuación se exponen. Los cuadros clínicos específicos serán objeto de estudio en el siguiente capítulo.

Los síntomas, objeto de la consulta al Psicoanalista, generalmente, pueden referirse a una de las siguientes Estructuras: Neurosis, Trastorno narcisista, Trastorno fronterizo o Psicosis. Las perversiones (parafilias), las adicciones (juego, toxicomanías), los estados depresivos y las enfermedades psicósomáticas, aun cuando son entidades diferentes, lo más probable es que puedan ubicarse dentro de las cuatro grandes categorías durante el curso del análisis. También, es posible que un síntoma inicial, al cual se le hubiera dado exagerada importancia, resulte fugaz y poco persistente.

El Síntoma es un fenómeno universal, una experiencia subjetiva, sentida como molesta, desagradable o dolorosa, (ansiedad, abatimiento, cefalea). Es de fácil comprensión para cualquier persona, ya que se trata de una vivencia consciente de la vida normal. Sin embargo, sus efectos son más intensos cuando los experimenta quien padece Neurosis. En los casos más graves, como en las Psicosis, los síntomas son más extraños e incomprensibles, en la medida que incluyen severas distorsiones sensorio-perceptivas e interpretativas. Cuando varios síntomas se agrupan bajo un patrón fijo y definido, presentándose del mismo modo en diferentes pacientes, se configura el Síndrome (depresivo, por ejemplo). Si el padecimiento del paciente es severo y el malestar subjetivo altera su equilibrio endopsíquico y su funcionamiento normal, este se convierte en Trastorno.

Aun cuando en variadas ocasiones utilizaremos el término Trastorno, de común uso en la psiquiatría contemporánea, que tiende a definir las enfermedades mentales de forma individualizada¹³ (DSM IV, CIE-10), damos por sentado que nos estamos refiriendo a Estructuras. En Psicoanálisis, la concebimos como una formación mental

13 *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, DSM-IV. (1995). Ed. Española: Barcelona: Masson. S. A.

con una dinámica que incluye todos los elementos del psiquismo y un funcionamiento que encierra carencias y conflictos específicos. La más primitiva de ellas sería la psicótica, y la más evolucionada, la neurótica.

Este concepto es más compatible con el Psicoanálisis, ya que pretende ir más allá de las conductas individuales o rasgos personales observables en un momento dado, al centrarse en las relaciones dinámicas entre las diferentes partes del psiquismo. Sólo para tener una idea preliminar, podría decirse, en forma elemental, que la personalidad se va organizando desde los primeros años de la vida según la relación que se establezca entre los diversos factores que la componen. La carga genética y neurobiológica será más determinante en la Psicosis; las respuestas desintegrativas de los objetos arcaicos que cumplen inicialmente las funciones del *Self* incipiente incidirán más en el desarrollo de los Trastornos fronterizos; la falta de espejamiento y de respuestas confirmatorias ante las necesidades idealizantes y fusionales del infante serán más decisivas en los Trastornos narcisistas; y el modo de adaptarse y defenderse de las pulsiones y demandas de la realidad influirá más en las Neurosis. Así, se va estructurando el psiquismo de manera estable y constante y, de la misma manera, en caso de desestructuración, la clínica y la sintomatología seguirán los caminos determinados previamente por esta matriz básica.

Desde luego, el paso de la normalidad a la Neurosis o a los demás trastornos mentales no es solamente un problema nosológico, sino también de intensidad, es decir, que depende tanto de la virulencia o extensión de la afección como de las características de un determinado cuadro psicodinámico. En este enfoque, es válido el concepto de susceptibilidad individual, o sea de predisposición psíquica. El Psicoanálisis ha estudiado la personalidad, pese a que este concepto no le pertenece, identificando los rasgos de carácter que la componen, las maneras de comunicarse una persona consigo misma y con los demás, el pensamiento y los afectos, los comportamientos, decisiones y proyectos. En realidad, todo lo que se conoce como Trastorno de la personalidad corresponde a una estructura psicopatológica y coincide con determinados cuadros clínicos específicos.

La personalidad neurótica se caracteriza por intensa conflictiva interna, dificultad en armonizar impulsos, deseos, normas y consciencia de realidad, lo cual se traduce en una vida centrada en la angustia y la inseguridad (neuroticismo). En la personalidad narcisista se observa una preocupación permanente por la propia valoración o por la que proviene de los demás, sentimientos de fácil frustración por no alcanzar la realización existencial, baja autoestima, vergüenza, desánimo e hipocondría. A su vez, dentro de cada estructura se pueden precisar diferentes rasgos: personalidad histérica, obsesiva, fóbica, adictiva, esquizoide y paranoide, etc.

La Estructura neurótica, en caso de descompensarse, lo haría fundamentalmente con síntomas y trastornos neuróticos. La Estructura narcisista, fronteriza y psicótica, con síntomas y trastornos narcisistas, fronterizos y psicóticos. La Estructura neurótica tiene un nivel de desarrollo avanzado y su conflictiva se sitúa en la fase edípica genital, lo cual implica cierta superación de las etapas anteriores. La Estructura narcisista se relaciona con carencias en etapas más primitivas a nivel de la respuesta especular básica, la protección y la fusión, la autoestima, los valores e ideales. La Estructura fronteriza muestra fallas en los nutrientes arcaicos de alimento y cariño, ambiente poco propicio, violento y desestructurado que altera las condiciones intrasistémicas del Yo y la capaci-

dad de integración del *Self*. En la Estructura psicótica se encuentran graves contradicciones intrapsíquicas y ambientales, con daño prepsicológico aún por explicar.

En síntesis, la estructuración psicológica alcanzada en los primeros años de la vida condiciona la manera de vivir y de enfermar. Pero, los cuadros clínicos reconocidos no pueden considerarse como Estructuras rígidas inmodificables, sino que mantienen entre sí la posibilidad de una combinación ilimitada. Sólo que, por razones prácticas, distinguimos sus características principales. Hay un fenómeno, sin embargo, que a todos compete: La Angustia. Los términos Ansiedad y Angustia se utilizan indiscriminadamente, entendiéndose que la intensidad más grave y con síntomas somáticos corresponde más al segundo. El término Pánico se utiliza para designar un episodio inesperado de intensa Angustia, sin aparente estímulo externo identificable. Si la Ansiedad aparece ligada a un estímulo externo concreto se describe más como sensación de miedo. El miedo es el componente nuclear de la Neurosis fóbica, siempre relacionado con una persona, animal, circunstancia o actividad.

La Ansiedad es un estado emocional de alerta, activado por un temor indefinido. Es una experiencia normal, consustancial a la vida y al desarrollo individual, en caso de que sea moderada y acorde con las circunstancias. Evaluativamente, es la consecuencia de la activación de las conductas de emergencia que desarrolla cualquier animal ante el peligro, para disponerse a la lucha o la huida. Es patológica cuando es excesiva, constante y desproporcionada a las circunstancias, cuando limita las capacidades de adaptación y funcionamiento, y cuando provoca un sufrimiento subjetivo. Tiene un componente psíquico y uno somático. El psíquico es el miedo indefinido o malestar (Ansiedad propiamente dicha); el físico es la opresión precordial, sensación de ahogo y dolor epigástrico (Angustia).

La Angustia, como resultado del conflicto pulsional, es la señal de alarma que utiliza el Yo para informar que material inconsciente reprimido trata de surgir en la consciencia. Si el mecanismo de represión falla y el Yo no puede mantener en el inconsciente dicho material, aparece en forma directa o sustitutiva según la utilización de otros mecanismos de defensa (conversión, desplazamiento, regresión). La Angustia desintegrativa subyace a la pulsional, toda vez que, la aparición de un conflicto inter-sistémico supone un *Self* insuficientemente cohesionado.

Los tipos de ansiedad fundamentales están ligados a los conflictos determinantes y al momento evolutivo del desarrollo donde se gestan, pero también a las carencias o déficits que se produjeron durante dicho desarrollo. Así, la ansiedad pulsional o del Ello, causada por la irrupción en el Yo de las pulsiones sexuales o agresivas sin elaboración psicológica, se relaciona con las vivencias internas de los bebés ante sus necesidades básicas. La Ansiedad de separación, provocada por el distanciamiento de los objetos, se relaciona, fundamentalmente, con el abandono materno. La de castración, estimulada por el desarrollo de la sexualidad infantil durante la fase edípica, tiene su origen cuando el padre intercepta los impulsos libidinales del niño hacia su madre, y cuando la niña tiene que cambiar de objeto libidinal. La Superyóica, vinculada a la culpabilidad que hace vacilar la razón, se instaura cuando la conciencia moral se desarrolla por las identificaciones con las figuras parentales. La Ansiedad narcisista, propia de la evolución defectuosa del *Self*, aparece en todas las circunstancias que reactivan la falla especular o fusional de los padres, o de las personas encargadas de cuidar al niño.

No solo con referencia a la Angustia, sino también a otros fenómenos clínicos y psicopatológicos, la teoría psicoanalítica pasa por el enfoque pulsional y objetal, por la Psicología del Yo y la Psicología del *Self*, y por los enfoques relacional, bipersonal, perspectivista e intersubjetivista, sin que puedan deslindarse totalmente las conceptualizaciones obtenidas desde los diferentes puntos de vista. De tal manera, que al describir cada una de las Estructuras estudiadas (neurótica, narcisista, fronteriza y psicótica), se encontrarán formulaciones provenientes de todas las tendencias.

En la concepción clásica, el concepto de Represión adquirió un papel fundamental en la explicación de la Angustia. La aparición de la ansiedad se convirtió en una señal emitida al Yo desde una alteración del equilibrio psicológico interno, generalmente por un material inconsciente inaceptable que trata de emerger a la consciencia. Cuando los mecanismos defensivos, incluida la represión, resultan eficaces, la ansiedad queda contenida. Si los mecanismos defensivos no resultan eficaces, la Ansiedad puede surgir a la consciencia en alguna de sus modalidades, incluido el ataque de pánico. El sentido y significado de la Angustia dependerá, en cada caso, de los conflictos internos de cada individuo en particular, los cuales, a su vez, serán el resultado de sus experiencias emocionales durante el desarrollo. Los estímulos externos que se producen en el adulto, a lo largo de la vida, podrán reactivar estos conflictos intrapsíquicos subyacentes, alterando el equilibrio psicológico, y provocando la aparición de la Angustia y la puesta en marcha de los mecanismos defensivos.

Descubrir el conflicto subyacente en cada episodio de Angustia es un problema que siempre generó discusión entre los analistas. Es más importante para el Psicoanálisis actual reconocer la Estructura psicológica subyacente del individuo que padece la Angustia, que limitarse al síntoma, último eslabón de la cadena psicopatológica. Sólo conociendo el mundo interno del paciente y las relaciones entre sus diferentes instancias y estructuras podrá aventurarse una hipótesis válida respecto al origen de la Ansiedad.

En la concepción contemporánea, la Angustia se manifiesta como consecuencia de un peligro pulsional o como amenaza anticipatoria de desintegración y ruptura del *Self*. La Angustia producida por peligro pulsional corresponde a situaciones en que el deseo libidinal psicosexual provoca una anticipación del castigo (pérdida objetal, pérdida amorosa, ansiedad castratoria y desaprobación Superyóica). Se experimenta cuando el Yo se ve arrollado por un sentimiento de absoluta indefensión, como resultado de un exceso de excitación inmanejable (situación traumática). La Angustia de aniquilamiento es el resultado de la amenaza a la cohesión del *Self* y se origina en los defectos y debilidades estructurales generados por los aportes insuficientes del *Selfobject* (Kohut, 1968).

Mantendremos la división entre Angustia por peligro de desbordamiento pulsional y Angustia por amenaza de desintegración del *Self*, solamente para dar validez a la evolución histórica de este concepto en Psicoanálisis, pero entendemos que toda angustia, en última instancia, es la expresión de un peligro para el *Self*, ya que en este ámbito se experimenta la totalidad del funcionamiento humano, tanto normal como patológico. Sin embargo, reconocemos con toda claridad que, aun cuando la crisis de Angustia puede aparecer, tanto en una Estructura neurótica como en una psicótica, la calidad de la Ansiedad variará fundamentalmente en cada caso.

Modalidades

A. Estructura neurótica

La conformación de la Estructura neurótica tiene su origen en las vicisitudes de la relación afectiva original, en el manejo de la agresividad y la sexualidad, y en la necesidad de autoafirmación y valoración de sí mismo. La descripción clásica de Horney (1937), sobre la personalidad neurótica, es insuperable y da cuenta de estos elementos en detalle. Expondremos los más característicos, advirtiendo que la síntesis presentada al comienzo de esta obra sobre la teoría freudiana incluye la concepción psicodinámica básica de la Neurosis. La psicogénesis de la Estructura neurótica está relacionada con las fijaciones edípicas, las cuales hacen surgir miedos, culpas, dudas y ansiedad frente a situaciones estresantes de pareja, familia o trabajo. Estas fijaciones determinan el trauma de la insatisfacción erótico-amorosa, consecutiva al fracaso relacionado con la Angustia de castración.

En consecuencia, el individuo con Estructura neurótica crea una dependencia del afecto y la estima que los demás proporcionan, independientemente del valor que le atribuyan o de la importancia que le adjudiquen. Como el anhelo de afecto es insaciable, dada la urgencia pulsional infantil, experimentan una tensión constante, la cual se traduce en hipersensibilidad, exagerada demanda de atención y estado permanente de alerta. Contrasta, sin embargo, este deseo de obtener cariño, con su propia capacidad para sentirlo o para ofrecerlo. No es raro observar una tendencia a ocultar la necesidad de amor bajo una máscara de indiferencia o de manifiesto desdén por los demás.

La vivencia de no haber recibido suficiente amor, ni satisfacción narcisista adecuada, genera un constante sentimiento de inferioridad e incompetencia. No es difícil encontrar personas de inteligencia superior con sentimientos de minusvalía e ideas sobrevaloradas de estupidez, así como personas de extraordinaria belleza, con ideas de fealdad, o de defectos insuperables. No faltan, de otro lado, las actitudes compensatorias que se manifiestan en autoelogios, tendencia a alardear, a exhibir el dinero, el poder, los viajes, los vínculos sociales y los conocimientos generales.

Por razones similares, se presentan inhibiciones de todo tipo, como parte de la Estructura neurótica. Inhibiciones para expresar deseos, conceptos y reclamos, para dar órdenes, hacer críticas y establecer nexos; en fin, para autodeterminarse, concebir nítidos conceptos acerca de los ideales y ambiciones, y colaborar en trabajos constructivos con autonomía. También se presentan desinhibiciones reactivas como conductas hostiles, intrusivas, dominantes y exigentes. Convencidos de tener la razón, pueden llegar a mandar, engañar, criticar o vilipendiar, sin medida ni control. O, al contrario, en forma proyectiva, sentirse engañados, avasallados, humillados o embaucados.

Muchos neuróticos solamente se quejan de depresiones, sensaciones de minusvalía, perturbaciones de la vida sexual, incapacidad para desempeñarse eficientemente en el trabajo, sin percatarse de la existencia de la Angustia, siendo este el síntoma básico que se encuentra en la profundidad de su Estructura. Es posible, entonces, mantener una Angustia soterrada sin saberlo, y sin hacer consciencia de que este es un factor de-

terminante. En cambio, hay otros pacientes que, ante el menor afecto ansioso, pueden reaccionar en forma desproporcionada, con sentimientos de indefensión total, especialmente si asocian a la dificultad de controlarse ideas de debilidad o cobardía.

En general, ningún individuo identifica con claridad la angustia, entre otras razones, porque mientras más amenazado se sienta, menos aceptará que algo anda mal en su interior y debe ser modificado. De ahí que tienda a defenderse con desmentidas e intelectualizaciones, primordialmente y, luego, con otras medidas más contundentes como evasión a través de medicamentos, alcohol o narcóticos. La intelectualización se reconocerá, especialmente, en la tendencia del paciente a justificar las razones de la Angustia, como si fuera la reacción natural ante hechos reales, de tal manera que la responsabilidad siempre queda en el mundo exterior. La desmentida suele orientarse a negar la existencia de la angustia, excluyéndola de la consciencia, de tal manera que solo se perciben las expresiones somáticas (sudor, temblor, taquicardia, diarrea, vómito).

Son conocidos los intentos de algunos sujetos por superar conscientemente la angustia, mediante actuaciones que contrarrestan su miedo (contrafóbicas), pero el afecto que permite disfrazar mejor la angustia es la agresividad defensiva, convertida a veces en hostilidad permanente. De esta última manera se oculta, especialmente, la timidez o la Angustia social. También sirve, como defensa, la evitación que conduce a prescindir de muchos contactos humanos que puedan despertar ansiedad. Las inhibiciones desempeñan otro papel definitivo en la vida de muchos neuróticos, sobre todo cuando coinciden con opiniones colectivas o ideologías imperantes. Entre las inhibiciones sociales son notables las inhibiciones para vincularse a los demás, para actuar en público, para desempeñar un liderazgo o ejercer un poder, para llevar a cabo una tarea o confiar en la capacidad física.

La Angustia es, pues, causa de la incapacidad de gozar, de las inhibiciones y de toda suerte de dificultades y de perturbaciones físicas (palpitaciones, cefaleas, fatiga, etc.). Se encuentra escondida en la adicción, la perversión y la somatización, en una serie de temores infundados y en una serie de desviaciones que perturban el logro de los propios ideales y valores.

A pesar de que el peligro que se vivencia es casi siempre vago e intangible, muchas veces llega a parecer real y, en todo caso, es abrumador. Tal como también lo es el sentimiento de indefensión. Esta doble exigencia, por una parte la necesidad de enfrentar un temor abrumador y, por la otra, tener que contener el sentimiento de indefensión, no solo se debe al conflicto pulsional, sino también a la hostilidad defensiva, principal defensa a la que se recurre.

La agresividad o la hostilidad constante, utilizada como protección contra el propio estado de aniquilamiento o indefensión, se encuentra destinada a la represión, toda vez que, el individuo, en el fondo, desea aparecer como sensato y bien adaptado. Al reprimir la hostilidad, el sujeto deja de sentirse hostil, y pierde la noción de que es agresivo, ya que la ira es excluida de la percepción consciente, aun cuando, desde luego, no es abolida. La rabia reprimida se disuelve aún más, en muchos casos a través de las sustituciones y desplazamientos. Sin embargo, el sujeto suele tener algún grado de consciencia de su hostilidad, que trata de dominar para evitar la confrontación, conservando solo lo necesario para no quedar a merced de los demás.

Las consecuencias de la represión de la ira son mayores sentimientos de indefensión, resultado de la inhibición y del aumento de la ambivalencia, ya que la rabia, casi siempre, concierne a alguien que se admira, necesita o gusta. El Principio de realidad y el sentido Superyóico de lo ilícito o inconveniente, ayudan a la restricción consciente de la hostilidad. Pero, en un momento dado, la represión cierra el camino a la expresión de la ira y, en adelante, solo se transgreden los controles externos e internos a través de las fantasías y los sueños. La escisión permite que la rabia reprimida se intensifique y, en consecuencia, se derive hacia otros objetos o situaciones, pero la presión que sigue ejerciendo desde el nivel inconsciente y el conflicto que se establece con otras necesidades e intereses, afectos o pulsiones, hace que se genere más angustia.

La proyección de la agresividad hacia el mundo exterior es otro mecanismo para asegurar la represión. Así, el sujeto no percibe que la rabia surge de su interior, sino que es una respuesta justificada ante la agresión de los demás. La persona sobre la cual se proyectan los impulsos hostiles es aquella contra quien estaban dirigidas en su origen. Lo contrario también ocurre, cuando alguien desea herir, engañar o atacar, teme que los demás le hagan otro tanto por venganza, lo cual lo inhibe aún más.

En tales condiciones, la angustia se hace cada vez más intolerable, porque la represión de la ira ocasiona el sentimiento de hallarse desamparado frente a los peligros amenazantes. Y, aun cuando se proyecte y se desplace a objetos sustitutos, las relaciones con el mundo externo se estrechan progresivamente. La angustia incrementa la hostilidad defensiva y esta, al reprimirse, genera más, de tal manera que por cualquier vía el círculo vicioso tiende a agravarse.

El factor fundamental de la angustia infantil, denominador común de la Estructura neurótica, es el ambiente traumático provocado por la carencia de un amor auténtico. Sobra decir, que el niño percibe el amor genuino y que resulta imposible engañarlo con demostraciones simuladas. La manifestación que hace evidente esta carencia es la respuesta poco empática de los padres a las necesidades del niño y a sus deseos más legítimos.

Los traumas propios de la evolución psicosexual (destete, castración, amenaza Superyóica), ocurren no solo por la incapacidad del niño para tolerar el evento, sino por la falta de acompañamiento adecuado de los padres. La frustración sexual, los celos, la rivalidad, el castigo, las privaciones, son factores desencadenantes de la Angustia, pero su importancia psicogenética depende del espíritu con el que estas situaciones se estimulan o apaciguan.

La inseguridad que ocasiona la falla empática de los padres, genera las primeras ansiedades, junto con la evasión defensiva o la rabia protectora. No es extraño que de inmediato la hostilidad del niño sea también objeto de censura por parte de los padres, con lo cual la indefensión del niño aumentará. El niño reprime su ira por la necesidad natural que tiene de sus padres, por temor de perderlos y por la necesidad de asegurarse la continuidad de su amor y de su protección. La respuesta neurótica se incrementa, si a lo anterior se agrega la culpabilidad y el sentimiento de indignidad, es decir, cuando se suma la lesión narcisista y el niño, para evitarse el sufrimiento de la confrontación, comienza a sentirse malo y a buscar el aislamiento social.

No se trata de concluir que la Angustia es la única causa que conduce a la Neurosis, pero sí que es el factor fundamental de la perturbación infantil, en especial cuando

se perpetúa dentro del círculo familiar y se producen reacciones de odio entre sus miembros, así como actitudes desconfiadas y rencorosas hacia el mundo circundante. En ese momento, el niño ya ha perdido la certeza de que se le quiere y aprecia, el ambiente se ha tornado peligroso, se sentirá herido y lastimado con facilidad, incapaz de defenderse, hipersensible a la frustración y temeroso de emprender cualquier realización, expansión o actuación. Tanto la Angustia, como la ira defensiva, se convertirán progresivamente en actitudes generalizadas, dando curso al establecimiento de una forma crónica de Neurosis o Trastorno de la personalidad. Si alguna circunstancia favorable intercepta este proceso, tanto en la niñez como en la vida adulta, se producirá el curso más benévolo, sin tanta alteración de los patrones básicos de la personalidad.

En la Estructura neurótica se encuentra, constantemente, una angustia básica referida a peligros que parecen reales y que el observador no experimentado puede confundir con respuestas normales. Por ejemplo, temor a las enfermedades, a las crisis económicas, sociales o políticas, a los fenómenos naturales, accidentes y alimentos descompuestos. Pero, cuando estos mismos temores aparecen en las personas normales nunca se sienten desprotegidas, ni inermes, sino al contrario, creen que pueden asimilarlos y combatirlos. Además, si la Angustia que desencadenan estas situaciones de realidad no tiene antecedentes en su infancia, de modo de no haberlas experimentado cuando no era posible dominarlas, no sienten la indefensión del Neurótico.

La debilidad intrínseca que siente este individuo hace perder la autoconfianza y genera el recelo que le impide contar con los demás para afrontar los peligros. En consecuencia, tiene que emplear la mayor parte de su energía en recuperar la seguridad perdida. En relación con sus congéneres, quedará expuesto a la sumisión, complacencia exagerada y resentimiento; a veces, buscará, de esta manera, la protección que anhela, y en otras ocasiones, mediante formaciones reactivas, buscará el poder y el éxito para no tener que depender de los demás. En ambos casos, se habrá establecido una necesidad neurótica del afecto de los demás.

Los comportamientos que se derivan del manejo de la Angustia y de la necesidad de rescatar el afecto pueden variar en forma apreciable. Algunos buscan cualquier recurso para obtener amor y estima, sin medir las consecuencias; otros se someten y ceden a las exigencias de los demás, excluyendo toda actitud asertiva o autoafirmativa; otros utilizan el poder o la supremacía económica o intelectual, a fin de ocultar y negar su necesidad de dependencia, y no faltan los que pretenden llevar una vida solitaria y de aislamiento, de modo que se evitan la sujeción a los demás.

Ya sea por la necesidad de una satisfacción pulsional (oral, anal o edípica), o por el anhelo de satisfacción y seguridad (afecto, poder y dominio), el Neurótico exige amor y aceptación, sin percibir que su propia sensibilidad y hostilidad latente entorpece y dificulta sus relaciones interpersonales. Sus exigencias compulsivas llevan al fracaso sus amistades, matrimonios, amoríos y conexiones profesionales o laborales. Con el agravante de culpar a los demás de desleales y aprovechados.

Todas estas características hacen de él una persona con incapacidad de amar, pero intensamente necesitado del amor de los demás. Incapacidad que se traduce en la exigencia de perfección del objeto, ya que debe satisfacer todas las necesidades del sujeto; incapacidad que se pone de manifiesto, cuando se utiliza al otro para obtener

determinado beneficio o lograr un calculado propósito; y que se hace evidente en la falta de goce y de satisfacción, en la medida que busca, más que todo, recuperar la seguridad y la autoestima.

Descriptivamente, pueden existir varias acepciones sobre lo que significa falta de amor, desde engaño, desconsideración, deslealtad, inconstancia, desprecio, envidia, desatención, irrespeto y desconocimiento. En la Neurosis, habría que agregar Angustia, culpabilidad, incapacidad para confiar y hostilidad (reproche constante o reclamo quejumbroso). Además, para el Neurótico, la obtención de cariño es una urgencia vital, de tal manera que su solicitud resulta compulsiva. Por tal razón, el hecho de ser amado se sobrevalora y se connota como algo trascendental. Su felicidad y su seguridad dependen de que se le aprecie y quiera.

En algunos casos, el deseo de aceptación y consideración es indiscriminado, esto es, que se espera de todas las personas, y cualquiera que los rechace puede perturbar su estado de ánimo. Otros neuróticos no toleran la soledad, porque se sienten abandonados. Los hay quienes esperan el cariño tranquilizador de determinado grupo o sexo, y se encuentran quienes buscan el sexo compulsivamente por la necesidad de agradar y conquistar. Las formas de sumisión y dependencia exigen una protección constante, pero mantienen un trasfondo de hostilidad.

La necesidad compulsiva de amor se caracteriza por la insaciabilidad. No se trata de la satisfacción de las propias necesidades, sino de una urgencia estimulada por la angustia. Otras necesidades similares se observan en la gula, la ambición, la codicia, la voracidad, la masturbación y la eroticidad. El elemento compulsivo tiene su origen en los traumas infantiles (pregenitales, genitales o narcisistas).

Los celos son desproporcionados al peligro y están presentes en todas las relaciones humanas, derivan de los celos infantiles y encierran la demanda de amor incondicional, es decir, sin límite ni reserva. En el afán de ser amado, pese a cualquier conducta desleal u ofensiva, el Neurótico demuestra la irracionalidad de su exigencia amorosa. Puede, incluso, pretender un amor sin reciprocidad alguna, lo cual, en el fondo, pone de manifiesto la dificultad para amar u ofrecer cariño. Si en algún momento cree haber dado mucho amor, puede sentir que el otro busca su propia satisfacción y sospechar de sus intenciones. En las relaciones sexuales, pueden dudar de que la satisfacción de la pareja sea producto del amor y creer que sólo son amados por el placer que brindan. Durante el proceso analítico, reconocen intelectualmente el valor del tratamiento, pero se sienten explotados económicamente y no aceptan el genuino interés del analista. Puede dudar hasta del amor de los propios hijos, y llegar a creer que sólo lo aman por los beneficios que reciben. En fin, hay una intensa desconsideración por el amor del otro, que siempre perciben como insuficiente. A lo cual se suma la oculta hostilidad, que termina por cerrar la vía hacia el camino que necesita.

Una profunda convicción acompaña al Neurótico, la de que no le es posible existir por sus propios medios y, por ende, cuando necesita algo de los demás debe otorgársele sin vacilación. La imperiosa necesidad de afecto conlleva una extrema sensibilidad al rechazo, de tal modo que una persona neurótica puede experimentar intenso desprecio por una cita aplazada, una larga espera, un desacuerdo de opiniones o una falta de satisfacción de cualquier otro deseo. Se sienten insignificantes si se les ignora y desarro-

llan hostilidad e irritación. Ante la sola perspectiva de un rechazo pueden generar un antagonismo anticipado. Esta misma prevención puede producir una frialdad o dureza defensiva, sin que falte el abierto desdén o la venganza.

El miedo al rechazo obstaculiza la búsqueda del amor, toda vez que lleva a una serie de inhibiciones que se expresan como timidez y distancia defensiva. No permite a los demás la expresión de su cariño, creándose una pauta que perpetúa la Angustia y la necesidad exagerada de cariño. El mecanismo utilizado para reasegurarse engendra, a su vez, una nueva, agravándose así el cuadro neurótico. Acorralado por este círculo vicioso, sigue intentando conseguir el afecto que necesita, para lo cual utiliza maniobras soterradas como el chantaje y el ruego caritativo, las amenazas y las acusaciones de injusticia, la ingestión de alcohol y la masturbación.

Esta búsqueda incluye, también, el desarrollo de la generosidad excesiva de tipo coactivo, mediante la cual la persona procura obtener cariño a cambio de su ayuda al prójimo. Igual pasa con la exhibición del sufrimiento ante los demás y con la extorsión, a través de situaciones complicadas que obligan a socorrerle. La dramatización, que genera conmiseración, es otra táctica, lo mismo que la abnegación, para esperar secretamente una recompensa. La culpabilización de los demás, acompañada de exigencias de reparación, es también común, así como la recriminación y las demandas mágicas, tan frecuentemente observadas en el análisis.

El chantaje emocional puede utilizar la amenaza o la actuación suicida, para obtener cariño y demostrar, histriónicamente, cómo se quiere al objeto amado. No suele efectuarse cuando hay esperanzas de lograr el amor deseado, pero si se pierden las esperanzas puede realizarse debido a la desesperación y al afán de venganza.

La sexualidad está alterada, justamente por la percepción constante de un temor culposo al desamor. Normalmente existen nexos incuestionables entre la ternura y la actividad erótica. Pero, no siempre estas emociones coinciden y se intercambian. La Angustia que acompaña el temor al rechazo o a la pérdida, incrementa o atenúa la expresión erótica. Las inhibiciones, o los deseos compulsivos compensatorios que se originan en los traumas o conflictos psicosexuales, se expresan tanto en el cortejo como en el goce.

El ejercicio sano y tranquilo del erotismo, relajante, placentero, cariñoso e integrador, no se acompaña de la expectativa de confirmar el amor del objeto. La necesidad ansiosa y compulsiva de placer sexual, con elección indiscriminada del objeto y perturbación del vínculo afectivo, es común en las Estructuras neuróticas. Incluso algunos se sienten intensamente perturbados por el intercambio amoroso y responden con impotencia, culpabilización a la pareja, intensidad compensatoria o sexualidad polimorfa. No son infrecuentes las reacciones de odio, rabia y sospecha que surgen en los encuentros eróticos.

El incremento de las necesidades sexuales, bajo el imperio inconsciente de la Angustia, hace que algunos individuos presenten sus exigencias como producto de su temperamento o de su liberalidad. En realidad, tienen una necesidad de afecto encubierta y la sexualidad es una salida destinada a aliviarla. En el otro extremo se encuentra la inhibición que refleja la posición neurótica de sentirse víctima de intenso recelo y hostilidad.

En las relaciones amorosas, la tendencia neurótica a derrotar, superar y humillar a la pareja puede tornarse primordial, con menoscabo evidente del componente de cariño y comprensión. La sexualidad asociada competitivamente a la dominación del otro, causa inhibición o desafueros frustrantes. La degradación del objeto amoroso toma diversos caminos: frigidez o impotencia, ciega idolatría o desdén, ambivalencia ante el éxito de la pareja y preferencias sexuales diferentes.

Cuando, además de la búsqueda de amor, el enfermo neurótico ha perdido contacto interpersonal, suele buscar seguridad a través de la obtención de fama, poder o dinero. En este caso no se observa una expectativa proporcional a las capacidades mentales o físicas de la persona, sino una necesidad urgente de superar el sentimiento de inferioridad. La Angustia por el afán de poder o dominación se pone de relieve en su impaciencia característica. Si los demás no cumplen con precisión y exactitud lo que de ellos se espera, en el momento que desea el sujeto, asume una actitud autoritaria desproporcionada. Las demoras, los desaires, los desvíos, son experimentados como falta de cariño y atención, irrespeto, desconocimiento y desprecio. No soporta que nadie deje de admirarle y servirle. Anhela el aplauso y la ponderación. Teme la humillación y el desprestigio. El dinero se busca, más como protección ante el peligro de perder afecto, que como medio para disfrutar los placeres de la vida. No es extraña la mezquindad, la tendencia dominadora a humillar y despojar, y la abierta hostilidad. Estas actitudes defensivas se convierten en causas de nuevas frustraciones, menos amor y más aislamiento.

La tendencia a admirar a otros, alterna con la tendencia a humillar como protección contra la propia degradación. El sentimiento de perjudicar, aunado a la disposición a explotar y aventajar, pone de manifiesto la incapacidad para disfrutar las relaciones humanas. El afán de competencia se extiende a todas las actividades humanas. Los verdaderos fines y los intereses por los propósitos reales se soslayan a favor de la meta compulsiva de ser mejor, más inteligente, hermoso y conquistador. Desde luego, nunca reconoce la comparación que establece con los demás. La ambición es desmedida y cualquier frustración a sus pretensiones provoca resentimiento. La ambición incontrolable provoca, también, dispersión en algunos, ya que no logran ubicarse en un solo propósito, por miedo a perder otras oportunidades. El carácter destructivo de la competencia genera culpabilidad y angustia en el Neurótico, haciéndole temer la represalia y llevándolo a abandonar el deseo de éxito y la ambición normal. Llega a creer que los demás se regocijarán con sus pérdidas.

El elemento hostil está presente, predominantemente, en la competencia neurótica, hasta el punto de que, vencer al otro se convierte en una meta más importante que gozar con el triunfo. Dicha competencia puede encontrarse en todas las relaciones, incluyendo las de hijos y padres, analizando y analistas. El impulso destructivo implícito interfiere en la pugna competitiva, de tal manera, que las necesidades de poderío y dominio adquieren trascendencia propia, sin considerar los sufrimientos que puedan acarrear en los demás o las consecuencias negativas, sobre las relaciones familiares o el éxito terapéutico.

La aprehensión al fracaso redoblará los esfuerzos de muchos neuróticos, o los precipitará hacia intentos desesperados por evitar la derrota. Pueden emerger necesidades

de éxito exagerado, en las pruebas como exámenes o apariciones en público, ante los cuales puede mostrarse frío, indiferente o exactamente lo opuesto, arrogante y vanidoso. Ser modesto y quedarse arrinconado para no llamar la atención es una actitud frecuente. Renunciar, no arriesgar nada y caer en la pasividad, por el miedo a la envidia ajena y a la consiguiente pérdida de amor, es otra actitud que aumenta su conflicto y su carencia. La inhibición por la temida competencia produce conductas irracionales, como olvidar una cita importante, llegar tarde a una reunión, bloquear el pensamiento durante una discusión o conversación, y dejar una mala impresión por expresarse en forma confusa.

El conflicto es, en realidad, una lucha sin esperanzas. El Neurótico tiene un deseo frenético y compulsivo de ser el primero en toda competición, pero igualmente tiende a coartarse a sí mismo ante cualquier progreso. Oscila entre pequeñas ganancias y fracasos repetitivos. Puede inhibir por completo sus ambiciones o realizar excelentes obras, pero huir ante el menor indicio de éxito, o alcanzar notables triunfos sin poderlos disfrutar. Las ambiciones pueden reprimirse, en forma tal, que se abandone toda tarea o se incapacite para evitar el éxito. Aún más, puede llegar a establecer, como rasgo permanente, la idea de incapacidad o inferioridad frente a los reales o supuestos competidores, de modo que elimina de su consciencia cualquier posibilidad de competencia, al parecerle absurda alguna pretensión de éxito.

Las capacidades que desestima para aplacar la angustia, son, justamente, aquellas en que más desea sobresalir el individuo. Si la ambición es intelectual, se establece la represión a nivel de la inteligencia; si es erótica, se menoscaban las aptitudes para la práctica amorosa. Como tal actitud puede abarcar todas las esferas del funcionamiento mental, no es difícil encontrar, entre las Estructuras neuróticas, fracasos permanentes o falta de rendimiento, a pesar de las buenas oportunidades o dotes naturales. Ven pasar a otros adelante en su desarrollo y terminan en edad avanzada con un vago malestar, no masoquista, ni equivocado, sino real y justificado por su falta de realizaciones.

Todas estas características de la Estructura neurótica se concibieron inicialmente como determinadas por los conflictos edípicos. Pero estos no se consideran, en la actualidad, como los únicos determinantes, sino que también intervienen en la psicogénesis factores carenciales, relacionados con otros aspectos del desarrollo.

En la Estructura se desarrolla un *Self* nuclear estable, pero incapaz de realizar todas sus potencialidades, en razón de que, buena parte de sus energías, se ha visto comprometida en enfrentar la angustia y resolver los conflictos intersistémicos. Las fallas del *Self* no se deben, en estos casos, a falta de apego, proximidad o estimulación de los *Selfobjects* arcaicos (padres), sino a una ausencia de respuesta empática ante las pulsiones agresivas y sexuales propias de la fase edípica; en otras palabras, en lugar de que los padres den una respuesta de ternura, admiración y autoafirmación frente a las pulsiones que amenazan a la frágil criatura, dan una respuesta fragmentaria e incompleta que resulta perturbadora y, por ende, aumenta la angustia del niño.

Las alteraciones psicopatológicas propias de la Estructura neurótica no se refieren a las reacciones situacionales, que ceden pronto ante la comprensión y el apoyo, sino a aquellas condiciones que no sólo presentan síntomas neuróticos, sino que, además, contienen una perturbación interna permanente. Es un concepto diferente del propuesto por Alexander (1930) con el término Neurosis de carácter, en el cual se ex-

cluían los síntomas clínicos. En realidad, la presencia o ausencia de síntomas carece de significado para establecer el sufrimiento que acompaña a la Estructura neurótica. Es un trastorno crónico, que comienza en la infancia y llega a afectar amplios sectores del funcionamiento mental. Aparentemente, puede relacionarse con un conflicto actual, pero un minucioso estudio de la anamnesis puede identificar los rasgos anormales anteriores y la deficiente operatividad del *Self*, previa a la situación conflictual. La perturbación inmediata obedece, en buena parte, a un trastorno preexistente, o sea, que el individuo reacciona en forma neurótica a una situación vital que, para una persona sana, no entrañaría el menor conflicto.

El trastorno preexistente podría concebirse así: Si los padres fracasan en su función especular o idealizadora y, por consiguiente, el *Self* del niño no logra suficiente cohesión y está expuesto a la fragmentación, al llegar a la fase edípica encuentra dificultades para afirmarse en su sexualidad homo y heteroerótica y en sus manifestaciones agresivas. Si a esto se agrega el conflicto intersistémico (Ello, Yo y Superyó) y los padres, de nuevo, no aportan la necesaria sustentación, el infante experimentará abandono y rechazo, provocándose un vacío que aumenta la fragilidad del *Self*. En algunos casos, irrumpirá la rabia destructiva y, en otros, aparecerán los comportamientos desviados (sexuales u hostiles), cuyo objetivo será el de reforzar el *Self* vulnerado y mantener el contacto con los *Selfobjects*; o sea, que las conductas perversas tienen una función reparadora, a pesar de que la búsqueda de la integración se haya hecho en forma sintomática (Kohut, 1977).

La Ansiedad de castración, con sus acompañantes característicos (fantasías de mutilación, pesadillas, terrores nocturnos y sentimientos de culpabilidad), forma parte de la trama destructiva. Pero, esta no será muy intensa, si el niño recibe un saludable apoyo durante la fase edípica, y sale fortalecido con objetivos eróticos validados. Al contrario, si esta fase se torna muy crítica y el *Self* se hace más vulnerable, aparecerán con más intensidad las conductas instintivas descontroladas.

Ahora bien, la Estructura neurótica es el trasfondo de toda Neurosis y el determinante de las características cognitivas, afectivas y conductuales del individuo que la padece. Pero, aunque los síntomas pueden variar o hasta faltar por completo, la cura del síntoma es importante, porque contiene la psicodinamia del conflicto, concentra el sufrimiento psicológico y condiciona la demanda del paciente; no obstante, el factor patógeno esencial se encuentra oculto dentro del desarrollo global de la persona, formando parte de la esencia misma de su *Self*.

Entre los síntomas de las diferentes Neurosis son más importantes las similitudes que las discrepancias. Las diferencias radican en los mecanismos empleados para resolver los problemas (desplazamiento y sustitución en el histérico; intelectualización y aislamiento en el obsesivo). Las semejanzas tienen que ver con el contenido del conflicto y la perturbación del desarrollo.

B. Estructura narcisista

Freud (1914), estableció una diferencia esencial entre las Neurosis de Transferencia y las Neurosis narcisistas. Los pacientes con las de Transferencia retiran su Libido del

objeto real y la colocan en objetos fantaseados, o sea, en representaciones intrapsíquicas de objeto. En cambio, los que padecen la narcisista retiran la Libido del objeto y la desplazan hacia el Yo. Como consecuencia, su investidura es el resultado de una transformación pulsional, ya que la Libido objetal se convierte en narcisista, mediante un movimiento regresivo.

En lo que se refiere al desarrollo, Freud consideró que la diferenciación del *Self*, respecto de los objetos, se producía gracias al tentativo y lento transcurrir desde el Narcicismo primario, o investidura narcisista de la Libido, hasta el predominio relativamente estable de la Libido objetal. Para describir este proceso, utilizó la metáfora de los pseudópodos de la ameba, que se extienden para atrapar un objeto y luego se contraen de nuevo.

En un principio, había visto el Narcicismo como una perversión sexual, es decir, como un fenómeno psicopatológico. Dentro del contexto de la segunda teoría instintual, consideró antitéticas la Libido objetal y la narcisista, lo cual equivalía a decir, que mientras más se da de sí mismo más se empobrece el Yo, y mientras más se retiene Libido narcisista mayor proclividad a la Psicosis. El Narcicismo pasaba, en su evolución, desde una fase autoerótica, en la cual existía una organización anobjetal del Yo, hasta la fase narcisista propiamente dicha, que contaba con un esquema organizativo y un objeto, que es el propio cuerpo.

Entre el Narcicismo y la relación objetal, se encuentra la relación anaclítica, en la cual se depende de un objeto externo para la gratificación. En esta concepción, hay dos tipos de Narcicismo, el primario y el secundario; este último, que implica un retorno a la organización narcisista, se observa, normalmente, en la adolescencia y, patológicamente, en la Esquizofrenia y en los estados paranoides.

El incremento de patologías relacionadas con el estrés crónico, la descompensación traumática y la regresión psicósomática, junto con los cuadros de fragmentación psíquica, provocados por exigencias que sobrepasan un límite de funcionamiento, exigieron al Psicoanálisis innovaciones teóricas y respuestas terapéuticas particulares. En la segunda mitad del siglo pasado, tanto los analizandos como un buen número de individuos, cambiaron sus prioridades y pasaron de experimentar el saber, como primordial, hasta una preocupación existencial más definida, o sea, a la lucha del *Self*, en su tentativa por resguardar su integridad y sus potencialidades.

Los aportes de Erikson (1950), Federn (1952), Fairbairn (1952), Guntrip (1961), Sullivan (1962), Hartmann (1964), Jacobson (1964), Winnicott (1965), Mahler (1968), y Modell (1984), contribuyeron a aclarar las relaciones del *Self*, y los objetos que, en cierta forma, dieron una respuesta al esquema patológico, predominante en la segunda mitad del siglo pasado. Pero, la reformulación de la teoría psicoanalítica del Narcicismo corrió a cargo de Kohut (1966), quien, a lo largo de su obra, hizo tres propuestas fundamentales: El Narcicismo tiene una línea de desarrollo propia, diferente, aunque paralela, a la que corresponde a la Libido psicosexual de objeto. Entre el autoerotismo y el Narcicismo adulto existen dos etapas intermedias denominadas *Self* grandioso e Imago parental idealizada: el primero es la etapa de la autoperfección y admiración, y la segunda es el objeto arcaico investido de Libido narcisista, amalgamado con elementos constitutivos del amor de objeto. Y, la tercera, fue la puesta en evidencia

de que el Narcisismo primario se transforma en maduro o adulto, e incluye empatía, sabiduría, humor, creatividad y aceptación de la transitoriedad.

A partir de la obra de Kohut, se lo define como la catexia libidinal del *Self*, con un desarrollo simultáneo pero paralelo al de la Libido objetal. Aunque ambos desarrollos coexisten, difieren esencialmente, ya que, en la línea narcisista, los objetos se hallan revestidos de Libido narcisista, mientras que en la línea de la Libido objetal los objetos se revisten de esta Libido, como es obvio, y se hallan al servicio del amor de objeto. Naturalmente, dentro de la línea de desarrollo narcisista, la naturaleza de las relaciones objetales evoluciona de manera diferente: durante las fases tempranas, el niño se relaciona con los demás, no considerándolos como entes separados, sino como objetos de su propio *Self* (*Selfobjects*), a quienes confía funciones psicológicas vitales, como la regulación de la autoestima y de la tensión intrapsíquica, a más del mantenimiento de la cohesión del *Self*. En fases más avanzadas, se produce un abandono gradual de la necesidad de los *Selfobjects* y se acrecienta la habilidad para manejar las funciones psicológicas vitales, por sí mismo, denotándose una capacidad, cada vez mayor, para vivenciar a los demás como separados y como objetos de gratificación instintiva.

Podría pensarse, de acuerdo con lo anterior, que dentro de lo normal, los *Selfobjects* pudiesen reemplazarse por objetos psicosexuales y así unirse las dos líneas de desarrollo libidinal. En realidad, no sucede de esa manera, debido a que siempre se requerirán los *Selfobjects*, aun cuando se haya cohesionado el *Self*, toda vez que el mantenimiento de las funciones psicológicas básicas requiere permanentemente la contribución de estos elementos vitales. En consecuencia, del Narcisismo primario, o del patológico, que resulta de la persistencia del primero, se pasa al Narcisismo adulto o saludable, manteniéndose independiente la línea del proceso narcisista, de la del desarrollo psicosexual. Esto no significa que los conflictos derivados de alguna de estas áreas y las alteraciones resultantes en las correspondientes líneas de desarrollo, dejen de tener algún tipo de interacción.

Tanto en esta Estructura, como en las demás desviaciones patológicas del desarrollo, se continúa requiriendo de los *Selfobjects* para mantener la cohesividad del *Self* y la regulación de la autoestima. Esta dinámica es diferente de la que se produce en la línea de desarrollo de la Libido objetal. En esta última, el fin psicodinámico es la investidura de los objetos, lo cual influye en las relaciones interpersonales, en la medida que los demás se perciben como fuente de amor, odio o frustración.

Por las razones anteriores, en la descripción de la Estructura neurótica pusimos el énfasis en la respuesta afectiva frente a la frustración amorosa y frente al odio reactivo. En cambio, en la narcisista destacamos la reacción emocional frente a la pérdida de la autoestima. En realidad, la función de la Libido narcisista al investir al *Self* es, fundamentalmente, mantener su cohesión, estabilidad y firmeza, a la vez que generar la función de la autoestima, que permite al individuo sentirse razonablemente jubiloso, participante y positivo, pese a las dificultades físicas, psíquicas y sociales. De ahí que, cuando falta la energía de la Libido narcisista, como en el caso de la Estructura narcisista, el *Self* se fragmenta, pierde su integración y, por ende, la capacidad de obtener las vivencias integradoras de la vida adulta.

Básicamente, en la Estructura narcisista se encuentra una insuficiente catectización del *Self*, que se traduce en una incapacidad del individuo para encontrar el bienestar normal, el logro de la aceptación por parte de los demás y la capacidad de sentirse perteneciente a un grupo para compartir ideas, teorías y culturas. Al no disponer de suficiente Libido narcisista, se disminuye la capacidad de obtener el indispensable suministro narcisista a partir del medio circundante, creándose así un círculo vicioso, ya que, a menor posibilidad de suministros menor catectización del *Self*, si esta no se logra, tampoco hay capacidad para obtenerla.

La regulación de la autoestima es concomitantemente deficiente en la Estructura narcisista. Sin embargo, el Narcisismo no es sinónimo de autoestima, aun cuando los dos conceptos tienen íntima relación e interactúan funcionalmente. Las diferencias entre los dos conceptos fueron explicadas por Val (1982). En efecto, las bajas en la autoestima pueden reflejar, tanto patología narcisista como psicosexual. Desde luego, cuando se produce una falla en la cohesión del *Self*, la constante es una mayor vulnerabilidad de la autoestima.

La baja autoestima se hace evidente, cuando el sujeto se percibe como indefenso y vacío frente a los problemas de la realidad o frente a las inevitables frustraciones. La razón de esta evidencia clínica se encuentra dentro del proceso evolutivo. En la fase inicial, el *Self* no se encuentra integrado, por lo cual el niño necesita el apoyo total de la madre. La perfección absoluta, así experimentada por el niño, se altera con las inevitables frustraciones durante el cuidado maternal. Sin embargo, el equilibrio narcisista se mantiene, gracias al desarrollo del *Self* grandioso (exhibicionista) y a la posibilidad de desplazar la perfección inicial a la *imago* parental idealizada (omnipotente). En este paso, cumplen un papel importante, tanto la función especular de los padres como su función idealizadora, lo cual hace que el niño pueda sentirse pleno y poderoso.

Consecutivamente, quien presenta patología narcisista se siente vulnerable y frágil, es decir, lo contrario de pleno y poderoso. Y, como consecuencia, ni regula adecuadamente su autoestima ni logra un completo desarrollo de sus ambiciones, ideales y valores, ya que esta meta sólo es posible, cuando la grandiosidad arcaica y el exhibicionismo son domesticados, modulados y transformados en Narcisismo saludable, por medio del espejamiento empático y las oportunidades para la idealización parental, que ofrecen los *Selfobjects* arcaicos.

La angustia que experimentan los individuos con Estructura narcisista conlleva una amenaza de aniquilamiento, que corresponde a la ansiedad de desintegración. Es diferente a la que se experimenta como respuesta a un peligro específico, descrita por Freud (1926), para explicar la ansiedad neurótica. El terror a la aniquilación no se debe al miedo pulsional, o a la anticipación del castigo, o sea no es causada por un peligro libidinal, sino que se debe a la percepción anticipatoria de la ruptura del *Self*.

Aun cuando Freud, implícitamente, relacionó la Angustia con la integración del *Self*, puesto que consideró que el Yo era la instancia básicamente amenazada, consideró como prominente el ligamen entre instinto y ansiedad. La concepción inicial de la Angustia relacionada con un peligro externo potencial (destete, pérdida de objeto, ansiedad castratoria o desaprobación Superyóica), fue paulatinamente sustituida, tanto por la explicación del conflicto intersistémico consecutivo a la internalización

de las prohibiciones externas y los castigos como por la descripción de la situación traumática que se apodera del Yo, cuando la excesiva excitación libidinal lo invade. A lo anterior, se agrega la función primaria de la Angustia, que consiste en evitar situaciones traumáticas, alertando al organismo en las situaciones de peligro, es decir, en las circunstancias en que falló la movilización de defensas.

La Angustia, en la patología narcisista o patología de déficit, se entiende mejor como fenómeno subjetivo individual, por defectos o debilidades estructurales del *Self*, y no tanto por el conflicto intersistémico (Ello, Yo, Superyó), consecutivo a la lucha pulsional.

Es el momento de aclarar, que el *Self* es una estructura psicológica, porque constituye, en el interior de la persona, la base de sentimientos de bienestar y autoestima, y porque está catectizada con Libido narcisista, de tal manera que es duradera y constante, o sea, que tiene continuidad en el tiempo. Cuando nos referimos a las Estructuras psicopatológicas, obviamente estamos hablando de las deformaciones que ha seguido el *Self*. Cuando es cohesivo, como en el caso de la Neurosis, estamos frente a patologías de conflicto. Cuando no lo es, sino frágil o desintegrado, la patología es de déficit o de carencia, porque le faltó estructuración.

En la Estructura narcisista, se desarrollan actividades psíquicas encaminadas a preservarlo, ya que, por su propia vulnerabilidad, se encuentra expuesto. El sujeto necesita completar su desarrollo y cumplir su programa nuclear, y no propiamente enfrentar la compulsión repetitiva de las formas de instintividad autodestructiva.

Las características más relevantes de esta Estructura son los problemas de autoestima, que incluyen desvalorización, vergüenza e inseguridad de sí mismo, y las heridas narcisistas que desencadenan agresividad, furia, venganza y letargo. En ambos casos, hay sensación de muerte psíquica, abatimiento, desesperanza, fracaso del proyecto vital que produce falta del sentido de la vida, pérdida del entusiasmo y de la vitalidad, falta de iniciativa para realizar proyectos, opacamiento y superficialidad de los sentimientos.

En los estados de fragmentación de la Estructura narcisista, se observa depresión vacía, muchas veces sin llanto, con afectividad plana, desilusión marcada y, sobretodo, sin aparente culpabilidad, deseos reparativos, y sin ansiedades de superación. También, se presenta un estado de ansiedad constante, temor culposo y pánico, disociaciones y sensaciones de fin del mundo, mal funcionamiento mental, como pérdida de la memoria, desorganización en las asociaciones, disminución de la función sintética y deficiencias en el juicio de realidad. La hipocondría es muy frecuente, como manifestación del despegamiento del *Self*, por falta de catexia narcisista, en cuyo caso, la vivencia de que los órganos están separados del resto, han cambiado o se sienten diferentes, reflejan que la percepción está resquebrajada, y que estos se han hecho conscientes en la vida del paciente. Algunos, incluso manifiestan el desorden en su conducta. Expresan gran sensibilidad a la hostilidad, reacciones inapropiadas de tipo agresivo y demandas exageradas de dulzura, calma y espejamiento por parte de los demás.

Tanto en el comportamiento homosexual como en las adicciones, se busca la unión gratificante y la frenética búsqueda de felicidad, por medio del reencuentro con un *Selfobject* arcaico, idealizado e idealizador. La patología puede derivar hacia conductas

delictivas, como el robo o la violación, cuyo propósito es obtener, en forma audaz y forzosa, la posesión de un objeto externo que representa la expresión simbólica de un regalo para el *Self*, proveniente de su *Selfobject*. El *acting out*¹⁴ asocial, traducido en conductas delictivas o cercanas a la delincuencia, es, en la Estructura narcisista, consecuencia de la irrupción parcial de aspectos reprimidos del *Self* grandioso, más que de la insuficiencia Superyóica, de la impulsividad exagerada, o de la debilidad del Yo.

La queja, relacionada con la sensación de aislamiento y abandono, es muy común. Pone de presente la incapacidad para conformar y mantener relaciones humanas, y hace evidente la necesidad de que los demás suplan estas funciones y respondan como *Selfobjects* arcaicos. Estos sujetos fracasaron, durante la niñez, en la relación *Self-Selfobject*, motivo por el cual se ven compelidos a buscar repetitivamente los vínculos arcaicos, sin mucho beneficio, porque, al poco tiempo, ellos mismos los rechazan. La falla en la internalización transmutadora, que se encuentra implícita en tal conducta, conduce a una vulnerabilidad mayor, e impide el desarrollo de una actitud favorable a la comprensión empática.

Vale la pena recalcar que, en la Estructura narcisista, se alcanzó a establecer un *Self* nuclear, frágil pero más firme que el de los Fronterizos y Psicóticos y, por lo mismo, no tan expuesto a la desorganización caótica. Obviamente, la conformación del *Self* es incompleta, con el resultado de que su reacción ante las heridas narcisistas es de colapso, debilitamiento e inarmonía temporales. La paz interior, la capacidad para el trabajo y la productividad, también están interferidas, pese a que la adaptación social es relativamente adecuada, y el funcionamiento general no revela graves alteraciones.

En esencia, los déficits del *Self* ponen de presente los fracasos relacionales durante el desarrollo. El resultado es el deterioro de la autoimagen, las relaciones objetales insatisfactorias, la falta de fuertes convicciones, valores e ideales, la falta de energía y tenacidad para el logro de las ambiciones personales y el sentimiento de fracaso, culpabilidad y autodestrucción. En el individuo persisten, al lado de la baja autoestima, el sentimiento infantil de haber sido ofendido, dañado, privado, desestimado y desatendido, así como las conductas compensatorias que llevan a situaciones peligrosas y temerarias. La intensidad de las necesidades y expectativas infantiles por obtener confirmación, apoyo y apaciguamiento, socavan las posibilidades de continuar desarrollando las funciones autónomas del *Self*. Lo más frecuente es que, ante el fracaso adaptativo, se presenten explosiones agresivas (ira narcisista). Las expresiones negativas son la regla. Las conductas amistosas, las buenas intenciones y los sentimientos positivos por parte de los demás, son recibidos con suspicacia. Obviamente, se relacionan con las personas por lo que puedan obtener de ellas, no tanto por lo que sean. En la vida amorosa, el narcisista puede escoger un objeto idealizado, al cual se adhiere afectivamente, aun cuando frecuentemente engaña y es infiel. Controla, explota y manipula, hasta el punto de que a veces parece tener una conducta psicopática. Por su necesidad de recibir atención, puede aparecer como encantador y sociable, pero el interés por el otro siempre se desarrolla en función de

14 *Acting out* se ha traducido como "actuación", pero se refiere concretamente al hecho de recordar conflictos reprimidos por medio de acciones, en lugar de hacerlo verbalmente, desde luego sin su reconocimiento consciente. (N. A.)

sus propias necesidades. En lugar de verdadera empatía hay una constante actividad y excitación, mezcla de adulación con vacío interior, soledad y aislamiento. La regresión a fantasías de omnipotencia hace que no pueda concebir, en forma realista, el mundo circundante, de modo que no puede confiar ni depender, realmente, de nadie.

Los conflictos edípicos y preedípicos se encuentran aumentados en la Estructura narcisista, debido a que las respuestas empáticas de los padres tampoco se dieron con relación a las pulsiones eróticas o agresivas, propias de esas fases. De ahí, que se encuentren soluciones patológicas de compromiso, que originan tendencias sexuales polimorfas y perversas (Goldberg, 1995).

Los sujetos con Estructura narcisista han aumentado considerablemente en la consulta psicoanalítica. El incremento de este tipo de personalidad se debe a mayores perturbaciones en el desarrollo, inducidas por deficiencias en la relación *Self-Selfobject*. Muchas de las características descritas, constituyen respuestas a traumas del desarrollo, o sea, narcisistas (González, 2003), que se originan en las insuficiencias parentales, ya sea por falta de respuesta emocional o por un grado excesivo de intrusión psicológica o física. Desde luego, no falta el espejamiento 'inauténtico' (Kohut 1985). Kohut creía, que la disolución de la familia extensa, unida a una pauta modificada de actividad laboral, ha contribuido a generar ambientes subestimulantes para el niño. Situación que se ve reforzada con las pocas oportunidades que los niños, hoy en día, tienen para observar a sus padres trabajando, lo cual propicia una falta de contacto competitivo, necesario para la formación del *Self* nuclear.

Modell (1984) agrega el componente social adverso, en la conformación de esta Estructura. Una comunicación espuria o dolosa, de los miembros de la sociedad actual, refuerza la respuesta desarrollada por el sujeto, frente al vínculo con los padres, especialmente si actuaban con falsedad afectiva, tan frecuente en nuestra época. El *Self* auténtico puede escindirse, socavarse y volverse inaccesible al resto de la personalidad, si el adolescente recibe este reforzamiento social a sus, ya patológicas, relaciones objetales. Este autor se apoya en Morgenthau y Person (1978), para describir la desilusión creciente sobre las instituciones sociales, debido en parte a que, en la vida pública, ya no existe congruencia entre lo que las personas creen y lo que dicen.

El elemento que el niño detecta con mayor precisión, fuera de la disponibilidad del sujeto para la satisfacción de sus deseos, es el estado afectivo de la madre. Aún en las crisis sociales más descontroladas, la madre ha podido preservar el *Self* del niño con sus cuidados amorosos. El infante, desvalido ante su propio destino, puede encontrar, en el manejo de los afectos por parte de la madre, la clave para la integración de su Estructura psicológica. Si es falso y perturba el proceso idealizante o el proceso especular, el niño recurre a mecanismos básicos, como el bloqueo afectivo. Es el caso de la depresión vacía, observada en las Estructuras narcisistas. El individuo llora y se queja, silenciosamente, sin comunicar tristeza. Más que de aislamiento afectivo, es un problema de desconexión, o ruptura del vínculo.

La desconexión, o ruptura del vínculo, incluye una alteración profunda en la comunicación. O bien el sujeto no conecta sus ideas o interrumpe su relato, o bien desplaza los temas o dice incongruencias. Sin tener una perturbación del pensamiento, como en el caso de la Psicosis, utiliza, defensivamente, una estrategia de incomunicación.

En compensación a la falta de calidez, a la vacuidad y a la falta de comunicación, el sujeto desarrolla una actitud fingida, con afectos superficiales, manipulados y falsos, que le dan la apariencia de no necesitar nada de los demás. Cierta grado de omnipotencia conduce a estas personas a fantasías de autosuficiencia y grandiosidad, sin que realmente puedan evitar la extrema dependencia y vulnerabilidad. El retraimiento y la incomunicación aumentan, cuando, proyectivamente, sienten a los demás como omnipotentes, y temen ser avasallados. Aparece, entonces, el miedo a ser dominados y a convertirse en esclavos ajenos.

Sin tener en cuenta la incapacidad de los progenitores para proveer un espejamiento positivo, basado en una comunicación emocional genuina, estas últimas características de la Estructura narcisista no podrían entenderse. Si el niño no confía en la respuesta confirmatoria de los padres, aprende a desconectarse, apoyar su *Self* en la fantasía omnipotente o enfrentar el vacío afectivo, con relaciones sentimentales fraudulentas.

Aun cuando las personas con Estructura narcisista padecen interferencias en su capacidad de trabajo y productividad, así como en su bienestar y paz interior, suelen mantener una adaptación social relativamente adecuada y un buen funcionamiento general. Sólo cuando experimentan la fragmentación pasajera o la vulnerabilidad del *Self* aparecen las vivencias emocionales o corporales negativas, relacionadas, obviamente, con el nivel regresivo que alcance la desorganización psicológica provocada. La lista es larga, y va desde manifestaciones somáticas, como extrañeza del rostro, anestesia del pene, ausencia de digestión o deformidad del cuerpo, hasta manifestaciones psíquicas, como pensamientos absurdos, incapacidad para regular funciones fisiológicas, deseos de evadir compromisos y temor a Angustias incontrolables. Son frecuentes las fobias, pero, entre estas, se presentan con mayor frecuencia la agorafobia, la claustrofobia y la acrofobia. La social, asociada a la vergüenza, es característica, toda vez que se genera en el exhibicionismo, impulsado por la ambición infantil, no modulado ni neutralizado por valores e ideales fuertemente sustentados en el *Self*.

La vergüenza es la forma como se vivencia el desequilibrio psíquico de muchas Estructuras narcisistas vulnerables; es, en realidad, el producto de la inundación del Yo con exhibicionismo no neutralizado, no el resultado de una relativa debilidad del Yo ante un sistema de ideales. Ante las frustraciones o derrotas de sus ambiciones exhibicionistas, estos individuos experimentan vergüenza devastadora; si se comparan con un rival exitoso sienten envidia intensa; y, al final, pueden tener impulsos auto-destructivos, por cólera narcisista.

La inhibición sexual, como consecuencia de la Angustia orgásmica ante la posible desintegración, suele presentarse por temor al descontrol pulsional. La eyaculación precoz revela la falla estructural, que se traduce en dificultad para controlar y elaborar la descarga instintual. La masturbación es una práctica común a la que recurren niños y adolescentes con agotamiento crónico narcisista, pero, por razones similares, algunos jóvenes acuden, también, a las proezas sexuales compulsivas, en las que encuentran un reaseguramiento contra la desintegración, sin olvidar que, de todas maneras, el disfrute sexual eleva la autoestima.

La incertidumbre que el narcisista mantiene en sus relaciones amorosas, no se origina en la amenaza por la pérdida del amor del objeto, sino en la pérdida de la ad-

miración del objeto. El sujeto está más interesado en pesquisar el interés de la persona amada, que en profundizar y refinar la experiencia emocional o sentimental. En otras palabras, se coloca frente a su objeto en posición distante, observadora y vigilante, y solamente incrementa su amor cuando percibe la aceptación. En realidad, mientras más segura se encuentre una persona, con respecto a su propia aceptabilidad, es decir, mientras más internalizado se encuentre su sistema de valores, con mayor seguridad y efectividad manifestará su amor. En otras palabras, el miedo al rechazo y a la humillación, o sea, a la lesión narcisista, es lo que impide extender, hacia el objeto, la catexis libidinal.

C. Estructura fronteriza

La Estructura fronteriza no es un estado de paso entre la Neurosis y la Psicosis, sino una organización patológica específica, que se caracteriza por una inestabilidad permanente y persistente.

Stern, en 1938, utilizó, por primera vez, el término *borderline* para identificar a los pacientes que no tenían un trastorno psicótico evidente, pero a quienes, dada su severa perturbación, tampoco podían considerarse solamente neuróticos. Estos pacientes tenían mucho en común con las personalidades 'como sí', descritas por Deutsch (1942), y se parecían a la Esquizofrenia pseudoneurótica de Hock (1949), a la pseudopsicopática de Dunaif y Hock (1955), y a los casos descritos por Schmideberg (1959). Knight (1953), definió más claramente esta patología, al incluir y correlacionar aspectos clínicos, psicodinámicos y terapéuticos. Posteriormente, Kernberg (1968) y Grinker, et al. (1968), profundizaron el conocimiento de esta verdadera Estructura psicopatológica, integrando a su comprensión nuevos elementos descriptivos, genético-dinámicos y psicoterapéuticos.

En general, los pacientes con estas Estructuras manifiestan un funcionamiento disparejo en sus relaciones interpersonales, en sus actividades lúdicas y laborales, en su vida afectiva y sexual, y en la consecución de sus ambiciones e ideales. Sin embargo, si se les provee de apoyo estructurado pueden aparecer como asintomáticos y funcionar en el nivel neurótico o narcisista. Bajo tensión, por desacuerdos, pérdidas, cambios en la rutina o amenazas a las estructuras sustentadoras, crean regresiones y exhiben graves perturbaciones, poniéndose en evidencia su incapacidad para manejar y contener emociones e impulsos. Esta tendencia hacia la regresión es lo que hace inestable, en forma permanente y básica, a la Estructura fronteriza. No sólo el estado de ánimo y la conducta están sujetos a la inestabilidad, sino también el pensamiento, la autoestima, la relación interpersonal y el precario sentido del *Self*.

Los cambios de ánimo son frecuentes e incluyen emociones desbordadas, sentimientos de vacío, ira, depresión y respuestas impulsivas auto y heterodestructivas. En la medida que el *Self*, en estos casos, no logró su cohesión, pueden aparecer episodios psicóticos cortos y transitorios, con la característica de que algunos sectores se mantienen indemnes, gracias a profundas escisiones verticales. Como consecuencia, los vínculos intersubjetivos son de gran inestabilidad y las uniones objetales de intensa

dependencia. Las relaciones amorosas se ven alteradas por manipulación, idealización, disociación, desvalorización, sometimiento, abuso y desconfianza, lo cual deja al sujeto frustrado, rabioso y desamparado, constante y repetitivamente.

Una de las características sobresalientes de este tipo de organización, el estado prolongado de fragmentación y exagerada vulnerabilidad a la desintegración, se traduce en estados patológicos de larga evolución, cuya persistencia explica su condición caótica. Estos sujetos no cuentan con un *Self* cohesivo, ni capacidad para conformar una relación *Self-Selfobject* que determine un vínculo confiable o, en el caso del análisis, una alianza firme de trabajo.

Si consideramos las etapas evolutivas del *Self*, descritas cualitativamente por Gedo y Goldberg (1973), vemos cómo la primera se prolonga desde el nacimiento hasta el inicio de su diferenciación cognitiva, respecto del objeto (núcleos dispares o parciales); la segunda, empieza desde la diferenciación inicial hasta la integración de los núcleos parciales y el establecimiento de la relación *Self-Selfobject* parciales arcaicos (*Self* grandioso e *imago* parental idealizada); y la tercera, desde la anterior hasta la separación y cohesión del *Self* e inicio de la formación del Superyó, que incluye la liquidación del complejo edípico y la diferenciación entre el Yo y el Ello (consolidación del *Self* cohesivo). En realidad, en la Estructura fronteriza quedó incompleta la primera etapa, ya que no se estableció adecuadamente la separación cognitiva entre *Self* y objeto, con lo cual se llegó a la adultez con incapacidad para funcionar en forma independiente y autónoma, en la medida que el *Self* siempre requerirá de un *Selfobject* para mantener su cohesión.

Mahler, en 1968, a partir de sus investigaciones, había descrito la fase simbiótica del desarrollo, comprendida entre el segundo y quinto mes de vida, y caracterizada por la dependencia infantil absoluta de la comprensión empática de la madre. La terminación exitosa de esta fase simbiótica culmina en la diferenciación del *Self* y el objeto, cuyo resultado adaptativo es la capacidad del niño para separar, o diferenciar, su propia experiencia de la de su madre. Cuando no se logra completamente, se llega a la siguiente etapa con fallas en la integración del *Self*, que favorecen el desarrollo de esta Estructura.

En la siguiente etapa, descrita por Mahler -fase de separación-individuación-, comprendida entre los seis meses y los tres años de vida, se comienza a desarrollar la autonomía muscular y psicológica. Para que esta maduración sea exitosa se requiere de la 'madre suficientemente buena' (Winnicott, 1965), es decir, de aquella capaz de contener las pulsiones pregenitales, establecer límites con firmeza, y dar amor y comprensión sin amenazas ni ansiedad. Quien es capaz de frustrar a su hijo cuando es necesario, sin temor a la rabia de este o a su derrumbamiento, suele contar con una confianza básica en su propia bondad (Adler, 1985), y tener las cualidades empáticas requeridas para ejercer una contención comprensiva (Bion, 1963). El dominio de este periodo faculta al chico para tolerar la ambivalencia, es decir, lo capacita para asimilar la repuesta materna, que oscila entre la gratificación y la privación. Si mantiene una imagen positiva de la madre, pese a las ocasionales frustraciones, puede tolerar la ausencia y la pérdida, la limitación y la separación. En otras palabras, desarrolla la constancia de objeto.

Las respuestas fallidas de la madre en la etapa de separación-individuación revelan los propios conflictos de dependencia y autonomía. Respuestas de furia, amenaza, ansiedad, retaliación o desdén, ponen en evidencia la falla empática, determinada más por la necesidad de actuar frente a los conflictos propios irresueltos que en función de las necesidades del niño. De ahí viene la idea de que muchas madres de sujetos con Estructura fronteriza presentan, a su vez, rasgos fronterizos (Kernberg, 1975; Masterson, 1976). En cambio, un ambiente propicio y favorable, creado por una mamá empática y firme, asegura el manejo exitoso de esta etapa y el desarrollo de capacidades en el hijo para tolerar la ambivalencia, soportar la separación sin regresión y reafirmar la constancia objetal. La capacidad para tolerar la ambivalencia implica, que el infante pueda sentirse amado u odiado, manteniendo una imagen permanente de la madre gratificante y frustrante, en la medida que experimenta, en forma constante, el cuidado, la firmeza, la seguridad y la empatía. Para tal logro, se requiere, sin duda, una etapa simbiótica nutriente adecuada. Kernberg piensa, que la incapacidad del niño para obtener la constancia de objeto y la tolerancia a la separación, tiene relación con un exceso de agresividad constitucional o reactiva a la frustración, la cual conduce a una escisión o resquebrajamiento entre lo bueno y lo malo (1977).

De todos modos, el bebé o el infante están siempre abocados a enfrentar tareas evolutivas específicas que tratarán de resolver mediante mecanismos adaptativos propios de su *Self*. La primera fase del desarrollo, o simbiótica, incluye la capacidad para diferenciar el *Self* de los *Selfobjects* y establecer los límites internos y externos. Quien no logre establecer esta diferenciación se verá expuesto al desarrollo de una Psicosis. La segunda fase, entre los seis meses y los tres años, confronta al niño con la tarea de lograr progresivamente su autonomía. El *Self* debe integrar experiencias contradictorias y proporcionar la constancia de objeto. Quienes no obtengan un sentimiento interno de cohesión y permanencia, seguridad, integridad e intimidad con los demás, estarán propensos a los sentimientos de pánico y de vacuidad, propios de las Estructuras fronterizas.

Para Kohut (1971) los Estados fronterizos son organizaciones psicóticas latentes mimetizadas de la personalidad, en las cuales existe una oquedad central, recubierta de una capa periférica de Estructuras defensivas bien desarrolladas, sin que se haya plasmado un *Self* nuclear en el desarrollo temprano del individuo. El *Self* no logró su plena integración y cohesión, porque los objetos arcaicos (padres) no pudieron cumplir con las funciones básicas de especularidad (aceptación del hijo), idealización (fusión con la grandeza, la fortaleza y la calma) y gemelaridad (vivencia de similitud con su cuota de humanidad). En consecuencia, se produjo una incompletud o carencia que explica la patología básica. La falta de un *Self* cohesivo produce la sensación de vacío interior, el cual se mimetiza, en los fronterizos, con capas defensivas aparentemente adaptativas. En dicha Estructura confluyen pulsiones pregenitales, objetos disociados y defensas primitivas, como el resquebrajamiento, la identificación proyectiva, la idealización y la desvalorización. Quienes la configuran exhiben una vida caótica a causa de la falta de confianza propia, reconocida como vulnerabilidad narcisista difusa, característica que determina en el sujeto una sensibilidad especial a las contrariedades y desaires, ante los que reacciona como si fueran afrentas personales de un mundo hostil que se experimenta animisticamente.

Las Estructuras fronterizas incluyen algunos de los llamados Trastornos de la personalidad: el Trastorno límite, por supuesto; pero, también, las personalidades dependientes, pasivo-agresivas, explosivas, impulsivas, inestables y sociopáticas. Las personalidades esquizoide y paranoides tienen relación dinámica y genética más cercana con los Trastornos esquizofrénicos y paranoicos; y la personalidad histriónica, evitativa y obsesivo-compulsiva, con los cuadros correspondientes a la Estructura neurótica.

En general, en las Estructuras Fronterizas se encuentra una elevada prevalencia familiar de reacciones violentas y/o antisociales. La conducta se caracteriza por alto grado de destructividad, escaso control de impulsos y obvia manipulación. Esta última puede tornarse incontrolada, hasta el punto de hacer sospechar la presencia de Esquizofrenia latente. Sin embargo, no hay Trastornos del pensamiento, ni fallas groseras del juicio de realidad. En cambio, nunca falta la desconfianza, suspicacia y defectuosa relación interpersonal, así como el descontento generalizado y la pobre autoimagen.

Las infracciones sociales, o conductas de acting out, aparecen precozmente, desde la infancia. Las historias de indisciplina, vagabundeo, pobre motivación, fracaso, impuntualidad, ingestión de bebidas alcohólicas, drogas y altercados en público son bastante corrientes en la adolescencia. Más tarde, son típicos los fracasos, enredos legales, desempleo, irresponsabilidad y las conductas antisociales.

Los déficits del *Self* en estos individuos, representan un amplio espectro psicopatológico. La autoestima es baja, los fracasos y las conductas autodestructivas son frecuentes, a pesar de la manipulación ambiental; las identificaciones se hallan alteradas, y los sentimientos infantiles de haber sido ofendidos son predominantes. Las expresiones negativas son la regla, y la suspicacia la respuesta común hacia las buenas intenciones y conductas amistosas; todo ello en concordancia con las relaciones de objeto defectuosas.

Las manifestaciones generales de la extrema fragilidad del *Self* pueden resumirse en la falta de tolerancia a la ansiedad, falta de control de impulsos y falta de canales sublimatorios. A ello se agrega, Síndrome de difusión de la identidad (Erikson, 1959, 1968). Las operaciones defensivas suelen ser las más primitivas, es decir, disociación, proyección y desmentida; introyecciones totalmente buenas o malas; Superyó excesivamente rígido e imágenes del Yo manifiestamente idealizadas. Como consecuencia, se proyectan los aspectos exigentes prohibitivos del Superyó y se reprimen los afectos integradores, desarrollándose una incapacidad para establecer relaciones interpersonales profundas (Kernberg, 1975).

Como la depresión suele ser una queja frecuente y, a menudo, el factor subjetivo que lleva al paciente fronterizo al tratamiento, vale la pena definir sus características. En el caso de la Estructura neurótica, la depresión se relaciona con la pérdida de un objeto de gran importancia afectiva y narcisista. En el caso de la narcisista, con la falta de espejamiento u oportunidad para la idealización por falla empática del objeto. En el caso de la fronteriza, se caracteriza por ser un elemento constitutivo de la relación continuada, en lugar de la pérdida de tal relación. La naturaleza particular de este mecanismo se origina en la separación-individuación primitiva. El acto de la separación es agresivo, destruye al objeto. En un nivel muy arcaico, el individuo tiene que someterse, de manera masoquista, y ser devorado por el objeto; en un nivel más evolucionado

puede convertirse en una prolongación del objeto, para poder preservarlo. En este proceso, la ira latente y la devaluación narcisista son dirigidas contra el Yo, en un intento por conservar el objeto. Las emociones que se experimentan son de vergüenza, inferioridad y abatimiento.

Es de advertir, sin embargo, que un diagnóstico de esta Estructura no puede hacerse pensando sólo en los síntomas. Los graves defectos del *Self* son, en general, bastante específicos, y se hacen evidentes en todos los cuadros descritos como Esquizofrenia incipiente, límite, latente, ambulatoria y marginal, o como carácter psicótico (Frosch, 1964). En realidad, la patología no oscila entre la Neurosis y la Psicosis como algunos suponen. Hay síntomas mixtos, pero la organización subyacente es estable. En ciertos casos, la patología no se hace evidente, excepto cuando se producen regresiones psicóticas, por exceso de tensión, estimulación por alcohol o drogas, y desarrollo de Psicosis de transferencia. La mayoría comparte la dificultad para vincularse, las reacciones negativas y airadas, la conducta solitaria, el tono afectivo depresivo -de tipo anaclítico-, el aislamiento y la renuncia a la búsqueda de una identidad. No falta la Angustia latente, la panneurosis, la sexualidad perversa polimorfa, los rasgos de infantilismo y masoquismo, las reacciones disociativas, las tendencias hipocondríacas y paranoides, así como las perversiones extrañas y las adicciones.

En esta Estructura se encuentran autoimágenes contradictorias y carencia de un concepto global o sentido del *Self*. Los objetos externos son idealizados o desvalorizados y, por consiguiente, no son tratados de forma real. Esta característica coincide con otras, derivadas del *Self* fragmentado, descrito por Winnicott (1963), en cuatro niveles: El falso *Self*, volcado hacia el objeto externo en forma sumisa y coactiva; el 'bueno', débil, indefenso, aterrorizado y valioso; el 'malo', omnipotente, manipulador y agresivo; y el verdadero, realista, pleno y con experiencias creativas y sublimatorias. En los tres primeros, se encuentran las relaciones objetales patológicamente introyectadas, cuyo común denominador es el odio originado en las fallas de la crianza. Este causa la vivencia de muerte del objeto interno, la cual lesiona, aún más, la plenitud narcisista, y da significado a conductas anómalas, como el robo (búsqueda del objeto), la violencia (destrucción del objeto) y la adicción (intento de reincorporar el objeto perdido). Con respecto a las fallas maternas, la más determinante es la pérdida de la continuidad existencial, que se traduce en intensa ira del bebé, con proyección masiva de la agresividad oral hacia la madre, a la que de retorno percibe amenazante, temida y rechazable.

La ira infantil perdura, masiva y desbordada, y determina actuaciones desconcertantes. Algunos pueden llegar hasta el suicidio o el homicidio, otros sufren de tensión crónica y Angustia flotante. La escisión impide que muchos terminen en la desintegración psicótica, pero la lucha contra la ira reiterada consume al Yo y debilita sus defensas. A veces son explosivos (personalidad explosiva), brutalmente sádicos, coléricos y destructivos. En los intervalos pueden ser amables, abiertos, amistosos y agradables, pero bajo esa fachada de tranquilidad se esconde un ser iracundo, irritable, irascible, impaciente, quisquilloso y frenético. Detrás están los sentimientos de impotencia, debilidad y fragilidad. Ante la fantasía de rompimiento de su integridad, el sujeto puede precipitarse en una conducta tempestuosa y desafiante. Con frecuencia, asumen actitudes retadoras, que pueden derivar en actuaciones peligrosas, para demostrar su potencia y

su poder. Pueden ser arrogantes, retraídos, desconfiados y amenazantes, ya que sienten la necesidad de advertir a los demás, que de ellos nadie se burla.

En materia sexual, es frecuente observar la necesidad de una gratificación inmediata; sin embargo, si esta se logra sin obstáculos, pueden acusar fácilmente a la mujer de prostituta. En el fondo, persisten temores de impotencia e impulsos homosexuales latentes. La inmadurez emocional básica impide establecer relaciones objetales estables.

En muchos casos, la conducta social se encuentra alterada, no solo por la falta de valores e ideales firmes, sino también por la incapacidad para mantener lealtad con grupos o instituciones. Quienes son egoístas, insensibles, irresponsables e incapaces de experimentar culpa y compromiso interpersonal, pueden aparecer como antisociales o psicópatas. Otros, en cambio, pueden parecerse más a las llamadas personalidades pasivo-agresivas, mostrándose infantiles, interesados solamente en la propia gratificación, con intensa hostilidad reprimida, obstruccionismo y testarudez.

A pesar de las alteraciones del *Self*, de la difusión de identidad, de la escisión de los objetos en 'buenos' y 'malos' y de las regresiones, el juicio de realidad se conserva y solo se perturba, transitoriamente, durante las crisis emocionales. Lo mismo que en la intoxicación por droga o por alcohol, la prueba de realidad se afecta, tanto en la capacidad para diferenciar lo objetivo de lo subjetivo como el sí mismo de los otros, lo interno de lo externo y la realidad de la imaginación. En general, esta prueba se mantiene en las Estructuras neuróticas, narcisistas y fronterizas, y se encuentra ausente en la Psicosis.

El mecanismo de 'escisión vertical' juega un papel importante en las defensas arcaicas del *Self* pobremente integrado, y explica la presencia simultánea de adicciones, perversiones, conducta impulsiva, neurosis polisintomática y regresiones paranoides, esquizopáticas e hipomaniacas. En los momentos de tensión pueden manifestarse algunos Trastornos del pensamiento que reflejan la desintegración yóica. Dentro de las operaciones defensivas ya mencionadas (idealización primitiva, negación, omnipotencia y desvalorización), la identificación proyectiva es de especial significación. Ocurre cuando se pierde la diferencia entre el *Self* y el objeto y los impulsos hostiles inaceptables, que fueron originalmente proyectados hacia el objeto externo, siguen siendo experimentados por el sujeto.

La 'escisión vertical', descrita por Kohut (1971), es diferente a la escisión de los objetos en 'buenos' y 'malos', descrita por Klein (1946). La escisión del *Self* sigue la línea de pensamiento de Freud, en su trabajo, inconcluso, La escisión del Yo en el proceso defensivo (1940), en el cual la desmentida de una parte de la realidad altera la función sintética. La escisión del Yo explicó las parafilias, conocidas en la era freudiana como perversiones sexuales. Según esta concepción, a causa de la Angustia de castración, el fetichista, por ejemplo, desmiente la realidad de los genitales femeninos y niega la carencia fálica, mientras que, en otro sector, conserva la creencia en un pene materno. En los episodios psicóticos de los fronterizos, la desmentida retorna y avasalla al Yo, el cual, en su desvalimiento, utiliza defensivamente una desmentida mayor, en detrimento de su propia Estructura. Algunos fronterizos, sin claros deseos de suicidarse, optan por conductas autodestructivas, a consecuencia de escisiones que incluyen desmentidas de una parte de la realidad. Es el mismo caso de muchos alcohólicos y

drogadictos que pierden el juicio de realidad por la necesidad de desmentir dificultades y de cambiar omnipotentemente el mundo que los rodea.

La escisión del *Self* permite al fronterizo tener ideas de autosuficiencia y grandiosidad en un sector, y en el otro, necesidades urgentes de afecto y de relación objetal. Como las dos actitudes persisten en forma simultánea, la conducta se torna caótica. Si la tensión aumenta, a causa de un ambiente antagonista, el fronterizo se desliza, regresivamente, hacia un cuadro psicótico, con pérdida del juicio de realidad.

Cambios como los descritos anteriormente ocurren cuando la fusión con el objeto cesa. Experimenta esta cesación en la misma forma en que el niño vivencia la separación de su madre. Ya no existe una comprensión mágica de su necesidad de sustentación y el castillo se derrumba. Pierde la capacidad de hacerse entender, predomina el pensamiento primario, la comunicación se vuelve incomprensible, porque se trastruecan las señales habituales, y la desconexión y el desapego defensivo lo aíslan irremediabilmente. En este nivel psicótico, es imposible ayudarlo.

Poco a poco, puede reorganizarse después del episodio regresivo prepsicológico, gracias a nuevas fusiones o espejamientos. Pero, no es raro que, en esta etapa de recuperación, algunas respuestas empáticas puedan ser vivenciadas como una irrupción en la necesidad de permanecer aislado e ignorado. Igualmente, la fusión puede resultar amenazante para la autoestima del sujeto. De todos modos, la tendencia imperiosa a buscar el ambiente propicio y continuar el desarrollo del *Self*, permite, en la Estructura fronteriza, la superación de la desorganización psicótica, espontánea y progresivamente.

Sin necesidad de regresar a la Psicosis plena, otras Estructuras fronterizas incluyen desviaciones en el desarrollo del *Self*, a causa de la inestabilidad en las relaciones tempranas con los objetos arcaicos. El resultado es un tipo de persona que carece de la capacidad para compartir afectos o desarrollar compromisos emocionales y que, sin embargo, actúa como si experimentara emociones, simpatía y empatía. Ya hicimos referencia a la personalidad 'como si' de Helen Deutch, en la cual, además, se enmascara la pasividad con tendencias agresivas, y el sujeto se ve alterado permanentemente por su identidad difusa.

Las formas pseudoneurótica y pseudopsicopática de la Esquizofrenia, descritas por Hock y Pontalin (1949), constituyeron, por mucho tiempo, una de las presentaciones de la Estructura fronteriza más estudiadas. Estos individuos no se deterioraban, no presentaban delirios ni alucinaciones, pero tenían sintomatología neurótica y breves episodios psicóticos. Algunos terminaban en cuadros esquizofrénicos claros, con lo cual el concepto parecía corresponder más a un estado evolutivo. Posteriormente, se agregaron características permanentes como obsesiones, compulsiones y fobias, impulsividad, hurtos, automutilación y tendencia suicida, farmacodependencia, sexualidad polimorfa, incapacidad para tolerar la soledad, y rasgos de personalidad esquizoide, paranoide e hipomaniaca. La triada sintomática, panfobia, panangustia y pansexualidad, buscaba condensar toda la psicopatología.

Los microepisodios psicóticos incluyen despersonalización, depresiones, delusiones persecutorias, trastornos confusionales, y aislamiento, sin llegar al Autismo; relaciones conflictivas y manipulativas sin sociopatía explícita; impredecibilidad, hiperbulia, anhedonia y apatía. No se encuentran alteraciones sensorceptivas, pero

si perturbaciones disociativas del pensamiento. La conducta se ve afectada por el descontrol pulsional y por la ansiedad caótica, intensa, difusa y crónica. Sin embargo, no se observa el afecto plano, ni la disociación ideo-afectiva.

En cuanto al Autismo, si bien este no se configura plenamente como en el caso de la Psicosis esquizofrénica, si se presenta como un estado alterado que evoca la fusión perdida del objeto arcaico. En realidad, se trata de una defensa regresiva frente a la Angustia de aniquilamiento, mediante la cual se crea la sensación ilusoria de un *Self* autogenerado que puede combatir la invasión destructiva de un ambiente avasallador (Gamarra, 1996). El ambiente destructivo conlleva privación afectiva, maltrato reiterado, trauma narcisista y desapego o insensibilidad de quienes tuvieron a su cargo el cuidado del niño. En el desenvolvimiento de la futura Estructura fronteriza, siempre se encuentra perturbación en el desarrollo de la seguridad y el apego.

En suma, el cuadro sintomatológico de la Estructura fronteriza es rico y variado. Se manifiesta en diversas áreas e incluye alternancias y superposiciones. Se observa Angustia crónica, latente o difusa; polineurosis con predominio fóbico, obsesivo-compulsivo e histérico; sexualidad polimorfa sin contradicción ni conflicto, por ejemplo, actividad hetero y homosexual manifiesta con actuación sadomasoquista; alcoholismo, drogadicción, impulsividad, bulimia y cleptomanía; comportamiento inmaduro y antisocial; debilidad yóica para el control de impulsos, la tolerancia a la ansiedad y la capacidad sublimatoria; difusión de la identidad, incapacidad de integrar la experiencia, y pobreza e inconstancia afectiva.

Todos los síntomas de la Estructura fronteriza podrían concebirse como expresión de la persistencia del *Self* fragmentado, a lo cual se suman las alteraciones transitorias de la consciencia de realidad.

D. Estructura psicótica

Los individuos con esta Estructura se caracterizan, primordialmente, por su proclividad a presentar alteraciones de la consciencia de realidad. Lo real se percibe corporalmente, pero su juicio exige una compleja operación psicológica. La realidad forma parte del sentido del *Self*, pero se configura a partir de una visión relativista cultural, ya que el concepto de lo real tiene relación con el significado socialmente aceptado de la experiencia humana.

Marconi (1964), después del estudio sistemático de varios autores, propuso la existencia de una consciencia total de realidad que se traduce en un comportamiento global y masivo frente a la experiencia. Incluye la consciencia afectiva de realidad, la cual organiza la experiencia en torno a la intensidad y curso de los afectos, y la consciencia cognitiva de realidad que se nutre de juicios analíticos y racionales, confirmados repetidamente. En la Psicosis hay una mutación, es decir un cambio Estructural y cualitativo, de la consciencia de realidad. Esta mutación tiene un carácter insólito, inesperado, a diferencia de los cambios producidos en el proceso normal de maduración psicobiológica. Tiene también un carácter productivo, en el sentido de que se desarrollan nuevos criterios de realidad. La Estructura nueva es agregada, es decir,

compite y desplaza a la realidad existente previamente. En síntesis, es una mutación insólita y productiva de la consciencia de realidad o de uno de sus componentes (afectivo o cognitivo).

Definido así el género Psicosis, se precisan las diversas especies, mediante la utilización de tres modelos: Psicosis oneiriformes (alienación de la consciencia total de realidad), Psicosis afectivas (alienación de la consciencia afectiva de realidad) y Psicosis cognitivas (alienación de la consciencia cognitiva de realidad). En las oneiriformes, los síntomas más típicos son las pseudopercepciones escenográficas y juicios deliriosos, incoherencias, amnesia, somnolencia y otros componentes deficitarios observables en el síndrome orgánico cerebral. En la afectiva, el grado de alteración de la realidad es menor, y se asocia directamente con la intensidad de los afectos (sentimientos y emociones). En la cognitiva la consciencia de realidad se altera, por uno o más juicios relacionados con experiencias fragmentadas de la realidad.

Para el Psicoanálisis y las Psicoterapias de inspiración psicoanalítica son de mayor interés las Estructuras que se desarrollan con una nueva consciencia afectiva o cognitiva de la realidad, o sea los individuos que pueden desarrollar una Psicosis afectiva o una cognitiva. No tanto quienes padecen las oneiriformes, con alteración total del juicio de realidad, pues aun cuando el paciente, en estos casos, enfrenta la configuración total y unitaria de un nuevo mundo inesperado, el episodio de ilusiones y alucinaciones suele ser pasajero. En los otros dos hay espacio para la intervención de tipo psicoanalítico.

En la Estructura psicótica afectiva hay una ausencia de modulación emocional, por la intensidad inusual de la carga afectiva. El paciente valida como reales situaciones que dependen exclusivamente de su estado de ánimo, trata de imponer a los demás su nueva visión, y su sentido de realidad pierde el carácter privado, que normalmente tiene. Las experiencias de la vida diaria no logran modificar la rígida e infranqueable respuesta de euforia o tristeza. Un estado de intensa angustia, no ligada ni modulada, acompaña al ánimo triste, especialmente en individuos de edad madura. Así mismo, un talante colérico acompaña la euforia del maniaco. Los juicios delirantes no faltan: el depresivo afirma que no tiene sangre, ni intestinos, que va a morir y que merece la muerte por pecador; el maniaco, presa de la euforia, afirma que el pueblo lo seguirá por ser el dirigente más destacado de su país.

La Estructura psicótica cognitiva es de tipo analítico, intelectual, racional o conceptual y funciona en concordancia con la experiencia. El sujeto busca, en sus semejantes, confirmación de sus juicios, le preocupa la coincidencia y trata de abstraer lo invariable de cada situación experiencial, desechando los cambios circunstanciales. La enajenación de la consciencia de realidad, en estos casos, es de dos tipos: unitaria, o escindida. Si es unitaria, el conjunto total de juicios sobre determinados estímulos sufre una mutación (Paranoia, delirio autorreferencial). Si es escindida, los juicios alterados coexisten con los criterios normales (Esquizofrenias agudas y crónicas, parafrenias). La Estructura psicótica cognitiva unitaria conduce a los sujetos afectados a un conjunto de afirmaciones de tipo insólito y productivo, sobre un determinado tema. Estos juicios culminan en el delirio, las pseudopercepciones y la transformación de las relaciones semánticas (disgregación del pensamiento). Nunca dudan sobre la insuficiencia de sus criterios para configurar la prueba de realidad. En cambio, en la psicótica cognitiva

escindida, el sujeto enjuicia sus afirmaciones de realidad, le extraña lo que le está sucediendo y está perplejo ante los nuevos acontecimientos, porque, al lado de la consciencia cognitiva de realidad, conserva el criterio normal en forma simultánea. Naturalmente, si la carga afectiva es mayor, es difícil detectar tal simultaneidad, ya que el criterio normal desaparece temporalmente.

Las Estructuras psicóticas descritas por Marconi, oneiriformes, afectivas y cognitivas (unitaria o escindida), pueden desarrollarse en forma acumulativa, pura y aislada. Así mismo, pueden pasar de una presentación a otra en el curso de la evolución. Hasta puede darse la sucesión de formas, incluso entre la Psicosis afectiva y cognitiva, con lo cual puede considerarse legítimo el estudio de la Estructura psicótica como una entidad psicopatológica básica, común a todas las formas o presentaciones. Sin embargo, estudiaremos por separado la Estructura psicótica cognitiva y la psicótica afectiva.

El estudio psicoanalítico de la Estructura psicótica cognitiva se conecta originalmente con Bleuler, quien en 1911, a la vez que introdujo el término Esquizofrenia, describió la coexistencia del juicio de realidad normal, con el alterado de tipo psicótico, colocando el acento en la escisión. Observó cómo las dos formas de pensamiento están suficientemente separadas, de tal manera que el sujeto puede pensar, a veces de manera autística y otras de manera completamente normal. La concepción psicopatológica de Bleuler, sobre la demencia precoz o Esquizofrenia, fue la de una pérdida de la unidad o perturbación de la interacción entre partes de la personalidad. La escisión, sin embargo, podría encontrarse en otros cuadros psicóticos, en la Histeria y en otras enfermedades mentales. Lo característico de la Estructura psicótica es la perturbación de la interacción entre las instancias psíquicas y, más específicamente, entre la prueba de realidad del Yo y la realidad externa. En este enfoque coincidió con Jung y con Freud.

Freud quería extender la concepción psicoanalítica de la Neurosis al campo de la Psicosis, lo cual determinó su interés por Carl Gustav Jung, quien era asistente de Eugene Bleuler, director en su tiempo del Hospital Burghölzli de Zúrich. Jung correspondió a Freud, advirtiéndole la importancia del libro escrito por Daniel Paul Schreber, presidente de la Cámara de Justicia de Dresde, *Memorias de mi Enfermedad Nerviosa*, en el cual recopilaba la historia de su delirio y tratamiento entre 1893 y 1900.

La interpretación que Freud dio a la Paranoia del presidente Schreber, como suele identificarse el caso, se centró en el retorno de la homosexualidad reprimida. El amor homosexual de Schreber por el padre fue transferido al doctor Flechsig en variadas formas. El delirio fue el resultado de las distorsiones defensivas, y abarcó cuatro temas: El persecutorio, en el cual renegó y eliminó de su interior las representaciones pulsionales, a más de que invirtió su sentido siguiendo la fórmula: "Yo le amo a él (un hombre)", "no le amo, le odio, no le odio, él es quien me odia y por eso me persigue"; el celotípico: "No soy yo, un hombre, quien ama a otro hombre, es ella quien le ama"; el erotomaniaco: "No es a él a quien amo, sino que la amo a ella porque me ama"; y el megalomaniaco: "Yo no amo a nadie, solo me amo a mi mismo".

Al menos en lo que atañe al caso Schreber, la interpretación freudiana resultó muy convincente. La dificultad ha estado, más que todo, en aceptar su generalización. El empeño en demostrar, mediante esta psicodinamia, la persecución de Fliess y la potencial de Jung y Ferenczi, llevó a Freud a exagerar el papel de la homosexualidad y

a ignorar otros aspectos de la lucha generacional, como que, si un padre ataca a su hijo, debe encontrarse la causa de esta actitud en el hecho de que, este padre, desconoce su propia condición de hijo. Para Azouri (1998), la interpretación que dio Lacan (1975), complementa la que Freud dejó inconclusa. La hipótesis es que, como Schreber no pudo ser padre, ya que no tuvo hijos, se tomó a sí mismo como una mujer para resolver el Enigma de la Esfinge (procedencia de los niños). El significante de ser padre, el del nombre del padre, estaba forcluido¹⁵ en Schreber. En su lugar, apareció el delirio de procreación.

A diferencia de la Paranoia, caracterizada por un delirio sistematizado que deja libre el resto del campo de la consciencia y permite, por ende, una relativa adaptación al mundo externo, la Esquizofrenia invade toda la organización mental y provoca una sensación de extrañeza en el ambiente que rodea al enfermo, generando desapego y distanciamiento. Freud no realizó ningún análisis completo en un paciente esquizofrénico, pero, de todas maneras, aun cuando nunca hubiese curado un psicótico, su interés por el delirio, entendido como una tentativa de curación, abrió las puertas a la investigación psicodinámica de la Psicosis.

El Delirio, como tentativa de curación, alteró la perspectiva existente. En lugar de considerarse como un proceso mórbido, se enfocó como un intento de reconciliación con el mundo exterior, es decir como un retorno hacia los demás, los otros, o la sociedad. En esta dirección, R. Laing (1960) y D. Cooper (1967), en Gran Bretaña, siguiendo a Winnicott (1954), promovieron la causa de recuperar la libertad para los enfermos asilados, no tanto por una preocupación humanitaria, sino para acompañarlos durante el proceso interior de la locura, entendido como un intento de curación, más que como expresión de psicopatología (Antipsiquiatría).

Algunas experiencias, como la de Bettelheim (1967), en los Estados Unidos, demostraron, que el deterioro de los niños psicóticos estaba asociado a las condiciones de su internamiento en asilos y, en consecuencia, que algunos síntomas sobregregados del niño autista desaparecerían en otras condiciones asistenciales. En Francia, Mannoni (1976) fundó la Escuela experimental de Bonneuil, con la idea de acoger el delirio como una producción original del niño que no puede expresarse de otra manera. La curación llegaría de repente y no por la decisión del adulto, quien no puede soportar la locura del niño y trata de imponer la normalidad. En Italia, Basaglia (1968) promovió la reintegración de los enfermos al mundo laboral, al considerar la locura como resultado político de la lucha de clases. En su recorrido por el mundo, visitó numerosas instituciones, apoyando aquellas que aceptaban una apertura total de sus puertas y descalificando las que se regían por criterios médicos.

El intento de desmedicalizar la Esquizofrenia y abolir todos los tratamientos de base biológica no pudo sostenerse en la práctica. Szasz (1961), quiso desalienar la locura y liberarla del poder médico que, según su opinión, la convertía artificialmente en una enfermedad mental. Fue un buen intento, que dio muchas luces y abrió un campo de investigación prometedor; pero, ante los resultados, el Psicoanálisis tuvo que aceptar, sin omnipotencia, el valor de otros aportes científicos provenientes de disciplinas afines, algunos de indudable valor terapéutico. El propio Freud había advertido

15 Forclusión: Concepto desarrollado por Lacan para designar el rechazo de un significante primordial. (N. A.)

que, para comprender la aparición de la Psicosis, se requería un marco conceptual distinto, toda vez que el proceso libidinal podía ser el resultado de modificaciones anormales en el Yo.

Siguiendo este último enfoque de Freud, se esgrimió la hipótesis del defecto constitucional (biológico) en las funciones tempranas del Yo, específicamente, en la capacidad para regular y controlar impulsos, para relacionarse con los objetos del medio ambiente, para entender y responder a la realidad externa y a varios elementos del funcionamiento cognitivo. Una perturbación, en cualquiera de estas funciones, distorsionaría la relación madre-niño y propiciaría el desarrollo de una estructura de personalidad altamente vulnerable a la desorganización psicótica.

Otros Psicoanalistas, sin recurrir a la explicación constitucional, atribuyen la Estructura psicótica cognitiva a perturbaciones en la relación madre-niño. Mahler (1968 - 1975), vinculó la patogénesis de las Psicosis esquizofrénicas con la incapacidad para culminar exitosamente la fase de separación-individuación, etapa en la cual el objetivo del niño es separarse y crear límites propios, conservando el sentido de la constancia y permanencia de las personas de su medio circundante. El sujeto perturbado no alcanza la constancia de objeto, el Yo se hace sensible al estrés y vulnerable a las pérdidas, tiende a la regresión y no puede utilizar las defensas adaptativas, pierde los límites de la realidad y no logra integrar los sentimientos. Utiliza los mecanismos de regresión ilusoria, proyección y distorsión severa.

Con anterioridad, Sullivan (1962) había sacado el pensamiento psicoanalítico de la esfera intrapsíquica y lo había trasladado a la interpersonal. Para él la enfermedad mental surgía por una falla en las relaciones interpersonales, las cuales constituían el eje de la vida psíquica. El sujeto esquizofrénico debe comprenderse como un ser humano a quien, en su vida temprana, robaron las oportunidades cruciales para el aprendizaje y la gratificación interpersonales. Para su mejoría, debe intentarse el desarrollo de una relación humana real y correctiva que establezca un mundo interpersonal gratificante y seguro.

Bateson (1956) estudió los patrones de comunicación de las familias de los pacientes esquizofrénicos y su relación con la psicopatología. El mensaje paradójico, o doble vínculo, conforma el centro del lenguaje de la familia esquizofrenógena y coloca al niño en una situación en la que le resulta imposible responder, a no ser que dé una respuesta alocada. En el doble vínculo se dan mensajes contradictorios, sin que el receptor pueda escapar de la transacción. Quien desarrolle, como parte de su Estructura psicótica, esta situación de doble vínculo, buscará continuamente significados detrás de lo que la gente diga, renunciará a todo intento de discriminar entre niveles de mensajes y elegirá responder a solo un aspecto del lenguaje incongruente. Puede, también, retraerse de la situación y no responder a su medio ambiente, responder con nuevos mensajes duales de doble vínculo, o redefinir inadecuadamente la naturaleza de la situación y referirse a otro tema, lugar o persona. Las dificultades, así generadas, alteran el proceso de discriminar formas comunicacionales, tanto dentro, como entre el *Self* y los objetos.

Aun cuando no se pueda asegurar que una comunicación desorganizada y alterada dentro de una familia sea una causa específica para determinar la Psicopatología

psicótica cognitiva, si es observable la tendencia de los padres, en estos casos, a sacrificar la precisión y categorización del lenguaje, para mantener una visión distorsionada y egocéntrica, de la familia y del mundo. En realidad, suelen tener un balance emocional débil y, a fin de evitar la Angustia desintegrativa, distorsionan sus percepciones de manera profundamente egoísta. El niño aprende, consecutivamente, a distorsionar e invalidar sus percepciones, para ajustarlas a las de su progenitor y no recibir rechazos. Estos papás frágiles impiden, así, que el chico pueda superar y diferenciar sus percepciones y sentimientos. En el fondo, justifican la intromisión en su vida, sin consideración por sus percepciones y sentimientos, a partir de la creencia de que la criatura no puede funcionar sin padres y que hay que salvaguardar la existencia de la familia.

Las familias que se caracterizan por un mutualismo falso, es decir, por una necesidad dominante de creer que todos los miembros comparten las mismas necesidades y expectativas, también se han relacionada con la organización psicótica cognitiva, debido a la confusión, distorsión y difusión del pensamiento que generan. Los mensajes confusos y contradictorios, la comunicación fragmentada y amorfa, y la negación de lo que se ha dicho o de lo que es perfectamente obvio, produce una perturbación del pensamiento destinada a mantener la ilusión de que la divergencia o la individualidad no existen dentro de la familia, (Wynne y colaboradores, 1971).

Los Trastornos cognitivos observados en las familias esquizofrenógenas incluyen, además, dificultad para compartir el foco de atención entre los miembros, y proporcionar intimidad a los individuos, presentan exagerada verbalización, que impide la comunicación racional efectiva, pensamiento idiosincrático, ambivalencia y Paranoia.

En el caso de la Estructura psicótica, es imprescindible estudiar la organización familiar, es decir, la forma como la familia constituye y jerarquiza sus relaciones. Las familias esquizofrenógenas oscilan entre la rigidez excesiva y el caos. Los padres mantienen un divorcio sentimental, aunque en el mundo exterior desempeñen bien sus funciones. Ambos presentan fallas en la autoestima y en su identidad, lo cual deriva en hostilidad y rechazo latente o explícito hacia los hijos. La madre suele propiciar la simbiosis, asumiendo actitudes intrusivas, sin preocuparse realmente de la necesidad que tiene el hijo de asumir sus propias necesidades y vivir acorde con sus sentimientos y creencias. El padre suele ser pasivo e inepto, requiere de su esposa para afianzar su autoestima y no puede liberar al hijo de la simbiosis materna (García, B., 1989).

Las características familiares involucran el ambiente social. Uno crítico y hostil propicia las crisis; uno sin estímulos y con marcado aislamiento, también; otro neutral y de aceptación emocional puede ser el más apropiado. Algunas familias tienen la necesidad patológica de mantener la armonía a costa de la persona afectada. Igualmente, la patología puede producir beneficios secundarios, que acentúan la Estructura psicótica. La autonomía, que conlleva la separación y diferenciación de la familia, será siempre una meta deseable, pero no se puede desarrollar sin un análisis profundo de las alianzas fraudulentas que el sujeto psicótico esquizofrénico establece con uno de los padres. Desde luego, los sujetos con Psicosis afectivas también sufren las consecuencias de organizaciones familiares inadecuadas y de ambientes sociales perturbadores.

El estudio psicoanalítico de la Estructura psicótica afectiva tiene, igualmente, una historia apasionante. Abraham (1911) explicó, por primera vez, la depresión en tér-

minos psicodinámicos. Con un mayor énfasis en la fenomenología, Freud observó la similitud que existía entre esta entidad patológica y el duelo normal. Publicó sus deducciones en el famoso texto *Duelo y Melancolía* (1917). La profunda tristeza que caracteriza al melancólico recuerda a alguien que ha perdido un ser querido, pero al registrar su postración, abatimiento, abulia, anhedonia y apatía, fuera de su anorexia, estreñimiento y aislamiento, es evidente que se trata de un estado profundo de perturbación interior. Sobre todo si se agrega la autoacusación permanente, la humillación, el desprecio por sí mismo y el suicidio.

Freud propuso la hipótesis de que, el melancólico, había perdido un ser querido que, en la realidad, no había muerto ni desaparecido, sino que había sido introyectado en su Yo. El término introyección fue introducido por Ferenczi y descrito por Abraham. Freud lo concibió como una identificación del sujeto con el objeto mediante un mecanismo de incorporación oral. Al contrario del paranoico, quien trasforma en odio su amor por el objeto y se convierte proyectivamente en perseguidor, el melancólico introyecta su objeto de amor a causa de un grave desencanto, humillación, degradación, sentimiento de perjuicio y de daño. Previamente, se había creado una ambivalencia extrema por el fuerte antagonismo entre amor y odio.

Mediante el mecanismo inconsciente de la introyección, se resuelve el problema de perder al otro, en la medida en que este se incorpora al interior de sí mismo. Al mismo tiempo, puede derivar su odio sobre el objeto, que ya forma parte de su Yo. Aun cuando el melancólico se acusa de todos los males posibles, se humilla y se desprecia, estos autorreproches son acusaciones destinadas al objeto introyectado. Pero, justamente, como el otro permanece ahora en el interior del propio sujeto, el melancólico descarga su odio contra sí mismo. La ausencia de vergüenza observada en estos casos demuestra, una vez más, cómo los autodesprecios son reproches dirigidos al Otro; además, pone en evidencia la distancia psicótica establecida con el mundo real. Otros síntomas, presentes en la melancolía, fueron también explicados por Freud sobre la base de la introyección. Preocupado por destruir al Otro, el sujeto aplica todo su sadismo a esta tarea. Ni siquiera puede dormir haciendo sufrir al objeto introyectado. El proceso digestivo inconsciente se ha centrado en digerir sádicamente al Otro, a quien se ha comido en forma voraz y se intenta destruir y eliminar de la misma manera. En este hecho se basa la explicación de la anorexia y el estreñimiento. Pierde así toda su energía, por lo cual aparece bloqueado e inhibido psicomotrizmente.

Para entender mejor esta lucha interna, Freud explicó que el Yo se escinde, concomitante con la introyección, dividiéndose en dos partes, una de las cuales se ensaña contra la otra. El sujeto se alía con el 'ideal del Yo', parte de la instancia crítica, y vuelca su sadismo sobre la parte del Yo que contiene al objeto introyectado, hasta el punto de que puede llevarlo al suicidio, ya que la agresión contra el objeto se convierte en auto-destrucción. La escisión, presente también en la Estructura psicótica afectiva, pone en evidencia la íntima relación que tiene con la psicótica cognitiva.

Freud y Abraham postularon la vulnerabilidad a la depresión que tienen, algunos sujetos, por fijaciones previas, y establecieron la conexión dinámica entre la pérdida, el duelo y la melancolía. Rado (1928) fue el primero en señalar la importancia de la autoestima en la depresión, pero fue Fenichel (1945), quien explicó detalladamente

esta relación. Bibring (1953) concibió la depresión, como el correlato emocional de la incapacidad e impotencia del Yo, causado por la falla de la autoestima. Es decir, cuando las aspiraciones narcisistas, que sustentan el sentimiento de bienestar y seguridad inherente a la autoestima, no se logran, el sujeto queda expuesto a las tensiones depresivas. Las aspiraciones siguen la línea psicosexual: el deseo de ser querido, apreciado y valioso (oral); el de ser bueno y cariñoso (anal); y el de ser fuerte, seguro y superior (fálico). Si no se consiguen, el Yo percibe una incapacidad, real o imaginaria. Naturalmente, tales logros dependen también de la relación objetal que exista.

Spitz (1946) describió la depresión anaclítica, y estableció que los estados emocionales del infante determinan su percepción y relación con el objeto maternal. La interacción recíproca madre-hijo es la base de la comunicación, y opera con anterioridad a la adquisición del lenguaje. La función de la madre es la de un Yo auxiliar vital para el desarrollo del niño. Si esta función falla puede aparecer una depresión profunda, antes de la aparición del lenguaje verbal y de la capacidad para simbolizar.

M. Klein (1932), postuló la existencia de dos posiciones básicas en el desarrollo infantil: la posición Esquizo-paranoide y la posición Depresiva. Concibió la Depresiva como punto de fijación de la enfermedad Maniaco-depresiva. En concordancia, cuando hay una pérdida objetal se revive la posición Depresiva infantil. En la misma línea de pensamiento, la posibilidad de afrontar adecuadamente el duelo, depende de cómo se haya resuelto dicha posición en la infancia. La defensa maniaca, caracterizada por la triada triunfo, control omnipotente y desprecio, es normal en la infancia, como primer paso para enfrentar los sentimientos depresivos. Se convierte en enfermedad Maniaca, entre otras opciones, si se fracasa en la elaboración de la posición Depresiva. Esta tiene lugar alrededor de los cuatro a cinco meses de edad, cuando la maduración de la mente permite percibir y formar objetos totales. Gracias a este paso, el infante capta que los objetos parciales buenos y malos ('pecho bueno y pecho malo') pertenecen a la misma madre. Sin embargo, debido a la ambivalencia, no puede externalizar el objeto malo durante esta etapa y tiene que reconocer su agresión como propia. En ese momento, experimenta la ansiedad de que, el impulso destructivo, pueda aniquilar el objeto que quiere y necesita. Esta es la ansiedad depresiva, emoción central de la posición Depresiva.

Sandler (1980), en consonancia con Spitz, insistió en que, lo que se pierde en la depresión, realmente, es el estado de bienestar y seguridad y que, como consecuencia, también la organización e integración psicobiológica del *Self*, en su relación con el objeto.

Una visión global para la Estructura psicótica en sus diferentes modalidades puede obtenerse también desde la perspectiva de la Psicología del *Self*. En la Estructura psicótica hay una fuerza dinámica particular conformada por reproches, necesidades y reclamos inconscientes dirigidos hacia los *Selfobjects* arcaicos, que busca compulsivamente la reparación de la situación traumática carencial, acaecida en los orígenes de la formación del *Self*. Al intentar, mediante este mecanismo, exigir de los objetos actuales el aporte necesario para la continuación del desarrollo, tiende a reproducirse el círculo vicioso autodestructivo original y la actividad mental se ve copada por nuevas disociaciones y represiones, utilizadas para controlar las emociones desbordadas. En el caso de

la Psicosis cognitiva, el *Self* fragmentado interactúa con objetos transicionales. Su fragmentación se acompaña, inevitablemente, de una regresión concomitante con la capacidad para el examen objetivo de la realidad (Modell, 1984). En la Psicosis afectiva, se encuentra más integrado, pero se observa una marcada y sostenida falta de respuestas gratificantes y aseguradoras del *Selfobject*, durante las fases cruciales del desarrollo. Así que se Estructura agotado, vacío, sin recursos ni autoestima, con culpa y autodesprecio. La desmedida carga afectiva perturba el juicio de realidad.

Como consecuencia de su mundo escindido, el sujeto con Estructura psicótica niega su realidad exterior, la cual incluye su situación familiar, y no puede relacionarse con sus objetos con sentimientos coherentes, no puede alegrarse, ni entristecerse, ni sentir el dolor de no ser feliz. No cuenta tampoco con la posibilidad de hacer regresiones operativas para rescatar aspectos sanos de la infancia, ya que en todo nuevo encuentro revive la negativa experiencia de no poder contar con las figuras parentales para enfrentar sus Angustias y dificultades.

De todos modos, en la Estructura psicótica cognitiva el estado de fragmentación del *Self* es más persistente y crónico, la vulnerabilidad es mayor y la posibilidad de un encuentro afortunado *Self-Selfobject*, más remoto. Su historia de relaciones desafortunadas durante etapas prolongadas de la vida es, en buena parte, el resultado de fallas persistentes en la interiorización de las funciones básicas integradoras del *Selfobject*. La falta de cohesión, y la distorsión así generada, hace que intente reorganizarse por medio de formaciones delirantes o regresiones, con lo cual se aumenta, aún más, su extrema vulnerabilidad.

En la Estructura psicótica afectiva son notorias las respuestas sobreestimulantes o vacías del *Selfobject* (manía o depresión). Si predomina el elemento depresivo, el *Self* se estructura vacío y con escasa firmeza, incapaz de rescatar la autoestima y con tendencia a la desvalorización y a la autodestrucción. Pero, cuando predomina el elemento maniaco, se ha visto sobreestimulado por falta de las respuestas adecuadas de calma y tranquilidad; en cambio, ha habido admiración excesiva e incremento de la grandiosidad, hasta tal punto, que el niño ha quedado desvalido ante su propia omnipotencia. En ambos casos hay ineptitud para encontrar la respuesta adaptativa adecuada.

La necesidad de diferenciar y clasificar algunas enfermedades, tradicionalmente reconocidas por sus características psicodinámicas específicas, exigió la inclusión de este capítulo como complemento del anterior. La Nosología que sigue a la Psicopatología no se aparta del enfoque estructural, sino, al contrario, lo amplifica.

1. Neurosis

La represión y el retorno de lo reprimido dan origen a la Neurosis. Cuando fracasa la represión, el Yo no puede canalizar el deseo inconsciente (Pulsión) y tiene que recurrir al síntoma como solución de compromiso.

1.1 Neurosis de Angustia

Hoy en día en la Neurosis de angustia se reconocen dos cuadros sintomáticos: el Trastorno de angustia o ataque de pánico y el Trastorno de ansiedad generalizado.

a. Trastorno de angustia o ataque de pánico

Se caracteriza por la aparición de crisis de angustia, súbitas y repetidas, regidas por la expectativa traumática de que puedan repetirse. Esta intensa experiencia de miedo o

malestar, alcanza su máxima expresión en pocos minutos y va disminuyendo progresivamente hasta desaparecer. El paciente tiene la sensación catastrófica de que va a sufrir un infarto o un accidente cerebrovascular y que, finalmente, va a morir o enloquecer. Aparece la urgencia de huir, acompañada de la sensación de parálisis y de la vergüenza con las personas del entorno. Hay sensación aguda de extrañeza y de estar asistiendo a este evento como espectador (despersonalización y desrealización). Síntomas como palpitaciones, taquicardia, opresión precordial, sudoración, temblor, náuseas y mareo, asociados comúnmente a las enfermedades cardiovasculares, aumentan la angustia. La hiperventilación produce parestesias y otras complicaciones. La inminencia de una alteración física conduce a la búsqueda de ayuda médica; pero, justamente, la crisis de angustia no guarda relación con alteraciones fisiológicas (hipertiroidismo, feocromocitoma o coronariopatías), con sustancias tóxicas (cocaína, marihuana, fármacos), con otros trastornos mentales (fobias, obsesiones, ansiedad de separación y Psicosis), o con situaciones ambientales (altura, esfuerzo físico).

b. Trastorno de ansiedad generalizada

Es una tensión interna permanente con expectación aprehensiva, menos intensa pero continua y relacionada con variados acontecimientos y actividades. La reacción es desproporcionada frente a los hechos reales que la provocan (responsabilidades laborales, temas económicos, salud, fracasos o éxitos). Los síntomas más frecuentes son: inquietud, impaciencia, fatigabilidad, dificultad para la concentración, tensión muscular, insomnio, irritabilidad, sobresalto, resequedad en la boca, aumento de secreción gástrica e hiperestaltismo intestinal. Estos síntomas tampoco tienen relación con enfermedad médica, intoxicación o enfermedad mental diferente; pero, en cambio, los acontecimientos externos influyen en forma más directa en el incremento de la ansiedad.

La creencia inicial de Freud sobre la etiología de la abstinencia sexual (virginidad o *coitus interruptus*), en el sentido de que por esta causa se producía un exceso de energía libidinal que luego se expresaba en el plano somático como síntoma conversivo o angustia sin representación, fue abandonada por él mismo en favor de la explicación sobre la dificultad de transformar la excitación sexual en 'Libido psíquica'. Cuando la represión adquirió el papel predominante en el funcionamiento del psiquismo, la ansiedad fue concebida como la señal de alarma del Yo y el material inconsciente se volvió el centro de la atención terapéutica. Hoy en día el enfoque se dirige hacia la Estructura psicopatológica subyacente.

1.2 Neurosis histérica

Coservamos la designación global de Histeria, para identificar el trastorno mental caracterizado por una estrechez en el campo consciente, a causa del mecanismo de la disociación, y una alteración en la función motriz o sensorial, debido al mecanismo de

la conversión. En ambos casos, subyacen factores psicodinámicos inconscientes ligados a la sexualidad edípica y a la identidad de género. La disociación se presenta a nivel de diversas funciones mentales (memoria, identidad, percepción), de tal modo que la consciencia aparece escindida. Según la función psíquica afectada, tienen lugar los diferentes cuadros.

a. Trastorno disociativo

- Amnesia disociativa, caracterizada por la súbita incapacidad del paciente para recordar periodos o situaciones importantes de su vida, durante breves o prolongados espacios de tiempo. La mayor parte de las veces, la recuperación es rápida, pero en ocasiones, pueden quedar 'lagunas' sin rescatar.
- Fuga disociativa, que incluye episodios, de horas o meses, durante los cuales el paciente realiza actividades, hace viajes repentinos y emprende acciones escapistas, sin cambios aparentes en su comportamiento, en forma despreocupada o desinhibida, en ocasiones utilizando nombres nuevos, ocupándose de tareas diferentes y hasta iniciando relaciones sentimentales.
- Trastorno de identidad disociativo o personalidad múltiple; es un trastorno severo, pero escaso en la clínica. Coexisten alternativamente dos o más identidades, o estados de personalidad, que determinan recurrentemente el comportamiento del individuo. La verdadera identidad está cargada de conflictos, dependencias, represiones y culpabilidades. Las otras suelen aparecer como contrarias, mostrándose hostiles y dominantes. Cada una se vive como una historia personal, con nombre distinto y diferente manera de vestirse, comportarse y relacionarse. Cada una desconoce o niega la existencia de la otra, pero hay casos donde alguna de ellas crítica, manipula o entra en contacto con otra. Lo más frecuente es que se presente amnesia sobre lo realizado durante la asunción de una de las identidades. El traspaso de una a otra, suele coincidir con incrementos del estrés psicosocial.
- Trastorno de despersonalización, caracterizado por la sensación de extrañeza o alejamiento de uno mismo, como si fuera un observador externo de los propios procesos mentales. No se compromete el juicio de realidad, y el paciente es consciente, todo el tiempo, de que está padeciendo dicha sensación extrema. La despersonalización breve es una experiencia de la vida normal y suele presentarse en casos de situaciones con riesgo para la vida (guerras, accidentes, etc.). Si los episodios son persistentes y reincidentes son patológicos, porque deterioran la vida laboral, social y familiar.
- Otros trastornos disociativos, como el trance de los 'poseídos', son experiencias, durante las cuales se sustituye una identidad por otras ligadas a deidades, espíritus o poderes culturalmente aceptados. El desmayo y el pseudoestupor psicógeno se presenta en algunas personas, cuando reciben una noticia estresante y, súbitamente, pierden el 'conocimiento'. El Síndrome de Estocolmo o los 'lavados cerebrales'

son Trastornos disociativos, durante los cuales se asumen conductas y creencias ajenas, a causa de una persuasión coercitiva prolongada.

b. Trastornos conversivos

Como su nombre lo indica, tienen como síntoma primordial la conversión. El término fue introducido por Freud, para designar el mecanismo que intenta resolver los conflictos, trasladándolos del área psíquica a la somática, por medio de síntomas motores (parálisis, afonías, tics o convulsiones), o sensoriales (dolores, anestias, cegueras, sorderas, alucinaciones). Los síntomas no son simulados, ni intencionales, ni corresponden a mecanismos fisiológicos o a vías anatómicas reales. Siguen creencias y convicciones individuales sobre la enfermedad, según conocimientos previos o cánones culturales. La extensión universal de los conocimientos médicos ha determinado, que los casos 'clásicos' de histeria de conversión no se manifiesten con la frecuencia del pasado, sino que los síntomas conversivos se presenten más acordes con enfermedades actuales (depresiones, trastornos de la alimentación, dolencias generalizadas y enfermedades cardiovasculares).

c. La personalidad histriónica o histérica

Es la que asocia una alteración específica de la personalidad con síntomas histéricos. Muchas personalidades dependientes, inseguras e inestables pueden padecer sintomatología histérica, pero, también, es cierto, que muchas personalidades histriónicas no presentan síntomas histéricos y hasta pueden llevar una vida con buena adaptación, incluso con éxito en variados aspectos, pese a que en el orden afectivo y sexual suelen tener problemas. En el síntoma histérico retorna el material reprimido, a través de los distintos mecanismos que lo canalizan (conversión, desmentida). Si estos mecanismos se hacen egosintónicos, a causa de su constante y continua utilización, es decir, si se incrustan en la manera de ser como algo normal, desaparece la angustia bajo la coraza de los rasgos histriónicos (egocentrismo, sugestionabilidad, hiperemotividad, comportamiento seductor, teatralidad, dramatismo) y se establece el Trastorno de personalidad propiamente dicho.

Aun cuando en el pasado se identificó, casi exclusivamente, con la mujer (exageración de los rasgos de la feminidad), se encuentra igualmente en el hombre, bajo las características de exhibición masculina, preocupación física, hipersociabilidad, ánimo seductor, hazañas eróticas con poco vínculo afectivo, impuntualidad, pensamiento fantasioso, conducta adolescente y proclividad a sorprender a los demás. Para mayor claridad, en el síntoma histérico se reprime la representación de la Pulsión (imagen, recuerdo o fantasía inaceptable); pero el afecto que la acompaña se esconde y pugna por hacerse consciente, bien como síntoma somático (conversión), o como síntoma psicológico (disociación). El síntoma es una situación de 'compromiso', que satisface al Ello (pulsional) y al Superyó (moral), sirve también como castigo a la satisfacción

pulsional, pero lleva implícito un simbolismo individual, muchas veces indescifrable, por los desplazamientos y disfraces que adopta.

1.3 Neurosis fóbica

Freud habló más de Histeria de angustia que de Neurosis Fóbica. La fobia es un miedo localizado en el mundo externo, que le aparece al paciente en forma repentina. El término deriva de la palabra griega *phobos*¹⁶ que significa terror. El ser humano experimenta el terror desde el nacimiento. A los ocho meses se hace más diferenciado, cuando, en presencia de extraños, el niño irrumpe en llanto. Y entre los dos y cuatro años suele localizarse en los miedos nocturnos habituales. Más adelante, aparecen las fobias, como a Juanito, niño de cinco años, en quien Freud pudo identificar la angustia de castración (1909).

La Fobia es un miedo que requiere un objeto o circunstancia que lo provoque; es desproporcionado a la situación que lo crea y el sujeto es consciente de esto; no puede ser controlado voluntariamente; es seguido de una evitación activa de las circunstancias temidas que lo provocan, y, si el paciente decide aguantarlo, es a costa de una gran ansiedad y malestar.

El síntoma nuclear de la Neurosis fóbica es, obviamente, la Fobia, no en forma aislada, sino como constituyente principal que causa alteraciones en la vida de la persona. Una persona puede tener una fobia única, por ejemplo, miedo irracional a las culebras, y con sólo verlas, en la realidad o en películas, puede experimentar un gran malestar; pero esta no interfiere su vida normal, entre otras razones, porque no tiene que enfrentarse habitualmente a este reptil. En este caso, se hablaría de una fobia, pero no de una neurosis fóbica. La enfermedad se presenta cuando hay una evolución progresiva que el paciente no puede controlar y llega a invalidarlo en muchos aspectos. Se reconocen varios tipos: la fobia simple (específica), la social, la agorafobia y las nosofobias.

En la Fobia simple, el objeto o la situación temida está claramente definido y circunscrito. Se puede encontrar Fobia a los animales, a las situaciones ambientales relacionadas con la naturaleza (relámpagos, lugares altos, ríos), a la sangre e inyecciones, a ruborizarse (eritrofobia), a viajar (aviones, transporte público, ascensores) y a otras situaciones. Los niños padecen algunas que son normales y desaparecen (animales, brujas, fantasmas).

En la Fobia social el miedo más frecuente es a la actuación en público (hablar, salir a un escenario, tomar la palabra). La evitación, en estos casos, hace que el individuo eluda los contactos sociales y hasta las miradas de los demás. La ansiedad premonitoria, esto es, antes de una actuación, es un suplicio que conlleva angustia, insomnio y preocupación constante. El rendimiento del sujeto se ve menguado y sus capacidades aparecen en un nivel inferior a lo real. Puede llegar a limitar funcionalmente la persona, según las exigencias sociales y culturales. En la infancia la timidez o inhibición social es frecuente. En la adolescencia, también puede presentarse, relacionada con la aproximación afectiva y sexual entre los sexos. Sólo si perdura, se considera enfermedad.

16 Del gr. -φοβία, elem. compos. que significa 'temor'.(RAE) (Nota del corrector).

La Agorafobia (miedo a los espacios abiertos) es la aparición de un intenso miedo al encontrarse en lugares, en donde escapar o recibir ayuda puede resultar difícil o embarazoso (llanuras, almacenes, espacios públicos). La ansiedad acompañante puede ir, desde niveles moderados hasta crisis de angustia intolerables, con sintomatología somática. Aun cuando puede presentarse como única manifestación mental, lo más frecuente es que forme parte de la historia de un trastorno de ansiedad. La conducta de evitación concomitante puede invalidar al paciente, por el temor a salir solo a la calle, tomar un bus o conducir un automóvil. Se agregan los miedos a sufrir desmayos, enloquecer, perder el control o morir. Las conductas contrafóbicas son frecuentes, y representan un intento por dominar el miedo, mediante un comportamiento controlador de tipo superior. Frecuentemente, las personas que sufren este padecimiento, se hacen acompañar de amigos o familiares, se aferran a las paredes, se sientan en las sillas cercanas a las salidas de emergencia, cargan amuletos y ansiolíticos.

Las Nosofobias son miedos a padecer o contraer enfermedades. En la actualidad es frecuente la fobia al cáncer y al Sida. El contexto sociocultural influye, y la conducta de evitación incluye lugares como hospitales, casas de amigos enfermos, baños y pasamanos. Las fantasías de contagio, en cuanto a suciedad, limpieza y esterilización, invaden los pensamientos del paciente. Son comunes largas lecturas e investigación sobre bacterias, virus y procesos fisiopatológicos. Aun cuando se diferencia de la hipocondría, se asocia a cuadros depresivos y, en ambas circunstancias, se limita la vida del paciente, ya que nunca queda satisfecho con las opiniones profesionales. Después de las explicaciones tranquilizadoras, queda siempre la duda. Si, a pesar de las consideraciones lógicas, la duda se transforma en una convicción inmodificable, se hablaría de una idea delirante hipocondríaca. En este caso, el contacto con la realidad se pierde y el paciente ha entrado en el mundo de la Psicosis.

Freud profundizó el estudio de las fobias en el análisis del caso Juanito (Hans) (1909b), quien profesaba terror a ser mordido por los caballos. Mediante relatos del padre, fue descubriendo que la fobia del niño de cinco años estaba relacionada con el temor a su padre, rival en sus deseos libidinales hacia su madre. La angustia de castración originada en este conflicto debía ser contrarrestada por la represión del deseo y el desplazamiento de la persona del padre a un objeto diferente (el caballo). La desviación de la angustia hacia el objeto simbólico permitió mantener el funcionamiento familiar. Nuevos estudios sobre este caso han aumentado su comprensión (Niño, 2009).

El Hombre de los Lobos fue el caso de Freud (De la historia de una neurosis infantil, 1918b [1914]) de quien, en su Neurosis infantil, presentó una zoofobia y, más tarde, manifestó su enfermedad como una neurosis obsesiva. El lobo era un sustituto paterno y la idea de ser devorado por la bestia representaba, en un nivel regresivo, el deseo de ser amado por él, en forma pasiva, tierna y erótica. La mezcla de síntomas fóbicos y obsesivos, de frecuente ocurrencia, no sólo permitió a Freud usar conceptos tópicos y estructurales a la vez, sino también, identificar el vínculo transferencial narcisista que se había establecido en el tratamiento, según posteriores investigaciones analíticas (Gedo y Goldberg, 1973).

En las Fobias, especialmente en la Agorafobia y en las sociales, se han encontrado también conflictos relacionados con la ansiedad de separación y con la baja autoestima,

derivada de un Superyó severo o de la pobre catectización del polo de los ideales del *Self*. Este entrelazamiento de conflictos, pertenecientes a distintos niveles, es también de ocurrencia frecuente.

1.4 Neurosis obsesiva

Los síntomas obsesivos se presentan como exageraciones de los rasgos anales del carácter.

La Neurosis obsesiva es conocida, en la actualidad, como Trastorno obsesivo-compulsivo, porque los dos fenómenos nucleares son las obsesiones y las compulsiones. La obsesión es un pensamiento, impulso o imagen que, de manera persistente y recurrente, se impone al normal funcionamiento mental de un individuo. Dichos pensamientos o imágenes producen malestar, y el sujeto que los padece, a pesar de sentirlos como inapropiados e intrusivos, no puede deshacerse de ellos voluntariamente; los reconoce como un producto de su mente, pero, a causa de la ansiedad generada, trata de evitarlos, mediante otros pensamientos o actos, contribuyendo así a la aparición de las compulsiones.

La compulsión es un acto mental (repetir números, palabras u oraciones) o un comportamiento (lavado de manos, confirmaciones, gesticulaciones) de carácter repetitivo, que el sujeto se ve compelido a realizar como respuesta a una obsesión. Las compulsiones se van haciendo cada vez más complejas, al seguir reglas estrictas, que el paciente se autoimpone, hasta un punto en que, a veces, es difícil identificar la obsesión original. A esta se agregan rituales, reiteraciones y condicionamientos, que complican aún más el cuadro. Las obsesiones más frecuentemente observadas son las de contaminación, precisión, duda o comprobación.

Las obsesiones de contaminación se caracterizan por ideas intrusivas, como el miedo a contagiarse por algún objeto o elemento contaminante. Se inician en forma localizada, sobre algún objeto en particular, pero se van extendiendo, poco a poco, siempre con la fantasía de suciedad o contagio y, generalmente, seguida por la compulsión de lavarse, asearse o desinfectarse. Las de duda se vinculan a la idea de que una acción podría acarrear potencialmente algún tipo de riesgo o peligrosidad. La angustia ligada a la duda genera también la tendencia a la comprobación, con lo cual, obviamente, nunca logran despejarse las dudas. Al contrario, muchas veces, dicha comprobación se complica con rituales, como establecer un orden jerárquico o rezar una oración, para que dicha comprobación no falle y se asegure el control. Las de precisión se presentan en estadios más avanzados del proceso psicopatológico, en la medida que están constituidas por rituales y reglas, que los pacientes se imponen para reasegurarse contra la angustia. Tratan de seguir, entonces, normas precisas y rígidas intentando lograr una precisión absurda, innecesaria e inalcanzable.

Los pensamientos obsesivos, sin compulsión, suelen ser de contenido agresivo o sexual, que el paciente considera reprochable. Cuando no se desarrolla una compulsión, con frecuencia aparece un segundo pensamiento, en dirección opuesta, de carácter

compulsivo de todas maneras, aunque, por sí solo, puede ejercer una acción neutralizadora.

En casos avanzados, muchos pacientes dejan de luchar contra las obsesiones y compulsiones, capitulan ante ellas y terminan por no encontrarlas demasiado absurdas e irracionales. Algunos especialistas califican estos casos de Enfermedad obsesiva maligna o Psicosis obsesiva, ya que, en ellos, la obsesión y la compulsión se han vuelto egosintónicas. Es frecuente la presencia de depresión, en muchos de estos pacientes; lo mismo, en quienes solamente presentan un trastorno obsesivo de la personalidad.

Los rasgos de la personalidad obsesiva se centran en la preocupación excesiva por el orden, el perfeccionamiento y el autocontrol; es frecuente la insatisfacción y la distancia, la frialdad afectiva, la dedicación constante al trabajo, sin tiempo para el ocio y la diversión, la meticulosidad y la tacañería, así como el control de las personas, el tiempo y el dinero.

La Neurosis obsesiva es un trastorno multifactorial, en el cual existen unos psicodinamismos consensualmente establecidos: Regresión, desde la fase edípica hacia la fase libidinal sádico-anal, predominio de los conflictos de actividad-pasividad, mecanismos contra la Pulsión agresiva, como aislamiento, anulación y formación reactiva. Mediante el aislamiento (separación entre el componente cognitivo y el afectivo), el paciente obsesivo logra mantener reprimido el sentimiento que acompaña la Pulsión y, por tal razón, aparece frío e insensible ante los demás, en lugar de ansioso o culpable. La anulación es el mecanismo utilizado para neutralizar la amenaza constante de irrupción pulsional (deseos inaceptables). En la vida social existen las excusas como mecanismo habitual de anulación.

En psicopatología, la compulsión es la manifestación, comportamentalmente, más extrema de este mecanismo. La formación reactiva es el desarrollo de una actitud opuesta y exagerada ante el impulso inconsciente inaceptable; por ejemplo, en lugar de expresiones agresivas, la conformación de una actitud excesivamente cuidadosa, escrupulosa o amable. El pensamiento mágico es una forma temprana del pensamiento humano (niños y culturas primitivas) que se relaciona con la omnipotencia de las ideas: Si el paciente piensa que algo malo le ocurrirá a sus padres, así pasará, y por ende, tendrá que controlar estos pensamientos con ensalmos o supersticiones. El exceso de mecanismos obsesivos, rígidos e hipercontroladores, le va convirtiendo en un ser sin vida, alejado de la sorpresa y de las reacciones inesperadas, sin respuestas emocionales y con incapacidad para recibir y asimilar información externa.

Durante el tratamiento analítico, el desenvolvimiento de la Transferencia permite flexibilizar, a través de la acción interpretativa y demás elementos terapéuticos, los rígidos mecanismos defensivos del paciente. También se ponen al descubierto los vínculos e identificaciones sustentadores de los rasgos caracterológicos y se favorece la aparición de sentimientos e impulsos agresivos y eróticos, inhibidos o de difícil manejo. No se debe olvidar, que la fantasía del obsesivo es esencialmente sadomasoquista, a diferencia de la fantasía histérica que es de naturaleza bisexual.

El caso del Hombre de las Ratas (A propósito de un caso de neurosis obsesiva, 1909d), el joven abogado que padecía una Neurosis obsesiva, permitió a Freud concebir la Estructura obsesiva, tarea que complementó en obras posteriores. El síntoma obsesivo se vinculó, en este paciente, a la regresión sádico-anal, a la captura anal del

pene paterno, al parricidio y al impulso homosexual. Revisiones realizadas, cien años después, han puesto en evidencia otros factores transformadores, implícitos en el trabajo de Freud (González, 2.009).

1.5 Neurosis depresiva

La Neurosis depresiva es una experiencia cualitativamente diferente de la tristeza, que se caracteriza por falta de capacidad para disfrutar y sentir placer (anhedonia), falta de interés e impulso vital (apatía), falta de voluntad y motivación (abulia), pesimismo y pensamiento nihilista, y manifestaciones somáticas satélites (trastornos del sueño, del apetito y del deseo sexual, molestias físicas e Hipocondría). No se trata del duelo normal por la pérdida de un ser querido, ni de otros sufrimientos por pérdidas, que forman parte del acontecer vital, sino de un malestar significativo (subjetivo y objetivo), asociado a otros síntomas y perdurable en el tiempo, autónomo y sin control yóico, determinante de una actitud inadecuada y con tendencia a consolidarse como un trastorno afectivo, pero sin ruptura con la realidad.

La Neurosis depresiva, o Depresión neurótica, se diferencia de la depresión psicótica o endógena, porque, en su origen, predominan los factores psicodinámicos y del desarrollo afectivo, los cuales no determinan una ruptura marcada en la continuidad sélfica, a pesar de la intensidad de los síntomas. Además, participa de las características neuróticas (factor desencadenante, psicogenicidad, relación con rasgos neuróticos de personalidad). La clínica depresiva y ansiosa de tipo neurótico es de intensidad relativamente moderada, si bien el sufrimiento que ocasiona es muy alto; es comprensible, desde el punto de vista vivencial y psicológico, y responde al tratamiento analítico.

El llamado Trastorno distímico incluye personas de humor cambiante, voluble y variable, con tendencia a una baja autoestima permanente, con rasgos de personalidad perturbadores como pesimismo, pasividad y nihilismo. Tienden a ser quejumbrosos, sarcásticos y demandantes, no logran mantener relaciones estables y tienen problemas sentimentales, laborales y familiares. Son evidentes las fijaciones orales, la dependencia, la exagerada necesidad de amor y de gratificación narcisista continua. No pueden asumir las exigencias de cuidado y amor, ni las pérdidas sentimentales, reales o fantaseadas.

1.6 Hipocondría

La relación de los Trastornos digestivos con los desórdenes psíquicos dio origen al término hipocondría para designar la preocupación excesiva por las enfermedades. La denominación 'hipocondría' se ha mantenido, a lo largo de los años, para describir la atención patológica que focaliza la vida de una persona en la vigilancia de la propia salud y el propio cuerpo, limitando su libertad y coartando sus actitudes habituales.

Aun cuando la Hipocondría ha sido adscrita a la Neurosis por los autores clásicos, hoy en día se sabe que también está presente en los Trastornos narcisistas y fronterizos, y en los cuadros psicóticos.

En las clasificaciones psiquiátricas actuales se utiliza el término Trastornos somatomorfos, dentro del cual se incluye la Hipocondría, como un cuadro específico. No nos incumbe definir el alcance de cada uno de los cuadros incluidos, sino destacar que, en el grupo de Trastornos somatomorfos, coexisten patologías relacionadas con las Estructuras fronterizas y psicóticas (dismorfobias y delirios hipocondríacos), con las Estructuras neuróticas (histeria de conversión y preocupación depresiva por la salud) y con la clásica concepción de Neurosis hipocondríaca (somatización, dolor psicógeno y disfunción vegetativa somatoforme).

No existe un patrón definido de personalidad subyacente en el caso de los Trastornos somatomorfos. Los mismos cuadros clínicos pueden aparecer en distintas Estructuras. Las percepciones se refieren a procesos corporales normales (respiración, movimientos del aparato digestivo), a patologías menores (cefaleas tensionales y contracturas musculares) y a los cambios somáticos que acompañan a las emociones (frecuencia cardiaca, estados de alerta e hipervigilancia, tensión y sudoración). Es conocida la preferencia de los pacientes somatizadores por la información que tenga relación con sus preocupaciones (periódicos y televisión); muchos de ellos tienen, además, modelos identificatorios procedentes de personas de su infancia (padres y abuelos), que utilizaban la queja somática como parte esencial de su relación con el mundo.

Se han descrito otros rasgos de personalidad asociados a la hipocondría; entre estos la alexitimia y la afectividad negativa. La Alexitimia es la dificultad para percibir y comunicar los sentimientos y estados emocionales; la simbolización y la verbalización de los sentimientos está bloqueada, y las sensaciones corporales y los afectos se confunden. La afectividad negativa es un rasgo caracterológico, que consiste en focalizar la atención en los aspectos negativos propios y de los demás (pensamiento pesimista con elevado índice de ansiedad), con la consecuencia, de que la percepción de las sensaciones corporales tiende a interpretarse como señal de posibles enfermedades.

En las clasificaciones actuales se distinguen del Trastorno hipocondríaco, los Trastornos de somatización y el Trastorno dismorfofóbico corporal. En el Trastorno hipocondríaco existe la convicción de tener una enfermedad concreta; si el cuadro está relacionado con una Estructura neurótica, dicha convicción cede durante el tratamiento analítico; otros cuadros más severos, crónicos, con pensamiento ilógico y autónomo, están más relacionados con estructuras caracteropáticas severas o psicóticas, y requieren tratamientos adicionales. Es importante tener en cuenta las ventajas primarias y secundarias de la enfermedad. La Dismorfofobia es la preocupación por un defecto físico imaginario o por un defecto mínimo (nariz, cejas, labios, piel, mamas, etc.). Se encuentra en Estructuras neuróticas, narcisistas, fronterizas o psicóticas. El síntoma en sí ha sido asociado con, desde Neurosis compulsiva hasta ideas delirantes paranoides. El Trastorno de somatización se refiere a la presencia de síntomas somáticos sin explicación orgánica clara. Está más vinculado a la Estructura neurótica y ha sido siempre considerado como una de las formas de expresión de la histeria, sobre todo, si se hace evidente el simbolismo y la sustitución de conflictos. Si se encuentra algún elemento físico real (pequeñas lesiones o deformaciones orgánicas) se adentra más en el terreno de lo psicósomático.

2. Trastornos narcisistas

Los Trastornos narcisistas son, en realidad, desórdenes del *Self*, resultantes de los fracasos prolongados de la relación *Self-Selfobject* en las etapas tempranas del desarrollo. Kohut (1971), dividió los desórdenes del *Self* en primarios (Psicosis, Trastornos fronterizos, personalidades esquizoides y paranoides, y Trastornos narcisistas) y secundarios (Psiconeurosis y reacciones emocionales inadecuadas ante las inhibiciones y síntomas neuróticos). En los desórdenes primarios no existe *Self* cohesivo, y el paciente requiere la disponibilidad de *Selfobjects* para mantener su integridad. En los desórdenes secundarios, esto no es necesario, ya que el *Self* cohesivo es capaz de tolerar amplias oscilaciones de la autoestima.

En los Trastornos narcisistas pueden distinguirse dos entidades: los Trastornos narcisistas de la personalidad y los Trastornos narcisistas de la conducta.

2.1 Trastorno narcisista de la personalidad

Se genera por un fracaso de la función especular del *Selfobject*, o por falta de oportunidades para la fusión con el objeto parental idealizado. El resultado es un *Self* defectuoso, cuyos polos están inadecuadamente ocupados, vulnerable ante las pérdidas de autoestima, mal adaptado a su medio circundante y expuesto a la fragmentación. Los síntomas se manifiestan en dos niveles, como rasgos de personalidad y como estados de fragmentación.

- a. Los *rasgos de personalidad* más frecuentes son: Arrogancia y altanería provenientes de la necesidad imperiosa de liderazgo y reconocimiento; sufrimiento psicológico, desacuerdo y frustración, resultantes de la búsqueda infructuosa de relaciones transitorias y ambivalentes que reediten la relación arcaica *Self-Selfobject*; actuaciones y conductas desviadas provocadas por la angustia de encontrar a cualquier precio alivio para el vacío existencial o para la ausencia de relaciones gratificantes y apaciguadoras.
- b. En los *estados de fragmentación* se experimenta: Depresión vacía, muchas veces sin llanto, con afectividad plana, desesperanza y desilusión marcada, sin culpabilidad, sin deseos reparativos y sin urgencias de superación; angustia desintegrativa, consistente en ansiedad marcada y permanente, pánico y temor culposo, disociaciones y sensación de fin de mundo, y mal funcionamiento mental (pérdida de la memoria, deficiencias del juicio de realidad, disminución sintética y desorganización de las asociaciones); hipocondría que refleja la pérdida de la catexis narcisista en el *Self* y se experimenta como un despegamiento de los órganos o de las diferentes partes anatómicas. Los órganos se vivencian como separados del resto del *Self*, o como deformados, cambiados o sin funcionamiento e, incluso, algunos haciéndose conscientes en forma notoria por primera vez.

2.2 Trastorno narcisista de la conducta

Se manifiesta en algunas de las siguientes formas: sensibilidad exagerada a la hostilidad, que provoca reacciones inapropiadas de tipo agresivo; exagerada necesidad de experiencias de dulzura, calma y espejamiento por parte de los demás; episodios frenéticos de búsqueda de felicidad, a través de comportamientos homosexuales o heterosexuales indiscriminados, con los cuales se pretende la unión con un *Selfobject* idealizado o idealizador; adicciones al alcohol, drogas o juego que buscan la gratificación arcaica con el *Selfobject* y la ilusión de una integración; delitos, robo, violación, pandillas, para la obtención forzosa de un objeto externo que simboliza el regalo al *Self* proveniente del *Selfobject*.

2.3 Otros síntomas relacionados con el Trastorno narcisista

Trastornos psicofisiológicos ocasionados por traumas en etapas tempranas del desarrollo, relacionados con fallas en la conexión empática con los objetos arcaicos y reactivados por decepciones, desaires o frustraciones afectivas. No se experimentan como acontecimientos dolorosos, sino como un sentimiento de vacuidad generado en un exceso de atención a la apariencia personal, con descuido por los sentimientos internos. El paciente no recibe el reflejo continuo y sostenido de su *Self* corporal completo, sino una imagen prismática de partes aisladas que desconecta sus órganos enfermos (malos) del resto del cuerpo (Geist, 1989).

Trastornos del aprendizaje, del lenguaje, del sueño, de la alimentación y del control esfíntereano, relacionados con la escasez crónica de adultos disponibles para asistir al niño y proporcionarle fuentes de consuelo y bienestar. El déficit de funciones reguladoras en la niñez, sobre estos aspectos del desarrollo, hace que el individuo desarrolle tales funciones por su propia cuenta, con un componente de control y perfeccionismo que las altera definitivamente.

Mitomanía y pseudología, como consecuencia de un *Self* grandioso, no neutralizado, que necesita exhibir la omnipotencia, para obtener un objeto idealizado que supla la sensación de carencia. Reacciones ante la vulnerabilidad adolescente, tales como bulimia, escapismo, erotización, ascetismo, actividad física exagerada, deportes extremos, complacencia, sumisión y rebeldía; reflejan la situación de relaciones fallidas *Self-Selfobject* y permiten al adolescente derivar sustentación de la posibilidad de reaccionar con intensidad a la amenaza de desintegración. Pandillas, alcohol, drogas, máquinas y otras actividades que aseguran la pertenencia del joven a un grupo, dentro del cual se comparten intereses, valores y creencias, a la vez que se aspira al reconocimiento de los adultos admirados. Conductas violentas ocasionales, debido a la persistencia del *Self* grandioso arcaico que utiliza el comportamiento agresivo para expresar la omnipotencia primitiva, o a causa de la deficiente instauración en el *Self* de los valores o ideales. En todos los casos se encuentra una falla en el apaciguamiento,

en la idealización del objeto y en la solidaridad o alteridad que deviene en convivencia pacífica y en gemelaridad.

Crisis de fragmentación, con elementos regresivos pasajeros, como sensación de extrañeza, anestesia del pene, incapacidad de regular la temperatura, negación de órganos, vómito, diarrea, sudoración, decaimiento, deficiencias motoras, temblor, astasia abasia, astenia, afonía, balbuceo. Muchos de estos síntomas han sido descritos también en la Esquizofrenia y en la Histeria disociativa. Fobias, presentes, también, en la Neurosis fóbica y en el Trastorno obsesivo-compulsivo, especialmente agorafobia, acrofobia, claustrofobia, fobia social con vergüenza. Vergüenza por desequilibrio psíquico, debido a la inundación del Yo con exhibicionismo, impulsado por las ambiciones primitivas. Inhibición sexual, eyaculación precoz y angustia ante el orgasmo, por fallas en el control y trámite de las pulsiones, en pacientes con Déficit estructural del *Self*, síntomas que deben diferenciarse de los histéricos por represión. Fetichismo, travestismo, bisexualidad y otras parafilias, en las que se encuentra escisión vertical que permite ubicar, en parte del psiquismo, determinada conducta sexual y, en otra, su contraparte.

3. Trastornos fronterizos

En la Estructura fronteriza, no hay *Self* cohesivo, ni este permanece integrado. Debido a la fragmentación permanente, encubierta por defensas relativamente exitosas, el sujeto mantiene una inestabilidad constante, lo cual hace que tampoco pueda definirse ningún cuadro clínico específico. Los mecanismos defensivos no dan origen a síntomas típicos como en el caso de la Neurosis o del Trastorno narcisista, y tampoco se transforman en síntomas restitutivos generadores de una nueva realidad como en el caso de la Psicosis. Este funcionamiento disperso, o de inestabilidad estable, hace que la configuración del Trastorno fronterizo tenga esa misma característica, es decir, que sea cambiante, y, por lo tanto, representa un problema semiológico y nosológico. Esta limitación impide que los síntomas puedan, al menos, agruparse en síndromes, por lo cual serán presentados como grupos de perturbaciones conectadas con la característica principal: El límite entre la precaria estabilidad y la ruptura estructural.

3.1 Síntomas relacionados con las defensas

- a. *Polineurosis*: Síntomas neuróticos mezclados, fóbicos, obsesivos e histéricos, pero con angustia desintegrativa, instaurada permanentemente; o sea, el síntoma no cumple con la función de supeditar la angustia, que corresponde al levantamiento de la represión, ya que es, tan sólo, una defensa inestable, que no logra contener la ansiedad por amenaza de fragmentación del *Self*.
- b. Sexualidad Polimorfa: Conducta sexual perversa, sin culpabilidad, sometimiento a la realidad ni acompañamiento afectivo. El paciente no encuentra contradicción

alguna, por lo cual puede tener actividad homosexual y heterosexual alternativamente, sadismo y masoquismo, travestismo, voyerismo y fetichismo. En algunos casos, la sexualidad promiscua colinda con delitos penales: violación, pederastia, infanticidio, denigración y sometimiento del objeto sexual. La necesidad de obtener una vivencia integradora patológica y frenética, en lugar del placer y el goce, prevalece en este tipo de comportamientos.

3.2 Trastornos de personalidad

Incluye los casos más severos de los, anteriormente llamados, Trastornos caracterológicos, pero considerados, hoy en día, como parte de la patología de personalidad, la cual se caracteriza por limitar la expansión del Yo del sujeto, de tal manera que este se blinda contra una posible ruptura de su *Self*; el comportamiento se restringe, las manifestaciones sociales, afectivas y eróticas se inhiben, y la actividad interpersonal, laboral y lúdica se bloquea, en buena parte. Estos casos se refieren a Trastornos graves de la personalidad, aunque, en los más leves (neuróticos), también se encuentren mecanismos similares.

3.3 Síntomas relacionados con el funcionamiento inestable

- a. Identidad difusa, resultante de la dificultad para desarrollar una imagen integrada del propio *Self*. El paciente tiene la sensación subjetiva de cambiar su personalidad, según las circunstancias, de tal manera que no puede vivenciar la experiencia de continuidad temporal. Al no sentir la coherencia histórica, no puede conectarse con el pasado, ni proyectarse adecuadamente hacia el futuro. La incapacidad para tener una visión integrada de sí mismo, también la tiene frente a las demás personas. No diferencia entre sus congéneres, quién es significativo en su vida, quién cercano o distante emocionalmente, qué importancia tienen los miembros de su familia, o cómo es el temperamento o el carácter de sus amigos. Todos los vínculos resultan superficiales y es imposible la alteridad.
- b. Escisión profunda, tanto horizontal como vertical. Permite mantener integrada la mayor parte del *Self* y asegurar un funcionamiento disparejo, pero no fragmentado. La escisión horizontal (*splitting* o disociación primitiva de M. Klein) separa los objetos en buenos, malos, gratificantes y persecutorios. La vertical permite mantener, en dos carriles separados, aspectos diferentes o antagónicos de la personalidad, sin que puedan integrarse, por ejemplo, adicciones, compulsiones, perversiones, ideologías contradictorias, actuaciones inesperadas y desconcertantes, y conductas inmorales y opuestas a la propia ética.
- c. Crisis psicóticas, pasajeras, inconsistentes y recuperables, espontáneamente o con ayuda. Estados confusionales similares a los síndromes por intoxicación (alcohol o drogas). El paciente se reintegra en pocos días y, aun cuando en el episodio crítico

se altera su conciencia de realidad, al restablecerse, puede hacer uso de su juicio crítico, sin que en este nivel se observen fallas groseras.

- d. Regresiones prolongadas, que pueden llegar hasta uno o dos meses, y requieren hospitalización. Pueden presentarse disociaciones, similares a los episodios disociativos histéricos, y a los episodios maníacos o depresivos de los cuadros bipolares; pero, lo que hace la diferencia es el resurgimiento de traumas narcisistas arcaicos, relacionados con el maltrato físico, la violencia social o familiar, las violaciones sexuales, y la persistencia del niño en ambientes disociales o francamente antisociales. Dichos traumas se manifiestan en conductas psicóticas por la intensidad de los afectos agresivos (paranoides), con desconocimiento de la realidad externa y de las consecuencias que pueden tener las acciones derivadas.

4. Psicosis

El Psicoanálisis ha contribuido al estudio y tratamiento de la Paranoia, la Esquizofrenia y la Psicosis maniaco-depresiva. Estas tres entidades se configuran en forma estable, a diferencia de los Trastornos fronterizos, entre otras razones, porque los síntomas regresivos y restitutivos que las constituyen crean nuevas realidades que tienden a perpetuarse.

4.1 Paranoia (desórdenes delusionales)

Bajo este término, Freud agrupó la mayor parte de los delirios crónicos. A partir del caso Schreber (Observaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia, descrito autobiográficamente, 1911c [1910]), concibió la psicodinámica de esta Psicosis, ya tratada en el capítulo sobre psicopatología. En esa oportunidad, se comentaron también los aportes postfreudianos, sin que ninguno modifique lo esencial sobre el delirio, es decir, su enfoque como tentativa para adaptarse y reconciliarse con los demás, mediante la creación de un nuevo mundo objetal. (Arlow y Brenner, 1969).

4.2 Esquizofrenia

En la Esquizofrenia, a causa de la desestructuración del *Self*, el paciente no logra integrar un delirio sistemático que le permita dejar libre algún espacio de su percepción, de tal manera, que siempre da la impresión de alguien perdido o confundido. El estado de fragmentación es persistente y crónico, hasta el punto de que hace dudar, a cualquier Psicoanalista, sobre la posibilidad de un encuentro afortunado *Self-Selfobject*. La regresión a niveles primitivos del funcionamiento mental, provoca desorientación global, alucinaciones, pensamiento ilógico, ambivalencia, Autismo, afecto inapropiado,

pérdida de la iniciativa y del interés. Las relaciones interpersonales se perturban y, como consecuencia, la regresión se acentúa o, simplemente, el psiquismo se reorganiza secundariamente, a través de la formación de delusiones.

Sin embargo, dentro de la nueva realidad psicótica, la disociación continúa, lo cual deja más desconcertado al clínico, para quien la única explicación comprensible sería la existencia de un elemento etiológico orgánico que permitiría entender, además de este hecho, la coexistencia de áreas totalmente disgregadas con áreas que exhiben un funcionamiento organizado. El factor orgánico determinaría que muchas funciones se conserven indemnes, incluyendo sectores creativos, mientras otros se desorganizan y quedan a merced de la impulsividad y de groseros Trastornos del pensamiento.

4.3 Psicosis maniaco-depresiva (Desórdenes afectivos)

El *Self* de estos pacientes no regula adecuadamente los afectos, debido a que no incorporó las respuestas necesarias para cumplir esta función, a causa de fallas de los *Selfobjects* durante el desarrollo. Tanto en el cuadro depresivo como en el maniaco, la sintomatología se establece gradualmente. En el cuadro depresivo aumenta la tristeza día a día y se complica con pérdida del apetito, insomnio, impotencia, frigidez, apatía, abulia y anhedonia. Puede haber variación diurna, pero sin fluctuación apreciable y sin influencia ambiental. La situación tiende a complicarse por el peligro de suicidio. En el cuadro maniaco hay una mezcla de exaltación, euforia e irritación.

Además, se presenta excitación psicomotriz, exceso de energía, pensamiento acelerado, fuga de ideas, incremento del deseo sexual y expansión yóica. El sujeto, en estos casos, es incapaz de contener la grandiosidad infantil, entre otras razones, porque, tanto el *Self* grandioso como la *imago* parental idealizada, no pudieron evolucionar hacia etapas maduras del Narcicismo, y el *Self* no logró su neutralización.

4.4 Los trastornos esquizoafectivos

Combinaciones de los cuadros anteriores, son los más propensos al suicidio, debido en buena parte a que estos pacientes tienen más dificultades para establecer contactos interpersonales reaseguradores. Generalmente, permanecen aislados, solitarios y carecen de soporte familiar. El pronóstico se agrava si tienen antecedentes de intento. El desenlace fatal no sólo se presenta por agravación de la sintomatología melancólica, sino también por necesidades exhibicionistas de superioridad, como una manera de controlar al mundo hostil.

1. Contexto

El Psicoanálisis puede concebirse como una técnica específica de tratamiento, aplicable en personas que reúnen la precondition de 'analizabilidad' (Greenson, 1967; Álvarez, 1997b); o como un marco de referencia teórico, bajo cuya orientación pueden formularse diferentes esquemas terapéuticos, apropiados para psicopatologías complejas (Wallerstein, 1989; Weinshel, 1989; Márquez, 1990).

En el primer caso, el procedimiento se ha identificado como Psicoanálisis clásico o estándar, en la medida que sigue el modelo propuesto por Freud para el tratamiento de las Neurosis. Hoy en día, se ha extendido al tratamiento de los Trastornos narcisistas, gracias a nuevos desarrollos conceptuales y a la utilización de elementos terapéuticos adicionales. En el segundo caso, es decir, bajo el marco de referencia del Psicoanálisis, la modalidad terapéutica más reconocida es la Psicoterapia psicoanalítica, o psicodinámica, la cual admite modificaciones técnicas, estratégicas, o tácticas, en relación al análisis clásico. Se utiliza de preferencia en los Trastornos limítrofes, y en algunas situaciones clínicas que requieren un abordaje especial. También se indica en cuadros psicóticos compensados, ya que, para los más regresivos, es necesario emplear otras formas de psicoterapia, asociadas con tratamientos psiquiátricos, terapias institucionales y medicación psicofarmacológica.

Las psicoterapias de inspiración psicoanalítica pueden ser de apoyo, exploratoria o interpretativa; de emergencia, breve o de tiempo ilimitado; superficial, profunda o intermedia; de pareja, grupo o familia. Las diferentes técnicas comparten factores terapéuticos derivados del Psicoanálisis y los beneficios comunes para los pacientes han sido reconocidos suficientemente (Martínez, 1966).

2. Perspectiva histórica

Freud conoció el tratamiento que Breuer practicaba a Anna O., en 1882 (revisitado por Dezubiría, en 1997). Empleó la hipnosis con fines catárticos, por primera vez, en 1889, en el caso Emmy Von N. En 1892 trató, por medio de la sugestión en estado de vigilia, a Elizabeth Von R. De ahí en adelante, por espacio de veinte años, perfeccionó la técnica de la libre asociación de ideas. A partir de esta, describió la multideterminación de los síntomas (1904), y los fenómenos de la Transferencia y la Elaboración (1912). Años más tarde, bajo la égida de su Metapsicología, concluyó, que la tarea psicoanalítica se cumplía, cuando se lograban las mejores condiciones para el funcionamiento del Yo (1933-1937).

Hoy en día es posible hacer un recuento tan escueto como el anterior, debido a que muchos autores se han ocupado con detenimiento de los pormenores de esta apasionante historia. Lo que no es posible es ser tan conciso frente a los dos elementos esenciales descubiertos por Freud en su labor terapéutica: La Resistencia y la Transferencia. Sin embargo, por ser este un tema tan conocido, evitaremos, en lo posible, caer en la prolijidad.

A pesar de la buena voluntad y empeño del paciente para colaborar con su cura, él mismo, sin proponérselo, se encargaba de bloquear los recuerdos traumáticos e impedir la conscientización de las ideas patógenas. Sólo la influencia del médico podía actuar sobre esta resistencia, con el riesgo consecutivo de que la relación se viera comprometida afectivamente y se perturbara el proceso terapéutico. Así sucedió, en varios casos, con pacientes histéricas, en los cuales el Psicoanalista, percibido inicialmente como maestro, confesor e intérprete, se convertía en objeto de hostilidad, cuando la analizanda se sentía desatendida, o en objeto erótico, cuando se hacía dependiente. Estos sentimientos surgidos con el analista, detenían el trabajo analítico y, para que las asociaciones continuaran, exigían una ardua labor. La Transferencia, convertida en Resistencia, había interferido la tarea analítica.

Todo Psicoanalista conoce estos fenómenos, porque los ha experimentado en su propio análisis. Además, es conocido el hecho de que, frente al médico, o ante cualquier persona con autoridad y sabiduría, se reactivan los sentimientos de respeto y esperanza que el padre inspira en el hijo. Freud creía que este conocimiento lo había adquirido durante el tratamiento de sus pacientes y, también, lo había deducido por autoanálisis. En realidad, él tuvo vivencias similares con Charcot y Breuer, y experimentó claras reacciones transferenciales con Fliess.

Wilhelm Fliess era otorrinolaringólogo y ejercía en Berlín. Conoció a Freud en 1887 y, durante 14 años, tiempo que duró la relación, compartió con él su curiosidad por el tema de la sexualidad. A diferencia de Charcot y Breuer, que no mostraron interés en este campo, Fliess fue un interlocutor válido y permisivo que consentía toda clase de elucubraciones. Fliess entendía la sexualidad como parte de los ciclos biológicos y creía en la etiología neurótica de algunos casos de patología nasal. Freud tomó la idea de la somatización y se sintió estimulado para referir sus teorías.

Además, supuso que Fliess tenía un conocimiento más amplio que el suyo en materia de sexualidad, aun cuando solo se reconocía como paciente médico de su

colega. En todo caso, fue en el seno de esta relación, surgida espontáneamente entre los protagonistas, donde Freud pudo expresar su sufrimiento por la incompreensión de los médicos, en relación a la teoría sexual de la Neurosis. En cierta forma, se convirtió en abreactión analítica, con evidentes elementos transferenciales.

La relación entre Freud y Fliess fue más que todo epistolar. Las cartas de Freud a Fliess se salvaron de la destrucción por la intervención de María Bonaparte. Después de la muerte de Freud fueron censuradas por Anna Freud y Ernst Kris, pero en 1985 fueron publicadas por Masson. Los encuentros que tuvieron fueron de gran significación y Freud no sólo encontró el anhelado reconocimiento de sus teorías, sino también el apoyo para combatir su soledad, aislamiento y descalificación. Después de la ruptura, estableció relaciones similares con Jung y Ferenczi, quienes dieron sustento a sus conjeturas, hasta conseguir un cúmulo coherente de conocimientos clínicos.

Así nació el Psicoanálisis y, poco a poco, animado por el trabajo con pacientes, y gracias a su aguda percepción del inconsciente, Freud logró plasmar en sus obras sobre técnica -entre 1912 y 1915- lo esencial de la terapia psicoanalítica. Las obras de Sharpe (1930), Fenichel (1941) y Glover (1955) complementaron los trabajos de Freud sobre este punto. Autores más recientes, entre los cuales se cuentan Greenson (1967), Etchegoyen (1986), Thomä y Kächele (1988) y Sánchez-Medina (1994), actualizaron la técnica clásica, recopilaron valiosa información clínica y delinearon aspectos tácticos y estratégicos innovadores.

3. Procedimiento

- a. **Objetivos:** Desde el punto de vista del proceso, se han propuesto diversos objetivos terapéuticos: hacer consciente lo inconsciente, disminuir las exigencias Superyóicas, fortalecer el Yo, analizar los mecanismos de defensa e incrementar la adaptación; estimular la actividad sublimatoria, superar la posición esquizoparanoide y elaborar la depresiva; aumentar la capacidad de reparación, evolucionar en el desarrollo psicosexual y pasar del Narcicismo arcaico al maduro; lograr la cohesión del *Self*, aminorar la condición traumática y enriquecer los vínculos afectivos. Existen otros, pero todos apuntan a optimizar el funcionamiento psíquico. En última instancia, es al paciente a quien corresponde valorar las ganancias obtenidas.

Desde el punto de vista de la situación analítica, el objetivo es lograr la regresión operativa que facilite el *insight*¹⁷. Esta se produce como consecuencia de varios factores, entre los cuales la permisividad es uno de los principales, para que las asociaciones lleguen a la mente sin control, es decir, sin importar el orden lógico y sin descartar lo que parezca vergonzoso, descortés o banal. Si el *insight* se mantiene, mediante la inter-

17 *Insight*: Conocimiento vivencial subjetivo de los conflictos inconscientes, adquirido durante el psicoanálisis. No es posible traducir este término como introspección que, en realidad, es una comprensión de tipo cognitivo. Podría traducirse como introversión. (N. A.)

pretación de la resistencia, se asegura la permanencia de un Yo colaborador, razonable y libre de interferencias.

La situación analítica está concebida para facilitar el desarrollo de la Transferencia, otro de los objetivos del método. Aun cuando la Transferencia puede convertirse en un obstáculo para el éxito terapéutico, es una de las mayores motivaciones y la fuente más valiosa de información. La intensidad transferencial puede hacerse intolerable en la medida que se reactiva la angustia traumática, motivo por el cual otro de los objetivos inmediatos es su adecuada interpretación.

- b. **Indicaciones:** En general, no dependen tanto de un criterio médico basado en la psicopatología, sino de la necesidad del paciente de aliviarse de un sufrimiento crónico incontrolable. La angustia, los síntomas, las limitaciones e inhibiciones, las carencias y deficiencias, no han encontrado, en quien las padece, la oportunidad de comunicarse con fines terapéuticos. El sujeto que sufre psicológicamente busca el análisis y está dispuesto a adaptarse al encuadre. El analista, disponible y flexible, explora la mejor manera de ayudar al paciente dentro de los parámetros técnicos. En esta dimensión, toda solicitud debe ser acogida, en principio. Posteriormente, se ajustará el método, en función de la Estructura de personalidad que subyace a la psicopatología.
- c. **Motivación:** El sufrimiento crónico, causado por síntomas y rasgos discordantes del carácter, constituye la motivación más fuerte para que el paciente tolere las exigencias del tratamiento. El interés por descubrir las causas de su sufrimiento, aumenta la motivación y estimula la comunicación de experiencias angustiosas, vergonzosas o culposas. Solo quien se siente un paciente psíquico, es decir, un ser con sufrimiento emocional, puede ser susceptible de análisis, soportar las privaciones y regresiones, tolerar la asimetría relacional y aceptar las frustraciones. No se espera una pasividad exagerada o un sometimiento por parte del analizando, ni que hable con moderación o ecuanimidad, puesto que es deseable que reaccione emocionalmente y exprese indignación, ira, resentimiento, tristeza o impotencia.
- d. **Proceso:** Se mantiene por la regresión terapéutica y el vínculo que se establece entre analista y analizando. Se inicia con una etapa de transferencias negativas, que exigen el trabajo interpretativo del analista. Progresivamente, se avanza hacia las Transferencias operativas que incluyen regresiones, progresiones y constantes vicisitudes. Cuando el vínculo terapéutico se hace confiable, la labor analítica se enriquece con el trabajo de elaboración. La fase más productiva se desenvuelve de manera singular y particular, según cada caso, motivo por el cual es imposible describirla puntualmente. El proceso culmina con el periodo de separación del analista, variable con cada analizando, pero sujeto a un tiempo suficiente, no menor de seis meses.
- e. **Situación analítica:** Es la confluencia de la participación de los tres factores constituyentes básicos: analizando, analista y ambiente terapéutico. Cada uno tiene una contribución especial, aun cuando la interacción supone interdependencia. El

paciente requiere motivación y capacidad para la labor analítica. El analista necesita destreza y habilidad para la comunicación, persistencia en la búsqueda del *insight*, disposición empática y tolerancia a las experiencias de fusión. El ambiente debe transmitir la consagración al trabajo analítico, el respeto y la protección de los derechos del analizando, la consideración, el interés y el propósito de aliviar el sufrimiento emocional.

- f. **Curso:** Inicialmente, se ofrece un mínimo de interpretaciones, a fin de evitar la interrupción de la libre asociación de ideas. La Atención flotante permite captar las resistencias defensivas, las cuales no se consideran, propiamente, un obstáculo, sino una oportunidad para redefinir el campo de acción del Psicoanálisis. Algunas resistencias pueden intuirse: la resistencia al *insight*, común a todo paciente analizable, puesto que sólo quien la presenta puede desarrollar la habilidad de autoconocerse; la resistencia al cambio, relacionada con el temor a abandonar la patología, esa brillante solución que el paciente encontró para superar un conflicto o un déficit; la resistencia al análisis, inherente a la pérdida de autoestima, que para muchos analizandos representa la relación asimétrica de la terapia; y la resistencia al analista, asociada a la reactivación transferencial de experiencias traumáticas arcaicas, que habían permanecido reprimidas.

Las resistencias más específicas tienen que ver con la vivencia del terapeuta como potencialmente peligroso, seductor o autoritario. El riesgo es que el analista se proteja con distanciamiento u hostilidad, y trate de controlar el *Selfobject* malévolo en que se ha convertido, por causa de la regresión de su analizando. Finalmente, se desarrollan las transferencias terapéuticas, u operativas, cuyas características serán descritas en función de las diferentes Estructuras psicodinámicas, en el espacio correspondiente.

- g. **Terminación:** En medio de la elaboración de la Transferencia se establece un vínculo adulto, que incrementa en el analizando su necesidad de operar sin ayuda, señal de que el final del proceso se acerca. El paciente reconoce la transferencia de experiencias traumáticas en términos de nuevos significados, percibe el crecimiento de su *Self* y se da cuenta de sus logros, entre los cuales se cuenta la madurez afectiva, la satisfacción creativa, el bienestar emocional, la sensación de plenitud y la capacidad para establecer alianzas y compromisos con otros seres humanos. La terminación no siempre se produce por mutuo acuerdo; a veces se presenta una interrupción, un ensayo fallido de separación, o una suspensión por decisión unilateral. De todos modos, es importante el análisis de las circunstancias de cada situación y, sobretodo, la elaboración final que conduce a la etapa de autoanálisis, caracterizada por la internalización de las funciones del analista, con la cual se ha identificado la terminación (Firestein, 1978; Gabbard, 2004; Méndez, 2003).

4. Elementos terapéuticos

- a. **Alianza de trabajo:** Es el aspecto racional y cooperante de la relación dentro de la situación analítica. Está determinada por la disposición del paciente a someterse a las exigencias del encuadre y se origina en su anterior capacidad para establecer relaciones neutralizadas (desexualizadas y exentas de agresividad). El analista contribuye con una actitud cordial, empática, sincera e imparcial (Zetzel, 1956; Greenson, 1967).
- b. **Insight:** Para profundizar en el proceso terapéutico, el analizando debe desarrollar *insight*, o sea, conocimiento vivencial subjetivo de los conflictos inconscientes. Se va adquiriendo con los cambios psicodinámicos que resultan de la superación de las resistencias (Eissler, 1953; Gill, 1954). No es igual a la introspección (proceso cognitivo), pero también incluye observación, escucha, exploración, imaginación y comprensión. Se origina en la percepción de las pulsiones y en la curiosidad sexual, en el sentido de omnipotencia y omnisciencia, y en los anhelos de fusión y empatía asociados al cuidado maternal.
- c. **Interpretación:** Es la función analítica que hace conscientes las vivencias reprimidas o escindidas del paciente. Para que sea mutativa, debe levantar la censura y restablecer la comprensión de lo olvidado, oculto o ignorado (Strachey, 1934). Para que sea transmutadora¹⁸ requiere elaboración experiencial dentro de la situación analista-analizando. Es más un proceso que un suceso, ya que requiere varias intervenciones. En algunas ocasiones se acompaña de sugestión, explicación, abreacción o reconstrucción, a pesar de que el valor analítico de este tipo de intervenciones sea cuestionable. Pone en evidencia el conocimiento, la intuición y la empatía del analista. El buen uso de la interpretación se gesta en el análisis didáctico, pero la aplicación clínica se aprende en la supervisión. Algunos analistas dan a la interpretación el valor de una hipótesis científica expuesta a la refutación dentro del proceso de comunicación con el analizando (Álvarez, B., 1974; Etchegoyen, 1986). Otros condicionan su valor a la empatía implícita en la relación terapéutica, y no tanto a la veracidad generadora de introvisión (Gedo, 1979; Meissner, 1983).
- d. **Traslaboración:** Es la repetición y elaboración de *insights*, obtenidos como consecuencia de la interpretación. Se requiere para vencer la renuencia del Yo a abandonar las defensas y a tomar el riesgo de nuevas opciones. Solo repitiendo, una y otra vez, la misma introvisión, en diferentes formas, se logra dominar la tenaz resistencia a cambiar. Cualquier tropiezo en la vida hace que el analizando regrese a sus antiguos esquemas defensivos, pero el insight repetido puede conducir a la modificación de la actitud y a la evolución del análisis (Greenson, 1976; Méndez, 2005a).

18 La 'internalización transmutadora' desempeña un papel importante en el proceso de formación de la estructura (Vease Kohut, 1971, p. 57) (N. A.)

- e. **Empatía:** Es la capacidad del analista para penetrar, cognitiva y emocionalmente, en la vida interior del analizando. Se trata de una introspección vicaria, o sea, de un intento de vivenciar la interioridad psíquica del Otro, manteniendo simultáneamente la postura de observador objetivo. La fusión inicial del analizando con su analista se convierte puntualmente en un lazo empático, cada vez más firme, que hace relativamente estable la relación. La resonancia empática es el júbilo compartido durante el logro evolutivo del análisis (Kohut, 1959, 1968, 1982).
- f. **Contención empática:** Es la capacidad que desarrolla el analista para contener los deseos, sentimientos, pensamientos y actuaciones del analizando, a fin de que se pueda salvaguardar la relación frente a los procesos destructivos arcaicos. Los traumas tempranos dañan la confianza del niño en la capacidad de contención de las figuras paternas. El analizando que ha sido víctima de estos traumas, se siente desprotegido ante las crisis del desarrollo o ante las emergencias del *Self*. Si, en el análisis, no encuentra una buena función de contención empática, repite, irremediablemente, los traumas infantiles, sin la posibilidad de un proceso restaurador. Ballesteros (1991, p. 250) incluye la 'comprensión', en su sentido más amplio, como una parte de la función continente descrita por Bion.
- g. **Transferencia:** Es un tipo especial de relación de objeto, que se produce por el mecanismo de desplazamiento y se manifiesta por una tendencia regresiva. Dicho de otro modo, es la relación emocional ante una persona presente, como si esta perteneciera al pasado. Se constituye en la causa más importante y frecuente de obstrucción a la labor analítica y, sobretodo, de estancamiento o interrupción de los análisis. Pero, a su vez es la mejor oportunidad para que el paciente repita, por medio de la regresión controlada, las vicisitudes de sus relaciones arcaicas, las fijaciones en las fases anteriores de su desarrollo y los traumas que alteraron o detuvieron su progreso y desarrollo. Siendo una distorsión, es también una conjetura plausible (Jordán, 1992).
- h. **Contratransferencia:** No solamente es una respuesta a la Transferencia, sino la compulsión a la repetición, del terapeuta, inducida por el analizando. La recomendación de controlarla para que no interfiera el tratamiento es difícil de acatar, toda vez que no hay forma de impedir la distorsión emocional. Pero, si el analista está atento a sus fallas empáticas y no las desmiente, puede evitar que su contratransferencia recree un contexto de pérdida de la conexión con su analizando, o que provoque un 'acuerdo' que inmovilice el proceso (Yamin, 1978, p.51), o caiga en la, llamada por Bion, Reversión de la perspectiva (Yamín, 1989).
- i. **Enactment:** Es el desempeño de papeles (roles) por parte del analista, correspondiente al sistema defensivo del analizando, y equivalente a la cura transferencial en términos de Freud. Se ha concebido como una actualización de la Transferencia, en la cual el analista acepta y se compromete involuntariamente con

el rol (Sandler, 1976). Aun cuando, para algunos, es una utilización que el paciente hace de su analista para evadir conjuntamente la angustia (Feldman, 1997), para otros incluye un nuevo concepto, traducido como 'efectuación', dentro del cual se concibe la Transferencia, no sólo como resultado de la compulsión a repetir en lugar de recordar, sino también como un intento inconsciente por dominar, dentro de la relativa seguridad que brinda la situación analítica, un material traumático relacionado con los conflictos más primitivos (Eagle, 1984: 126). El papel, estimulado por el analizando, es una prueba a la que somete al analista; si este no la pasa, por sus dificultades contratransferenciales, puede motivar el fracaso terapéutico (Weiss y Sampson, 1986).

- j. **Intersubjetividad:** La relación entre analista y analizando es interactiva. La verdad reprimida, rescatada por el análisis, es una narrativa que surge en el contexto interpersonal y transaccional. Ambos integrantes se influyen mutua, emocional e intelectualmente, en forma intencional o inadvertida (Greenberg y Mitchell, 1983). Cada pareja analista-analizando produce una narrativa diferente, y ambos integrantes son transformados por la experiencia. La interacción de esta relación diádica tiene lugar en el espacio identificado como intersubjetividad, que corresponde a la más tierna experiencia infantil (Stern, 1985; Stolorow y Atwood, 1990, 1992). El material de análisis incluye, no solamente lo que el analista descubre, sino también lo que construye y organiza con su analizando. Más allá de la comunicación verbal de los contenidos mentales, la transacción intersubjetiva es la que estimula los elementos inconscientes, que dan forma a la experiencia interpersonal, tal como cuando, en la etapa preverbal, la madre, sin ayuda del lenguaje, se comunica con su hijo.
- k. **Alteridad:** Es la relación entre sujetos de la misma esencia que, en Psicoanálisis, corresponde a la interacción de *Self* a *Self*. Para su cabal establecimiento se supone un progreso en el análisis y la superación de las Transferencias, a fin de que ambos participantes cuenten con un *Self* propio, único e independiente. En realidad, se trata del establecimiento de un vínculo con un objeto nuevo; es decir, que corresponde a la visión del analista como un objeto real. Puede también concebirse como una gemelaridad adulta, conseguida en la lucha por dominar las situaciones traumáticas que alteraron, en lo esencial, la función parental de similitud (González, 2009a, 2010).
- l. **Vínculo:** Es la base de toda interacción humana. Presupone la aceptación de que las relaciones objetales no se generan solamente por la internalización, sino también por la interacción integrativa. Es producto del cuidado que el analista asume, para no convertirse en objeto transferencial permanente, al actuar según los deseos del paciente (Sandler, J. y Sandler, A.M., 1983). En el vínculo confluyen el objeto transferencial, sujeto del trabajo analítico, y el objeto nuevo, sujeto de la internalización transmutadora. El objeto nuevo, más claramente visualizable cuando la Transferencia se ha analizado, determina el encuentro humano trascendente, no simplemente entre el Yo y el otro, sino más propiamente entre

el Yo y el tú. Cuando el analizando descubre al analista como un objeto nuevo vinculante comienza en el análisis una nueva fase de crecimiento y desarrollo.

- m. **Reacción terapéutica negativa:** Respuesta clínica específica y paradójica, que determina un empeoramiento de la condición del paciente después de un periodo de tiempo de buen manejo terapéutico. El analizando rechaza las interpretaciones y socaba con su actitud el futuro del análisis. Refuta, hace contrapeso y obstruye la comunicación. A veces continúa, pero se rehúsa a acceder o a renunciar y pide al analista un modo diferente de proceder. Otras veces, opta por la retirada, o sea, por la finalización, literal o figurada. Curiosamente, la reacción terapéutica negativa tiene potencial tanto creativo como destructivo, a la vez. Es la resistencia más poderosa e intensa, pero abre el camino para una exploración más profunda sobre la injuria narcisista y la rabia patológica (Danielian, 1985).

5. Instrumentos técnicos

- a. **Asociación libre de ideas:** Es el método, inventado por Freud, para que el paciente produzca el material. Consiste en pedir al analizando que exprese todo lo que piense y sienta, evitando cualquier control o censura sobre las ocurrencias. Es una invención única y particular en la historia de la ciencia, que tan sólo se hace evidente durante el análisis. El analizando suele quejarse de no lograr a plenitud la libre asociación de ideas; sin embargo, generalmente obtiene más de lo que espera. Además, los sueños, las fantasías, las equivocaciones y las actuaciones revelan muchas verdades, ocultas en forma inadvertida.
- b. **Atención flotante:** Es el estado que asume el analista para captar los procesos inconscientes del analizado. El término flotante indica la diferencia que existe con la atención que hace parte del razonamiento lógico. La atención flotante coloca al analista en una situación psicológica equivalente a la del analizando en asociación libre. Es en realidad, su contrapartida. No enfoca los procesos secundarios y, por lo tanto, no privilegia unos temas en detrimento de otros. Es indispensable para preparar la interpretación (Méndez, 2005b).
- c. **Escucha:** Forma parte de la atención flotante y, obviamente, es diferente a la escucha del médico, del Psiquiatra, del consejero o del amigo. No conlleva fines diagnósticos, ni se acompaña de compasión; no se conmueve con la culpa, ni se alía con el sujeto en contra del entorno; no toma partido. Es, ante todo, neutra y se dirige a las escisiones del analizando, ya que por la experiencia se sabe que quien comunica un sufrimiento puede, al mismo tiempo, experimentar un placer oculto o derivar una ganancia. Vale la pena enfatizar que el paciente participa activamente en el desarrollo de la patología y que, en muchas ocasiones, es más importante lo que calla que lo que expresa.

- d. **Silencio:** El silencio del analista no es indiferencia, ni ausencia, ni distancia. Es, en realidad, el soporte de la escucha y el mensaje de aceptación para que el paciente se entregue a la verbalización. El analista calla para escuchar con atención, no orienta ni hace observaciones, ni responde como en las conversaciones corrientes. Así como no teme su propio silencio, no se perturba con los silencios prolongados del analizando. En los comienzos del análisis, el silencio tiene un efecto apaciguador, ayuda al paciente a expresarse con libertad y, progresivamente, contribuye a la regresión, por su componente frustrante. A pesar de estos beneficios, puede ser interpretado como agresión, pérdida de amor, castigo, retaliación y muerte (Reik, 1928). Es tal su importancia, que Yamin, en 1983, sostuvo la tesis de que la función básica del analista es el silencio, no la interpretación.
- e. **Neutralidad:** Consiste en el mantenimiento de una distancia conceptual y emocional respecto de lo que el paciente comunica. A pesar de su marco de referencia teórico, el analista se dispone a oír el relato sin valoración prejuiciada, a no tener ideas preconcebidas y a dejarse sorprender por las referencias del analizando. A su vez, está listo para sorprender con sus interpretaciones. La neutralidad evita el apego injustificado a alguna de las instancias intrapsíquicas (Ello, Yo, Superyó), o de las necesidades del *Self*; garantiza, de este modo, el equilibrio del analista frente a los conflictos y carencias.
- f. **Anonimato:** Un anonimato relativo favorece la oscilación entre la proximidad y la distancia que el analista necesita para responder a las necesidades del analizando, sin satisfacer sus deseos. No es una conducta evitativa, sino una participación modulada, que transmite seguridad y confianza, sin desconocer la intención terapéutica del procedimiento. Favorece la Transferencia, en la medida que impide que el analista aparezca, desde el principio, como objeto nuevo, con lo cual se disminuye el peligro de una identificación prematura. Protege al analizando de una injerencia real en su vida, lo cual le facilita asumir riesgos en su comunicación del material.
- g. **Abstinencia:** Es la capacidad del analista para no satisfacer, sustitutivamente, los impulsos encubiertos por los síntomas del analizando. No satisfacer los deseos no quiere decir desatender las necesidades. La frustración derivada de la abstinencia del analista favorece la regresión transferencial. La satisfacción transferencial no es apropiada tampoco, por lo cual debe evitarse para optimizar la evolución del tratamiento.

6. Encuadre

- a. **Frecuencia:** El encuentro repetido y continuado crea una interacción emocional intensa. Tanto para la técnica clásica, aplicable en Estructuras neuróticas, como para la

técnica del *Self*, para Trastornos narcisistas, se requiere una frecuencia de entre tres y cinco sesiones semanales. En el tratamiento de pacientes limítrofes o psicóticos es más variable, y depende de las características psicopatológicas de cada caso. La duración de las sesiones oscila entre 45 y 50 minutos, sin irrupciones ni interrupciones. Las de duración variable conllevan más problemas que beneficios. De una parte, el proceso requiere continuidad y sólo debe interrumpirse por vacaciones o viajes profesionales breves, los cuales deben anunciarse con anticipación. De otro lado, la creencia de que las sesiones pueden interrumpirse a juicio del analista, porque el paciente está diciendo cosas sin importancia, contiene una posición prejuiciada y, casi siempre, encierra elementos contratransferenciales no analizados.

- b. **Duración:** La duración de un análisis es variable. Se cuenta en años, no menos de tres a cinco, en promedio. A veces hasta diez y más, lo cual ha sido utilizado, por la competencia proveniente de otras disciplinas, para exhibir como ventaja la menor duración que dicen tener otras terapias. Al menos en Trastornos neuróticos y narcisistas, la duración indefinida no es terapéutica, porque niega la resolución de la Transferencia. La idea de amenazar al paciente con la suspensión del tratamiento, para que venza la resistencia, o abandone los beneficios secundarios de la enfermedad, no es recomendable. La inferencia sobre el tiempo de duración que, tácitamente, tienen las empresas de salud que pagan servicios de psicoterapia, así como el sistema de vigilancia y control que crean sobre el proceso y sus resultados, interfieren con el objetivo que se proponen analista y analizando.
- c. **Honorarios:** Los honorarios son variables, dentro del rango establecido por cada analista, y están sujetos a reajustes periódicos. El análisis no es viable sin el pago de honorarios. La hora asignada para la sesión analítica los genera, la utilice o no el interesado. Este principio es primordial, porque permite que el analizando se sienta libre y sin deuda con el analista. Su pago mensual favorece la continuidad del tratamiento, y deben pactarse con claridad, superando el tabú del dinero. No se cobra por la curación, sino por el servicio prestado dentro de un tiempo determinado. Nada de lo que ocurra con los pagos, en el curso del análisis, es fruto del azar; todos los actos fallidos, en esta materia, son producto de las fuerzas inconscientes, y deben analizarse.
- d. **Contrato:** El cobro de honorarios implica una transacción que tiene las características de un contrato de finalidad, es decir, que define un proceso cuya perspectiva es ilimitada e incierta. No se trata de un contrato incidental, porque no se relaciona con una coyuntura. Aunque el alivio del síntoma es importante, el análisis propende por el crecimiento, la cohesión, la madurez y el bienestar global. Además, durante el curso del análisis aparecen metas que no se habían previsto desde el comienzo, y que superan la urgencia de aliviar los sufrimientos iniciales. El contrato se efectúa entre dos personas libres, de tal manera que el paciente puede dejar el tratamiento cuando lo desee; sin embargo, toda finalización, debe estar sujeta al análisis (Menninger, 1958).

- e. **Diván:** Facilita la libre asociación de ideas y favorece la regresión operativa. La posición sedente induce al paciente a buscar en el rostro del analista la aprobación o desaprobación, así como dificulta que la comunicación se libere de la censura, debido al escrutinio de la mirada. Tendido en el diván el analizando no sólo evita la observación escrutadora, sino que reduce la motricidad, con lo cual se estimula la expresión verbal y la aparición del proceso primario.

- f. **Ambiente:** La disminución de los estímulos externos, la privación de contacto físico, la quietud y el silencio, configuran un ambiente propicio, próximo al relajamiento y psicodinámicamente cercano a la ausencia de objeto. Se espera que solamente las comunicaciones del analizando puedan crear una intensa conmoción emocional que perturbe el clima de tranquilidad. Es bien sabido que el proceso terapéutico, si bien incluye una reparación, implica dolor y sufrimiento, justamente por la inevitable reactivación de los traumas. Al revivirse la situación traumática en la Transferencia, el paciente experimenta una intrusión mayor del analista. Lo deseable es que este, con sus interpretaciones transmutadoras, restablezca el sosiego y la calma, tanto por el conocimiento transmitido, como por la empatía reflejada.

7. Técnica

7. 1 Generalidades

La técnica fundamental, definida por Eissler en 1953, es aquella basada en el uso exclusivo de la interpretación. Este autor denominó 'parámetros' a las desviaciones de la técnica, cuando por razones clínicas esta resulta insuficiente y se requieren intervenciones diferentes. Se emplean en grado mínimo y, mediante interpretaciones, se busca neutralizar su efecto en la Transferencia. Si el parámetro persiste, la técnica de tratamiento deja de considerarse estrictamente psicoanalítica.

De acuerdo con esta concepción, hoy por hoy, la técnica básica de Psicoanálisis tendría su indicación específica en el caso de las Estructuras neuróticas y de las narcisistas. En las fronterizas y en las psicóticas tendrían más aplicación las modalidades de la psicoterapia psicoanalítica. Esto debido a que, para mantener la técnica sin parámetros o con un uso restringido, se requiere que el paciente tenga un *Self* cohesivo; el fraccionado o desintegrado, propio de los limítrofes y psicóticos, no permite su uso, basada exclusivamente en la interpretación.

Sin embargo, como en muchos Neuróticos y en la generalidad de los Narcisistas no sólo se encuentran problemas relacionados con los conflictos intersistémicos, sino también con las carencias acaecidas en las etapas indiferenciadas del psiquismo, anteriores a la consolidación del *Self*, son necesarias algunas formas de gratificación objetal, que evocan a la madre empática, basadas en las cualidades del analista, por

ejemplo, la alianza terapéutica (Zetzel, 1985) y la función diatrófica (Gitelson, 1962).

En los Límitrofes y en los Psicóticos, debido a que su organización psíquica se encuentra en fases primitivas y a que su patología incluye regresiones arcaicas, la técnica exige constantemente la utilización de parámetros, cuyas características no pueden definirse con anticipación, puesto que dependen en buen grado de las reacciones del paciente, en muchas ocasiones impredecibles (Márquez, 1981, 2000).

Lo más posible es que, en los tratamientos psicoanalíticos, se emplee una combinación de procedimientos, que oscilan entre la interpretación exclusiva y los procesos complejos de elaboración. Es difícil atribuir la eficacia a un mecanismo determinado y, por ende, es mejor considerar la intervención de múltiples factores (Gedo, 1979). Algunos analistas atribuyen la cura al *insight*, otros a la relación sustentadora y empática, y otros a la confrontación del encuentro. Para unos, el analizando está motivado por sus pulsiones infantiles, para otros, trata de suplir las fallas de su desarrollo estructural, y para los de más allá, busca y, al mismo tiempo, teme involucrarse en su relación con el analista.

El problema para el Psicoanálisis, como disciplina clínica, es que la controversia sobre la esencia de la cura y el tratamiento no se refieren al mismo universo. Mitchel (1988) postula tres modelos que interpretan, de diferente manera, los fenómenos psíquicos, y dan lugar a tres concepciones básicas correspondientes, sobre la acción terapéutica del Psicoanálisis: El modelo pulsional, el de detención del desarrollo y el del conflicto relacional.

El primero privilegia el *insight*, y se centra en la comprensión de los pacientes neuróticos; el de la detención del desarrollo (Winnicott, Guntrip, Kohut), busca que el análisis proporcione al analizando las experiencias que le faltaron durante su evolución y tiene su aplicación en una gama de patologías, que van desde la Estructura narcisista hasta la fronteriza; y el del conflicto relacional ubica el cambio analítico en la modificación de la matriz básica del mundo relacional (organización de la personalidad, lazos objetales y esquemas transaccionales), y ofrece una nueva experiencia que permite a pacientes desesperanzados, como algunos límitrofes y prácticamente todos los psicóticos, una salida hacia la recuperación.

Obviamente, no seguiremos un único modelo, como referente en el enfoque práctico del quehacer terapéutico, puesto que, en las diferentes psicopatologías, se mezclan dinámicamente los conflictos, las carencias y las experiencias relacionales tempranas. Se describen por separado por razones exclusivamente didácticas, pero cada analista tiene que interconectar los diversos conceptos sobre el cambio psíquico y sobre la acción terapéutica del Psicoanálisis.

7.2 Modalidades

a. En las Estructuras neuróticas

Freud dio gran importancia a la represión, como mecanismo encargado de mantener por fuera del consciente las representaciones inconciliables con las exigencias morales.

Por tal razón aceptó, al principio, la utilización de la hipnosis para recuperar los recuerdos, hasta que cayó en la cuenta de que la Pulsión sexual seguía manifestándose en el psiquismo, a través de la representación y del afecto asociado.

La hipnosis fue sustituida por el análisis de los derivados inconscientes, mediante la libre asociación de ideas. Tanto el contenido de los recuerdos como el de las representaciones, tiene relación con las vicisitudes del desarrollo psicosexual, el cual sigue un derrotero común, en el Neurótico y en el individuo normal. El hombre dispone, por su naturaleza biológica, de una serie de pulsiones instintivas que se descargan en determinada dirección, siguiendo el camino trazado desde una 'fuente' hacia un 'propósito' y un 'objeto', mediante la presión de un 'ímpetu' inherente. Se supone que la racionalidad y la conciencia ayudan al Ser humano a regular sus pulsiones, pero, en la Neurosis, la Libido se aparta de los propósitos útiles y realistas, para catectizar de nuevo los objetos infantiles incestuosos. La técnica analítica, mediante la regresión operativa, favorece la transferencia al analista de los deseos de gratificación, ligados a las figuras parentales. Al comienzo del tratamiento, el analista se encuentra con las resistencias, cuya función es ocultar los anhelos y apetencias infantiles. El objetivo central de la terapia es superar la resistencia, descubrir las fijaciones libidinales y domesticar las pulsiones infantiles, mediante el recuerdo, la repetición y la elaboración. La fijación en la etapa edípica y los deseos de gratificación infantil, alimentan los síntomas neuróticos, los cuales tienden a perpetuarse.

El síntoma satisface las exigencias pulsionales (Ello) y las exigencias morales (Superyó), es tenaz y se desplaza, si la intervención terapéutica presiona exageradamente al Yo. En la medida que el síntoma sea una solución de compromiso entre dos instancias intrapsíquicas, terminará por representar al sujeto. Convertido en parte de la Estructura psíquica del individuo, este se disocia y se aferra al síntoma. El analista se enfrenta a la necesidad de apaciguar el sufrimiento del paciente, al mismo tiempo que respeta la escisión.

En la situación analítica se invita al analizando a abandonar sus defensas y a que permita que los derivados de sus impulsos afloren sin censura en sus asociaciones libres. La función del analista es descubrir los deseos y temores infantiles mimetizados y ocultos en los complejos sintomáticos, a través de la interpretación de los conflictos. La interpretación es el instrumento esencial para lograr el cambio psíquico; no sólo actúa levantando las resistencias y favoreciendo el insight, sino que, también, proporciona la información que falta e identifica los deseos y conflictos patógenos.

El proceso se establece, si se desenvuelve la Transferencia, es decir, cuando el analizando experimenta de nuevo los deseos y temores infantiles, en su relación con el analista. Como la recuperación de estos se hace en un contexto diferente al original, la Transferencia se convierte en un obstáculo. Freud convirtió este obstáculo en un elemento terapéutico de primer orden, al comprender que las emociones y las imágenes desplazadas proporcionan datos importantes, aun cuando la información se encuentre en otro contexto. Además, la interpretación en Transferencia permite su reubicación y establece un puente entre pasado y presente.

La relación entre analizando y analista es fundamental en el proceso. Justamente Freud, en 1914, utilizó el término Neurosis de Transferencia para designar las caracte-

rísticas de esa relación. También la aplicó, en 1916, al grupo de Neurosis caracterizado por la proclividad del paciente para desarrollar una transferencia cohesiva, multiforme y accesible. Lo esencial es que, en el tratamiento, el analizando vive al analista de acuerdo con sus conflictos internos, los cuales aprovechan la distorsión Transferencial para impedir resistencialmente el *insight*. El analista, a su vez, utiliza la transferencia para recuperar los recuerdos y superar la resistencia.

Desde el comienzo del análisis, se observa cómo la atención del paciente se centra, cada vez más, en la persona del analista, hasta el punto de que, con el tiempo, la Neurosis de transferencia se convierte en una enfermedad artificial, y reemplaza la Neurosis sintomática, que originó la primera consulta. El paciente convierte al analista en su síntoma y sufre con él todos los padecimientos de su enfermedad. El análisis se torna en el principal interés de la vida del analizando, crece la preocupación por el procedimiento, por la respuesta del terapeuta y por el mundo que lo rodea. Se movilizan los deseos, las necesidades, los conflictos y las carencias, y se concentran en la situación analítica. Se repite, así, la Neurosis del pasado, con manifestaciones de angustia, culpabilidad, necesidad de afecto y aprobación; en etapas más avanzadas, estas emociones se mezclan con defensas y con sentimientos de amor y odio. No sólo se repite la Neurosis infantil, sino todas las ediciones que esta haya tenido durante la vida del analizando. La experiencia transferencial es tan intensa y real como si la Neurosis ocurriera en el presente (Lagache, 1951).

La Neurosis de transferencia puede tomar diversas formas, clasificadas siguiendo diferentes metodologías, sin que ninguna logre abarcar todo el espectro. Se reconoce la 'Transferencia positiva' que oscila entre el cariño, la ternura, la confianza y la admiración, hasta el enamoramiento, la sumisión infantil y el respeto reverencial. Cuando se establece como amor de transferencia (Freud, 1915) se convierte en una resistencia compleja, ya que el paciente busca la intimidad erótica en lugar del *insight* y la comprensión. Se presenta, con mayor claridad, entre participantes de distinto sexo (Orejuela, 1998). Cuando son del mismo, puede presentarse con modalidades diferentes, según el caso: En homosexuales, franco enamoramiento, y en heterosexuales, fantasías eróticas hacia las figuras relacionadas con el analista, (cónyuges, hijos, secretaria., etc.). El amor de transferencia también se acompaña de otras emociones como adoración, ambivalencia, envidia, demanda coactiva, y resentimiento. Las resistencias se manifiestan por el ocultamiento, la intelectualización, la vergüenza, la turbación o el retraimiento.

La Transferencia negativa, su reverso, es más difícil de detectar, pero siempre está presente y se caracteriza por sentimientos de odio, hostilidad, resentimiento, fastidio, aversión y desconfianza. Tiene raíces en la falta de desarrollo de la confianza básica con la madre y puede generar una aversión al procedimiento psicoanalítico. La repulsión puede inducir el abandono o el sometimiento masoquista al tratamiento. La Transferencia negativa es, también, una resistencia a la Transferencia positiva, que no siempre se manifiesta abiertamente. A veces se descubre por un lapsus, una ironía o un chiste con contenido hostil; en otras ocasiones se observa un desplazamiento descalificativo a otro analista o figura de autoridad; y no es raro que permanezca escondida durante la relación terapéutica.

La Transferencia ambivalente se manifiesta como una oscilación entre el deseo de participar activamente en el tratamiento y el temor a las interpretaciones o a supuestas críticas del analista. Es corriente que la Transferencia positiva y la negativa se entremezclen, pero en la ambivalente se percibe la hostilidad latente proyectada en el temor al analista.

Otros enfoques dan lugar a concepciones diferentes, a saber:

- **Transferencia de objeto, relacionada con las vivencias parentales arcaicas.** Si se trata del objeto materno, el analista puede percibirse como la madre amorosa que proporciona leche, cuidados y ternura, o como la madre tiránica, cruel y malévola; si se transfiere la experiencia con el objeto paterno, el analista puede vivenciarse como benigno e indulgente, o como castrador y perseguidor. Las vicisitudes relacionales con los hermanos son igualmente objeto de Transferencia.
- **Transferencia según el nivel evolutivo psicosexual:** Si es de la etapa oral, está muy ligada a la madre y a las experiencias de fusión y privación; si proviene de la etapa anal, las asociaciones son entregadas como regalos, y las interpretaciones son sentidas como robos a las valiosas posesiones del paciente; de la etapa edípica se deriva la rivalidad y antagonismo con el analista, de una parte, y de otra las fantasías eróticas asociadas al temor al castigo.
- **Transferencias intersistémicas:** El analista puede convertirse en representación del Ello, del Yo o del Superyó. Cuando representa el Ello, el analizando cree que el analista le sugiere relaciones sexuales, promiscuidad o perversiones; cuando representa al Yo siente que el analista aconseja, decide y resuelve situaciones reales; y cuando representa al Superyó experimenta crítica, rechazo o, en el mejor de los casos, compasión benévola.
- **Las Transferencias defensivas:** se presentan preferencialmente al comienzo del análisis. La identificación masiva es una de estas. Consiste en adoptar hábitos, rasgos, modales y palabras del analista, y representa una forma primitiva de amar y relacionarse, un cambio de identidad o intento desesperado de aferrarse a un objeto, para no desintegrarse. La actuación es otra, y está organizada por acciones que tienen un fin egosintónico, pero que reactivan una vivencia traumática anterior; es negativa, cuando se opone a pensar y recordar, pero puede tener una meta constructiva si rompe rígidas defensas inhibitorias. La exigencia de una gratificación transferencial también es defensiva, ya sea pulsional o afectiva, debido a que, en forma subyacente, conlleva odio, deseos de cambiar los objetivos del análisis, dominación y propósito de impedir la capacidad racional del Yo. Lo contrario, también es defensivo y resistencial, o sea, la tendencia del analizando a permanecer en el nivel intelectual para desmentir lo instintual.

La Transferencia puede, también, relacionarse con los cuadros sintomáticos y con las defensas caracterológicas: Transferencia histérica, fóbica u obsesiva. Es egosintónica, y puede tipificarse. El paciente histérico transfiere la modalidad de sus relaciones

objetales, seductora, pero indiferente afectivamente; el obsesivo, relaciones aisladas emocionalmente; y el fóbico, evasivas. La mejor descripción de la Transferencia en las Estructuras neuróticas es la que puede hacerse, en forma específica, siguiendo los patrones de personalidad, interconectados con la psicopatología, tal como lo intentaremos a continuación.

- **Transferencia histérica:** El analizando histérico acusa una falla primordial en su identidad, no sabe si es hombre o mujer. Freud visualizó el problema, pero lo identificó como bisexualidad. En realidad, el conflicto entre lo masculino y lo femenino es el que crea los síntomas y las defensas transferenciales. La histérica oscila entre la fortaleza y la debilidad, entre la actividad y la pasividad, o sea, entre la aceptación y la negación del Fallo; si opta por pasividad, sentirá la actividad del analista como una imposición masculina; si por la frigidez, culpará al analista, o al cónyuge, por su impotencia para hacerla disfrutar; si deja de ser víctima y se torna activa, cae en la envidia del pene y desprecia la capacidad curativa del terapeuta.

La paciente histérica no ha alcanzado el nivel genital y su necesidad afectiva se centra en la confirmación de que no ha fracasado, es decir, que no carece de pene. Si se siente valorada no se manifiesta su herida narcisista y puede aceptar que su genital sea deseado, que puede contener al objeto penetrante y que puede hacer gozar al otro. Pero, si el analista, o el hombre, la percibe como un ser con una carencia y, por ende, niega la importancia de sus genitales, el conflicto infantil se reactiva.

Las interpretaciones se tornan ineficaces, si, por una falla empática, el analista se deja llevar al terreno de la sumisión o la rebeldía, en donde la histérica domina la situación. La respuesta empática resulta inadecuada, si el analista concibe la sexualidad femenina como complementaria de la masculina. Solo si tiene la convicción de una igualdad sexual, con diferentes funciones, puede ayudar a que la histérica supere su temida carencia, elabore el duelo por la pérdida del Fallo y ofrezca una oportunidad al hombre para que asuma su función fálica sin conflicto.

La maternidad funciona, en la histérica, como un mecanismo compensatorio que le ayuda a superar la carencia fálica. Es esta la razón por la cual ella tiene tan alto interés en la mujer, no solo por su Pulsión homosexual, sino por la maternidad. En las fantasías edípicas, igualmente, busca a la mujer, como busca también el componente femenino de su pareja. La identificación, más marcada con el padre, tiene por objeto conseguir el Fallo que la conduzca a vincularse con la madre y, en el fondo, con la maternidad.

En suma, la Transferencia histérica sigue el modelo de la feminidad. No es extraño, entonces, que se privilegie a la paciente mujer en los ejemplos, sin negar que en el hombre se presenta en igual proporción, solo que en diferentes configuraciones. Pero, en general, se reconoce que la masculinidad se refleja mejor en la Estructura obsesiva. Con Dora, Freud (Fragmento de análisis de un caso de histeria, 1905) descubrió la importancia de la Transferencia histérica, la cual ocasionó la interrupción prematura del tratamiento, al no podersele reconocer e interpretar.

- **Transferencia obsesiva:** Dócil, sumiso y controlador, el sujeto con Estructura obsesiva llega al análisis para cumplir con todos los rituales del encuadre, y para relatar, paso a paso, todas sus experiencias con orden y exactitud. Sin embargo, a costa de contabilizar, catalogar y clasificar va destruyendo, implacablemente, la asociación libre de ideas y la aparición del material significativo. Su preocupación es evitar la sorpresa y la imprevisión, y manejar la incertidumbre y el azar, para lo cual exige regularidad, meticulosidad y precisión. No se permite expresiones vulgares, estallidos de cólera, ni excesos emocionales. La afectividad, especialmente la agresividad, se domina y se supedita a la razón. Los sentimientos se neutralizan, de modo que no queda espacio para la dramatización o la pasión desenfadada. Todo el material se retiene y solo se expulsa cuando se procesa, tal como la materia fecal durante la función excretora.

En realidad, el rasgo obsesivo se estructura siguiendo la evolución de la Pulsión anal, pero sobrepasando lo que sería indispensable para cumplir las metas vitales, de tal manera que la conducta se transforma en una caricatura de la adaptación. El cumplimiento excesivo agobia al analista, no sólo por la demanda exagerada de beneficios, sino también por la exigencia de pulcritud y perfección en el contacto interpersonal. La limpieza, verificación y monitoreo pervierten la alianza terapéutica, y la eficiencia, dedicación y concentración exigidos generan una hostilidad latente en el vínculo.

Mientras el histérico se torna indiferente por la represión defensiva, el obsesivo se entrega al sufrimiento por el fracaso de la represión. Para evitar que las pulsiones sádico-anales reprimidas amenacen su integridad, tiene que recurrir a las formaciones reactivas. En consecuencia, no sólo su experiencia vital, sino también la Transferencia, sufre de distanciamiento afectivo y de desconexión asociativa, debido a que la representación reprimida está aislada del correspondiente componente afectivo. Estos analizandos se ven compelidos a utilizar la intelectualización y el pensamiento abstracto para controlar la irrupción emocional. En otras palabras, se sobrevalora la racionalización, es decir, el pensamiento secundario, para luchar contra las representaciones arcaicas indeseables. Sin embargo, cuando el analista interpreta el carácter defensivo de sus actitudes y respuestas, desmiente o minimiza la intervención, a la vez que ratifica su aprecio por el profesional, a quien valora por su bondad, gentileza y espíritu de colaboración.

El proceso analítico puede prolongarse exageradamente cuando utiliza la sesión para hablar sin cambiar, esto es, cuando se adapta defensivamente a la cotidianidad del tratamiento y, en lugar de asociar, se engolosina con sus fantasías sadomasoquistas. En algunos casos, esta circunstancia pone a prueba la capacidad analítica del terapeuta, a veces hasta hacer tambalear su identidad. No es extraño que, al llegar a este límite, el analista actúe tratando de romper la rígida estructura. La actuación puede ser terapéutica, si el analista emplea el parámetro de la efectuación (*enactment*), pero siempre ha de tener presente la contratransferencia obsesiva, la cual impide, en ocasiones, la espera paciente para recoger la basura y el desecho, impidiendo que el analizando pueda aceptar sus propias pulsiones excrementicias y, con el tiempo, las integre al resto de su estructura, en una evolución saludable.

- **Transferencia fóbica:** A diferencia del obsesivo, el fóbico no logra contener las pulsiones y reprimir la angustia y, a consecuencia de cualquier estímulo puntual que se localiza focalmente en el mundo exterior, se ve invadido y desbordado repentinamente por la ansiedad. Freud hablaba de Histeria de angustia, no utilizó el término de Neurosis fóbica, hoy en día más extendido. El sujeto con Estructura fóbica evita, en el fondo, la angustia castratoria, la cual persiste y perdura como el momento crucial de su vida, ya que se resiste a abandonar a sus padres como objetos de amor, para pasar la Libido psicosexual a otros seres.

La timidez es el componente caracterológico más constante en los fóbicos. La vergüenza es un rasgo compartido con los Trastornos narcisistas. Pero, más allá del elemento vergonzoso, se acompaña de ansiedad y nerviosismo ante las situaciones imprevistas, miedo a objetos, animales o personas consideradas peligrosas, y angustia frente a los exámenes en público. Sin desconocer la interminable lista de fobias, contenida en los textos psiquiátricos, se pone de presente, que lo esencial en la Estructura fóbica es la timidez y la tendencia a evitar situaciones angustiosas.

La evitación es la estrategia defensiva típica. Mediante el desplazamiento, la sustitución y la proyección, el conflicto interno se transforma en una situación externa que el fóbico puede, en adelante, evitar. Esta transacción resulta económica y conveniente, descubrimiento que Freud utilizó para complementar su perspectiva metapsicológica, incluyendo el enfoque económico. En efecto, para el fóbico resulta ventajoso evitar un objeto externo que represente un peligro interno; concretamente, es mejor ser mordido por un caballo que castrado por el padre; de paso, en esta forma, también se resuelve la ambivalencia con la figura paterna.

El riesgo terapéutico, en estos casos, es cuando el analista, sin advertirlo, debido a la acción transferencial, queda convertido en el objeto fóbico de su analizando. La Transferencia se vuelve angustiosa y el analizando evita al analista, huye y teme el encuentro, no quiere asistir y cada día se aleja más. Piensa en él todo el tiempo, pero se precipita a una caída abismal; no quiere volver, sufre sin límites y teme la intervención del terapeuta. Para poder cumplir con la sesión, que tanto necesita, usa a veces objetos contrafóbicos para controlar la reacción del analista. En realidad, está preso de la angustia castratoria, aun cuando esté profundamente apegado al tratamiento. La problemática edípica transferida al análisis, involucra tanto al padre como a la madre, pero, en forma más específica, es la Angustia de castración la que dinamiza las relaciones del analizando y de su analista.

- **Transferencia de pánico:** En la Neurosis de angustia, Histeria de angustia, Trastorno por ansiedad generalizada, o Trastorno de pánico, con o sin agorafobia -entidades relacionadas y con un fondo común-, se presenta una incapacidad del Yo para ligar la sobreexcitación. La angustia que surge como respuesta a una situación de peligro, se convierte en amenaza desintegrativa, y solo se detiene cuando, por medio de los mecanismos de defensa, se pueden desarrollar síntomas. En estos casos, el analista se ve arrollado, y tiene que soportar la tensión y la ansiedad

flotante de su analizando. Progresivamente, si conserva el encuadre y atiende algunas necesidades de fragilidad de su paciente, observará un aumento del dominio yóico sobre la angustia, hasta que pueda convertirse de nuevo en angustia señal. En muchos casos, existe en el fondo un *Self* inoperante, incapaz de insight y de elaboración transferencial, motivo por el cual se reactivan déficits primarios que se asocian al conflicto neurótico. Cuando la Angustia se reduce, se puede modular, canalizar o diferir, y el analizando puede mejorar su funcionamiento.

Cabe acá recordar, que los traumas en la Neurosis no se relacionan únicamente con la dificultad del Yo para contener las pulsiones y resolver los conflictos psicosexuales, sino, también con los fracasos en las relaciones primarias que perturban la evolución narcisista. Aun cuando tales fracasos no llegan, en el caso de las Estructuras neuróticas, a alterar la cohesión del *Self*, sí disminuyen sus potencialidades, justamente, porque las carencias, sumadas a los conflictos intersistémicos, absorben la mayor parte de la energía disponible. Además, en las Neurosis se presenta una curiosa falla empática de los *Selfobjects* arcaicos, no por deficiencia, sino por sobreestimulación y excesiva proximidad. No fueron distantes, ni vacíos, como en el caso de las patologías graves, pero la respuesta a las necesidades edípicas no fue global, es decir, que no contempló las demandas de ternura y autoafirmación, sino que fue parcial y limitada, o sea, que solo tomó en cuenta las pulsiones sexuales y agresivas.

El Psicoanalista debe responder a la totalidad del *Self*, y no solamente al componente pulsional, ya que un nuevo fracaso en la función especular o idealizante provocaría una sobreestimulación traumática. Si esto ocurriera, el paciente con Estructura neurótica no podría afirmarse en sus manifestaciones sexuales o agresivas y su *Self* se vería debilitado otra vez. En cambio, un *Self* cohesionado y fortalecido apuntala al Yo indefenso, para que no se repita el trauma psíquico, y se generen los síntomas consecutivos.

De todos modos, las sesiones tienden a centrarse en el conflicto, y el paciente tiende a entregarse pasivamente. Aun cuando la pasividad puede entenderse, en términos edípicos, como la entrega sexual al padre o la sumisión sexual a la madre fálica, también puede concebirse, en términos más regresivos, como el anhelo de fusión simbiótica. En cualquier caso, el analizando siempre experimentará temor y deseo. El analista permitirá, por medio de la contención empática, que estos sentimientos se profundicen, para que se constituyan en una experiencia verdadera, antes que la interpretación genética los refiera a la vivencia original con los padres.

La Transferencia debe desenvolverse sin incitación a la entrega por parte del analista, ya que una actitud de presión constituye una deformación contratransferencial. Se requiere neutralidad, para poder aclarar las distorsiones históricas del analizando. La abstinencia neutraliza el deseo que el analista despierta en el analizando; lo mismo tiene que ocurrir con el temor al sometimiento. Aunque, desde luego, no evita que el paciente experimente intensamente la frustración, único camino que le permitirá descubrir sus deseos infantiles y, posteriormente, renunciar a ellos.

b. En las Estructuras narcisistas

Los pacientes con Estructuras narcisistas son analizables, porque han logrado configuraciones psíquicas cohesivas y estables en su desarrollo. En consecuencia, son capaces de desarrollar Transferencias específicas que permiten la reactivación terapéutica de las estructuras arcaicas, sin el peligro de la fragmentación, durante las regresiones propias del tratamiento.

Además de la sintomatología descrita, los pacientes narcisistas exhiben una inconformidad con su propio funcionamiento. Al avanzar en la terapia aparecen con más claridad sentimientos de vacío y depresión, los cuales desaparecen cuando se incrementa la Transferencia. El Yo es poco eficiente, debido a las altas exigencias del *Self* grandioso infantil y del objeto idealizador, de tal manera, que el sujeto aparece desmotivado, sin energía suficiente y siempre a la espera de un objeto proveedor de autoestima. Sin embargo, sorprende verlo, a veces, con buen ánimo, con la iniciativa recuperada y con deseos de participar activamente en la terapia, especialmente cuando cree haber recibido un elogio, o cuando ha podido contribuir a un insight. Obviamente, la elevación del ánimo es breve y transitoria, y puede convertirse, a continuación, en agitación, Angustia, embotamiento y pasividad. La vulnerabilidad es evidente, lo mismo que la dificultad para mantener la vitalidad en forma constante.

El paciente con perturbación narcisista es un individuo vulnerable, que busca, entre otras experiencias, el espejamiento y la fusión con el analista, a fin de apuntalar su frágil Estructura sélfica. Si encuentra una adecuada provisión de respuestas empáticas, radicalmente distintas a las reacciones traumatizantes de los padres, iniciará, en su análisis, una etapa de estabilización del vínculo, la cual facilitará el desenvolvimiento de las Transferencias operativas.

Las Transferencias típicas del sujeto con Estructura narcisista fueron descritas por Kohut (1971), a raíz de la observación analítica. Las Transferencias narcisistas, o con el *Selfobject*, necesariamente reactivan las lesiones del *Self*, dando la oportunidad a que el trabajo analítico promueva la curación y, sobretodo, la continuación del desarrollo del analizando. El verdadero centro del proceso analítico es, entonces, la activación transferencial de las configuraciones narcisistas que, en principio, son dos: El sujeto narcisista que corresponde al *Self* grandioso y el objeto narcisista que corresponde a la *Imago* parental idealizada. El primero está catectizado con Libido exhibicionista, y el segundo con Libido idealizadora. Cuando los traumas tempranos han dañado el *Self* grandioso y su Libido exhibicionista, el sujeto bloquea sus fantasías de omnipotencia infantil, sufre al confrontar sus ilusiones con la realidad y desarrolla una actitud cohibida y resistencial en el análisis: Cuando han dañado el objeto idealizado y su Libido idealizadora, el individuo tiene dificultad para experimentar idealizaciones reparadoras, su Superyó carece de ideales y valores, y su estructura se percibe empobrecida. En el primer caso el analista debe detectar la vergüenza y contribuir a la descarga exhibicionista del analizando. En el segundo, el analista debe responder con aceptación, presencia constante y actividad interesada, a fin de garantizar la unión.

Las Transferencias con el *Selfobject* son: La Transferencia especular, la idealizante y la gemelar.

La primera se presenta en los sujetos que acusan, particularmente, una lesión en el polo de las ambiciones, la cual genera la demanda para el analista (*Selfobject*) de respuestas confirmatorias. La segunda ocurre en sujetos con daño en el polo de los ideales y valores, el cual exige en el analista la aceptación de ser idealizado. Y la tercera, o Transferencia con el *á*ter ego, se produce cuando existe una perturbación en la zona intermedia de los talentos y habilidades, la cual busca acceder a una experiencia de similitud en lo esencial, con el analista.

Los analizandos que hacen Transferencia especular tienen, desde los inicios del proceso analítico, la necesidad primordial de vivenciar espejamiento, es decir, respuesta especular. Esto quiere decir, que el analista está para confirmar los pensamientos, sentimientos y acciones del analizando, en el nivel de la grandiosidad infantil. En cuanto a la idealizadora, el requerimiento es vivenciar la fusión con la magnificencia y la calma de un objeto ideal, así como seguir los caminos trazados por ese ser omnipotente. Pero, si se trata de la gemelar, su necesidad es la de vivenciar la presencia de alguien fundamentalmente igual y semejante que les permita compartir destrezas y capacidades.

Aun cuando la relación del analizando, cuando vivencia al analista como una extensión del *Self* grandioso (Transferencia especular), es diferente a cuando se relaciona con él como un objeto idealizado (Transferencia idealizadora), en cualquiera de las dos situaciones, el paciente reacciona con pérdida de control, desaliento, ira, abatimiento y frialdad, si siente que el vínculo se ha visto interferido o interrumpido, por falta de una respuesta apropiada. También ocurre cuando el vínculo se siente amenazado por las separaciones de fin de semana, vacaciones, ausencias o tardanzas. Estos eventos tienen mayor significación en los Trastornos narcisistas que en los neuróticos, llegando a ocupar un lugar fundamental en la estrategia terapéutica. En realidad, todo lo que aleje al analizando de su analista, provoca una perturbación de la autoestima que conduce a un comportamiento apático, y a una actitud indigna y desvalorizada, sin vigor y sin vitalidad. Si el *Self* no es asistido en ese momento de desequilibrio narcisista y el analista no interviene con una interpretación empática que lo rescate, el paciente tiende a regresar al nivel más arcaico de las relaciones, con el objeto parental idealizado o con el *Self* grandioso. Las regresiones, o aparentes retrocesos, se manifiestan, no solamente ante las actuaciones o actividades no empáticas del analista, sino también ante las injurias narcisistas no controladas, como enfermedades, pérdidas económicas, problemas laborales o conflictos sentimentales.

La Transferencia surge espontáneamente, sin que medie ninguna estimulación activa por parte del analista. Tanto el encuadre, como los demás elementos terapéuticos y procedimientos, son iguales a los utilizados en el análisis clásico, aplicado a los Trastornos neuróticos. Pero, el centro de la escena analítica lo ocupa el *Self* lesionado, que busca perentoriamente las respuestas necesarias, para lograr su estabilidad y continuar su desarrollo. Como tales respuestas no pueden darse sino dentro de una nueva relación *Self-Selfobject*, el desarrollo de las llamadas Transferencias con el *Selfobject* es indispensable para impulsar el proceso terapéutico. Ya nos hemos referido a estas en varias oportunidades, pero es necesario hacer una nueva precisión, esta vez tomando

como eje el desarrollo del *Self*. La Estructura psicológica denominada *Self* es una abstracción psicológica muy próxima a la experiencia, constituida por el polo de los ideales, el de las ambiciones y la zona intermedia de los talentos y habilidades. Cuando el polo lesionado de las ambiciones suscita en el analista respuestas confirmatorias o aprobatorias, se está en presencia de una Transferencia especular; cuando el lesionado es el de los ideales, se suscita en el analista la necesidad de aceptar ser idealizado, se ha desenvuelto una Transferencia idealizadora; y cuando el lesionado es el de los talentos y destrezas, se busca que el analista se preste a la experiencia de la similitud y la alteridad, se ha configurado una Transferencia gemelar.

Las Transferencias con los *Selfobjects* (narcisistas) se gestan durante la infancia, en la ausencia de respuestas a las necesidades básicas para el desarrollo del *Self*. En concordancia con las vivencias transferenciales ya explicadas, las tres necesidades básicas para el desarrollo y para la sustentación del *Self* a lo largo de la vida, es decir, desde el nacimiento hasta la muerte, son la necesidad de la admiración y la calma, y la necesidad de contar con la presencia de alguien esencialmente semejante. No es que ante estas necesidades se hubiera presentado una falta absoluta de respuestas, en el caso de la Estructura narcisista, sino que uno de los *Selfobjects* no fue suficientemente sensible y el niño, ante la carencia experimentada, conservó la esperanza de satisfacción mayor que, posteriormente, en la situación analítica, originó el crecimiento de determinada Transferencia.

El desarrollo del *Self* requiere de los *Selfobjects* arcaicos, los cuales son indispensables en la vida temprana, en forma completamente normal; también, son necesarios durante los periodos de gran tensión en individuos sin patología del *Self*; y, en el caso de personas con Trastornos crónicos, son necesarios en forma permanente. Existen también los *Selfobjects* maduros, ubicables en las etapas adultas y requeribles en diferentes ocasiones para la supervivencia psíquica. A partir de las funciones que desempeñan en la infancia, se organizan en el individuo rasgos y características que conforman la gama de la normalidad o madurez. Entre las personas que han logrado una maduración narcisista, se encuentran las creativas, que tienden a la autoexpresión si son estimuladas por aportes efectivos; las idealizadoras, que se colocan al servicio de elevados principios, cuando se inspiran en líderes involucrados en grandes empresas e instituciones sociales o comunitarias; y las que participan, con sus habilidades y destrezas, en grupos sociales que garantizan la realización de tareas similares y la sensación de semejanza, en cuanto a inclinaciones o predilecciones.

En las Estructuras narcisistas, el *Self* no ha sido tan traumatizado, como en el caso de los límites o psicóticos, por lo cual el déficit no llega a impedir que el sujeto anhele la relación con el *Selfobject*. Además, el trauma, con sus consecuencias, producido en uno de los polos, puede ser compensado por el otro, asegurándose, así, la continuidad sectorial. El análisis también promueve este tipo de Estructuras compensatorias, sin dejar de lado la promoción de acciones creativas y productivas que favorezcan el programa vital del individuo. Esta meta terapéutica es importante, teniendo en cuenta que el *Self* se deteriora, tanto por la falta de respuestas de los *Selfobjects*, como por la incapacidad de desarrollar Estructuras compensatorias, a partir del estímulo que se genera en las ambiciones, ideales o talentos (Kohut, 1966).

Establecida la Transferencia básica en torno al área con mayor capacidad de relación con el *Selfobject*, se desenvuelven a continuación las Transferencias operativas (especular, idealizadora y gemelar); pero, solamente cuando se produce la internalización transmutadora se forma una nueva Estructura. Dicha internalización transmutadora se instaura por la repetición de las intervenciones del analista, las cuales tienen dos fases: la comprensión empática y la interpretación explicativa.

Así como en las Estructuras neuróticas es indispensable la presencia paternal, mental y racional del analista, para que se active la Transferencia, en el caso de las Estructuras narcisistas, la actitud empática es especialmente necesaria, que se origina en el cuidado maternal, armónico, sensible e interesado, para superar la Transferencia resistencial y elaborar la Transferencia con el *Selfobject*. Cuando ocurre una falla empática se reactiva el evento real previo conocido como injuria narcisista. Es esta la oportunidad, para que el analista reconozca interiormente su participación en la reacción angustiada del analizando, a fin de que pueda rehacer el vínculo afectado. Si el analista repite el daño, al no poder rescatar la empatía, el analizando se retraumatiza, y no es de extrañar que, por ese camino, desemboque en una reacción terapéutica negativa (Kohut, 1959).

En las fases iniciales del análisis de pacientes con Estructura narcisista se detecta, que la primera necesidad evolutiva del analizando consiste en describir sus problemas y creer en la validez de su propia experiencia interior. De ahí, la necesidad de ayudar al paciente a incrementar la capacidad para la autodescripción, sin sustituir sus experiencias ni usurpar sus vivencias. Una vez que el analizando logra exponer sus sensaciones, manifestar sus emociones y evocar sus recuerdos, aparecen otras necesidades evolutivas en la Transferencia, entre las cuales se destaca, en forma significativa, la experiencia intersubjetiva.

El análisis del *Self*, reconocido por su especificidad para el tratamiento de los Trastornos narcisistas, en realidad no es muy diferente del análisis clásico utilizado en la patología neurótica. Sin embargo, a esta altura es útil describir el curso que suele seguir: Establecimiento de la alianza de trabajo y del vínculo *Self-Selfobject*; identificación de las transferencias defensivas, interpretación y superación; análisis de las Transferencias con el *Selfobject*, interiorización terapéutica y logro de la cohesión del *Self*; finalización progresiva, reconocimiento de los vínculos arcaicos *Self-Selfobject* y disfrute de los vínculos maduros (Kohut, 1984).

La creación de nuevos vínculos, a partir de la experiencia psicoanalítica, es un tema que involucra conceptos anteriores renovados y elementos contemporáneos en proceso de desarrollo. El concepto Vínculo se interconecta con el de Alteridad y el de Transferencia, proyectándose en una dimensión terapéutica novedosa y diferente, de gran utilidad en muchos casos, con Estructura narcisista o límite. Intentaremos hacer una síntesis sobre este tema, ya tratado en foros internacionales (Carrascal, 2010; González, 2010).

El vínculo es la base de la interacción humana (Loewald, 1960; Bowlby, 1969; Stern, 1985) y la alteridad es la relación entre sujetos de la misma especie, pero ninguno de los dos puede circunscribirse al mundo subjetivo ni intersubjetivo, ni pueden reducirse al centralismo de una opción relacional, porque tales inferencias derivarían en la falsa

creencia de que pueden existir interacciones terapéuticas, sin que previamente operen vectores ingénitos, es decir, anteriores a la experimentación. Si bien Ogden (1986) define el vínculo como el movimiento dialéctico de la subjetividad e intersubjetividad entre las dos participantes, y Mitchel (1988) coloca la esencia del proceso analítico en la relación analista-analizando, ninguno propone prescindir de la teoría de las motivaciones endógenas que, tanto Lichtenberg (1989) como Gedo (1999), defienden como parámetro constitutivo fundamental. Kohut (1982), al considerar la patología narcisista como resultado de la inmaduración de la Libido propia del *Self*, es decir, de la Libido narcisista, conservó la noción de impulso en su forma más pura (*Trieb*), al lado de un nuevo concepto de impulso como necesidad del *Selfobject* para completar el propio desarrollo. De esta manera no parecen contradictorias las dos ideas, a saber: Que la vida mental se inicia con la Pulsión, o que comienza con interacciones. Es innegable que el proceso analítico es interactivo, pero en esa interacción indudablemente está presente la Transferencia. Al analizarse la Transferencia surge un objeto nuevo, con el cual se crea un vínculo peculiar que permite la verdadera alteridad (relación de *Self* a *Self*).

El análisis de las Estructuras narcisistas incidió en la postulación del modelo de la organización del *Self*, y contribuyó a un nuevo enfoque del proceso transferencial. Al enfoque de la Transferencia basada en el desplazamiento y la sustitución, se ha agregado el de la Transferencia como reorganización. En esta visión confluyen, tanto las ideas de que el paciente da forma a la experiencia analítica, de acuerdo con principios organizativos preestablecidos en su pasado, como las de que la Transferencia y Contratransferencia están codeterminadas por analizando y analista. Finalmente, se refleja aquí la dialéctica entre analista como ente separado y analista como creación conjunta, producto de la intersubjetividad (Ogden, 1992).

A la respuesta empática del analista, frente a la necesidad del paciente narcisista, agregamos la alteridad que supone el reconocimiento del *Self* ajeno, y el vínculo nuevo que favorece alianzas y compromisos. Estos dos elementos contribuyen a que la diada analítica cree su propio objeto, sin impedir el reconocimiento progresivo del *Self* cohesivo, indispensable para que el analizando pueda, al final, operar sin ayuda (Gardner, 1983). En este enfoque contemporáneo, todo apunta a que, en el análisis, el otro no sea solamente un objeto transferencial, sino también un ser diferente, aunque semejante en lo esencial, irreductible a la relación *Self-Selfobject* y disponible para el encuentro yo-tú. No es posible crear un campo propicio para los participantes, analista y analizando, sin la mutua aceptación de cada uno como totalidad diferente. En dicha totalidad, quedan incluidos, sin una delimitación precisa, los elementos transferenciales, vinculares y de alteridad.

En cuanto a la Contratransferencia, en el caso de las Estructuras narcisistas, a más de entender que cada reacción del analizando es particular y singular, y solo comprensible a la luz del proceso analítico en su totalidad, el analista tiene que haber desarrollado la capacidad de evaluar sus respuestas equivocadas, en relación con sus propias dificultades narcisistas. Además, es importante saber que, para la exitosa movilización terapéutica del *Self* del analizando, el analista requiere funcionar empáticamente como un objeto preestructural arcaico. Esta posición le exige tolerancia ante el hecho de no ser tomado en cuenta como objeto real. Si no

logra hacerlo efectivamente, es porque ha establecido una defensa contra los temores arcaicos a la propia disolución. Por último, no hay que olvidar que, aun cuando los cambios obtenidos en pacientes narcisistas pueden explicarse por el análisis y elaboración de sus Transferencias, muchos aciertos dependen de la actuación afortunada del analista, como objeto apaciguador y empático, ante una situación de desequilibrio o de pobre cohesión del analizando.

En síntesis, para que el analista pueda tener una intervención exitosa se requiere que reconozca la necesidad del paciente, evite la frustración traumática, procure la frustración óptima guiado por la empatía, y permita, con paciencia y tranquilidad, que se produzca la internalización transmutadora, con la cual se forma progresivamente la estructura saludable. En realidad, la Estructura que se busca es la función que el adulto arcaico no hizo aparecer en el niño (analizando), por sus fallas empáticas. De ahí, que el método terapéutico utiliza en estos casos, de manera primordial, la inmersión empático-introspectiva, por encima de la asociación libre y del análisis de las resistencias. Este método tiene dos movimientos integradores: la comprensión por identificación de los datos significativos cercanos a la experiencia, que permiten percibir las configuraciones evocadoras del mundo interno y de la vida del paciente; y la explicación dinámico-genética, más alejada de la experiencia, pero basada en esta, y complementada con el análisis de la Transferencia-Contratransferencia.

Adicionalmente, debe recordarse que las resistencias no son propiamente oposición al tratamiento, sino la única forma que encontró el sujeto para aliviar el dolor psíquico. El analista debe aceptar la necesidad de idealización del analizando y las demandas especulares; debe crear una atmósfera de libertad y evitar la crítica moral o educativa, a fin de que los polos lesionados del *Self* se pongan de manifiesto y se reactiven las Transferencias.

c. En las Estructuras fronteras

En este caso, el Psicoanálisis se aplica de manera preferencial, en su modalidad de psicoterapia psicoanalítica. Rangell (1981), Stone (1982) y Waldinger (1987) demostraron las ventajas de la psicoterapia dinámica, o psicoanalítica, en los pacientes limítrofes. Knight, entre 1952 y 1953, describió los elementos o materiales esenciales de esta técnica y, años más tarde, en 1989, Wallerstein puntualizó su origen y evolución hasta nuestros días. En nuestro medio, Lizarazo publicó el tratamiento completo de un caso fronterizo, con técnica estándar ligeramente modificada, de acuerdo con criterios originales (1984-89). Márquez (1981), sólo utiliza el análisis tradicional con parámetros, en los casos con Estructura cercana a la neurótica; en los casos polisintomáticos que no presentan fragmentación excesiva, prefiere la psicoterapia expresiva; y deja la psicoterapia de apoyo, para los pacientes más escindidos. Álvarez (1997) también se ocupó del tema y consignó su experiencia clínica en un denso trabajo.

Las cinco psicoterapias que han resultado más eficaces, según Gabbard (2009), especialmente por la reducción del comportamiento suicida, son: La terapia basada

en la mentalización, la comportamental dialéctica, la focalizada en la Transferencia, la focalizada en el esquema y la de apoyo. La misma eficacia, reclaman la psicoterapia 'expresiva' de Kernberg (1968), la 'reconstructiva' de Masterson (1976) y la 'psicoanalíticamente orientada' de Chessick (1979).

Lo cierto es que en todas las propuestas se defiende la estabilidad del encuadre, el compromiso emocional del terapeuta, el predominio de la actividad personal sobre la interpretación fría y distante, el reconocimiento precoz de las conductas autodestructivas, la aclaración oportuna sobre las distorsiones transferenciales en situaciones de poca estructuración, las intervenciones en el aquí y ahora, el análisis de las actuaciones (*acting out*) como defensa, la creación de un ambiente propicio y la provisión de experiencias emocionales correctivas.

Se presupone la creación inicial de un ambiente protegido y sostenedor (*holding*) y una buena alianza de trabajo, ya que el paciente limítrofe se mantiene en un plano intermedio, entre el apego al tratamiento y la huida precoz. Si la tensión inicial que acompaña la nueva relación, sujeta a transferencias distorsionadoras, pone en riesgo la estabilidad del *Self*, detenido en su desarrollo por la invasión de angustias traumáticas, la técnica admite el uso de parámetros, o su modificación global en caso necesario.

Algunos aconsejan la interpretación temprana de las defensas primitivas (disociación, negación, proyección e idealización), pero, si no se ha establecido una relación interpersonal adecuada, sin distorsiones, en lugar de provocarse un alivio, puede desencadenarse una tormenta. A veces, tampoco basta con responder empáticamente, como sucede con el paciente narcisista durante una Transferencia especular, sino que es necesario brindar una actitud acogedora a quien nunca la ha recibido apropiadamente y que, por primera vez, experimenta la fusión y la calma necesarias para reiniciar el desarrollo.

El analista, en estas condiciones, ha de suplir las carencias, fomentar la mentalización (Fonagy, 2001), apoyar la integración y estimular el desarrollo. Si la Estructura limítrofe ha cedido y presenta grietas que auguran su resquebrajamiento, el analista tiene que cuidar, apaciguar y proteger, en una palabra, actuar como un objeto real, ya que el paciente está en un estado anobjetal, fragmentado y al borde de la disociación caótica. Puede requerirse hospitalización, intervención sobre la vida cotidiana, sesiones adicionales, llamadas telefónicas, contacto fácil y expedito, medicación y orientación.

Cuando, al comienzo del tratamiento surgen las Transferencias defensivas, que corresponden al temor arcaico frente al objeto perseguidor, el paciente experimenta ira y violencia para encubrir su angustia de aniquilamiento. Otro tanto ocurre, cuando experimenta las sensaciones de desánimo y vacío, o los sentimientos de incompreensión profunda. En estos casos, la confrontación es contraproducente y puede intensificar el malestar; es más útil la posibilidad de encuentros emocionales correctivos y sustentadores, que puedan aliviar el sufrimiento.

Kernberg (1993) recomienda que, frente a la Transferencia negativa del limítrofe, se proceda a su elaboración en el aquí y ahora, sin acudir a reconstrucciones genéticas. Además, deben aclararse las diferencias entre el analista como objeto de la Transferencia y como persona real, ya que estos pacientes confunden la realidad

con sus proyecciones. Es necesario, también, establecer límites claros a la conducta y estructurar la vida cotidiana fuera de las sesiones, a fin de bloquear, hasta donde sea posible, el *acting out* defensivo del paciente. No es útil interpretar la Transferencia positiva; en cambio, interpretar las constelaciones defensivas refuerza el *Self* y produce modificaciones estructurales que contribuyen a la organización de la personalidad. Sin embargo, el analista debe comenzar por interpretar las distorsiones que el paciente haga de sus intervenciones.

Si estas aclaraciones benefician el ambiente terapéutico y aseguran la neutralidad del analista, se puede avanzar sobre otras defensas o sobre conductas autodestructivas. No hay duda de que, los sujetos con relaciones interpersonales deterioradas, se benefician de las interpretaciones transferenciales, pero, cuando los rasgos antisociales predominan, el pronóstico es reservado. De la misma manera, cuando existe comportamiento suicida, el riesgo aumenta, y el apaciguamiento o el apoyo son indispensables.

Knight (1953) nunca dudó en considerar contraindicado el análisis clásico y, en cambio, recomendó la intervención terapéutica cara a cara, activa, visible y estimulante, a fin de proveer al paciente de una fuerza integradora capaz de incentivar las capacidades adaptativas, organizadoras y de contacto con la realidad. La psicoterapia psicoanalítica con dos a tres sesiones semanales, reparativa, expresiva o de adaptación, con encuadre estable, horario regular y fijo, análisis de cualquier ruptura del encuadre (pago de honorarios, ausencias, actuaciones), es la que proporciona el mejor sostén y la mejor contención.

El mayor grado de actividad del analista se observa en sus intervenciones frecuentes y en su presencia orientada hacia la realidad. La tolerancia de la hostilidad del paciente, no sólo implica recibir los ataques, sino también examinarlos y entenderlos como la puesta de acción de un patrón general de conducta. Las conductas autodestructivas (adicciones, perversiones, promiscuidad, violencia, agresión familiar), deben señalarse sin demora, en función de sus efectos negativos más que de las motivaciones inconscientes. El análisis de estas conductas como resistencias a la Transferencia, permite contenerlas y garantizar así la seguridad del paciente y del terapeuta. No convienen las reconstrucciones genéticas, ni ninguna otra intervención que ponga el acento lejos de la conducta inmediata.

Es claro, que el tratamiento de las Estructuras limítrofes incluye una combinación de elementos expresivos e interpretativos y de elementos estabilizadores o de apoyo, sin que pueda discriminarse cuál de estos tiene una mayor influencia terapéutica (Wallerstein, 1986). Algunos han querido, incluso, borrar las diferencias entre Psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica (Gill, 1982). Pero, otros prefieren, que las diferencias se mantengan claras; por ejemplo, para Kernberg (1995) el Psicoanálisis es diferente de la psicoterapia expresiva y de la psicoterapia de apoyo. En el caso de los pacientes limítrofes, sugiere empezar por la terapia expresiva, ya que es más fácil pasar de esta al Psicoanálisis; si se comienza con la terapia de apoyo, el analista puede perder la neutralidad y distorsionar la Transferencia, haciendo imposible el Psicoanálisis ulterior. También existen los enfoques flexibles, terapia cara a cara o en diván, horarios fijos o esporádicos, dos sesiones diarias, de fin de semana o telefónicas.

Todas las posibilidades anteriores son válidas, pero, en nuestro criterio, es mejor que el analista las utilice según los progresos del paciente, y según las circunstancias.

No encontramos ventajoso el cambio de analista cuando se modifica la técnica. Es preferible que el cambio se analice con claridad y se ayude al paciente a reconocer su beneficio. En realidad, entre Psicoanálisis y Psicoterapia existe continuidad, la cual puede separarse claramente, al principio y al final del tratamiento, pero es indistinguible en la zona intermedia (Cooper, A., 1987). Lo que sí es ineludible, en la psicoterapia psicoanalítica, es que se limite la interpretación profunda, la libre asociación de ideas y la permisividad excesiva. Es indispensable, simultáneamente, que el paciente no eluda los señalamientos sobre la realidad, como la pérdida de un trabajo o las dificultades sociales e interpersonales. Es imperativo que no se acepte el acting out destructivo, y que el paciente se comprometa a respetar los límites acordados.

La Transferencia, en sus manifestaciones más intensas, es de tipo psicótico en las Estructuras limítrofes. El analista puede ser objeto de idealización extrema y, desde ahí, puede pasar a ser objeto de una reacción totalmente negativa. Responder a este cambio súbito con empatía y, a la vez, con determinación, para impedir la regresión caótica, es una tarea, por lo demás, compleja. La hostilidad del paciente puede permanecer por tiempo prolongado y, en lugar de la interpretación en profundidad, es más aconsejable modular la Transferencia negativa y fomentar una más positiva mediante una actitud empática. Decirle al paciente que su reacción es comprensible por las razones circunstanciales de su tratamiento, en el sentido que lo indiquen las asociaciones, no sólo es validar la experiencia del paciente, sino también una forma de interactuar que contiene un entendimiento y una resolución en el aquí y ahora.

El tratamiento es de largo plazo y, a veces, incluye hospitalizaciones cortas, en cuyo caso el analista requiere interactuar con el equipo terapéutico institucional. Es difícil obtener resultados positivos antes de dos años, pero aún con un tiempo mayor no se puede asegurar un cambio definitivo en las relaciones interpersonales del sujeto. Hay que aceptar que dichas relaciones se basan en creencias y experiencias pasadas, estructuradas dentro de familias abusivas y violentas.

Además, el paciente tiene percepciones diferentes de la realidad, por lo cual es imprescindible el proceso de mentalización, a fin de que él pueda concebir que existen diversas maneras de ver las cosas. Una posición tranquila, no defensiva, sencilla y sin arrogancia, es el mejor modelo que el terapeuta puede ofrecer al paciente para su internalización transmutadora. El apoyo, la validación de las emociones y la ayuda para experimentar una relación correctiva y una narrativa coherente de lo que sucedió en la infancia, configuran los otros elementos terapéuticos básicos.

De todos modos, la Transferencia del paciente fronterizo tiene diferencias con la del psicótico, así se hayan comparado y hasta superpuesto. La pérdida de la consciencia de realidad, en el fronterizo, se encuentra circunscrita a momentos de intensa emotividad, casi siempre dentro de las sesiones, debido a la reactivación de mecanismos arcaicos de defensa. La confusión entre el *Self* y el *Selfobject* es de tal grado que el paciente percibe al analista como uno de los objetos primitivos. Tales proyecciones obligan al analista a mantener una actitud de vigilancia sobre el proceso para poder aclarar las distorsiones. Sin embargo, aún con el mejor de los esfuerzos, la fragilidad del *Self* puede, en cualquier momento, permitir el descontrol pulsional que conduzca al paciente a una regresión psicótica.

El proceso terapéutico, en términos generales, incluye los siguientes elementos: En la fase inicial se requiere el establecimiento de un encuadre estricto, pero pactado con el paciente, con claridad sobre el papel que el terapeuta desempeñará en caso de crisis psicóticas o necesidad de hospitalización. Dentro de las pautas, debe hacerse hincapié sobre la necesidad de verbalizar, en lugar de actuar, como exigencia terapéutica y como condición para poder ayudar. También es necesario insistir sobre la veracidad mutua, ya que el paciente engaña y miente, a la vez que proyecta sobre el analista esta característica y lo acusa con frecuencia de intenciones perversas. Aparte de estos inconvenientes, no es extraño encontrarse con actitudes de apatía, anhedonia y abulia. Además, racionalizaciones, inautenticidad, frialdad, en contraste con excesiva ansiedad durante los fines de semana y la separación por vacaciones.

A causa de la fragmentación del *Self*, pueden coincidir, en forma escindida, Transferencias negativas y positivas. No se trata de la ambivalencia neurótica, sino de la reactivación de estados fragmentados del *Self*, así como de patrones de relación con *Selfobjects* igualmente disociados. En el fondo, las pautas relacionales permanecen en forma desintegrada, y así se reactivan en la Transferencia. Si se presentan alucinaciones o delusiones, la reacción contratransferencial se intensifica, ya que el analista se ve empujado a ejercer control sobre los impulsos y actuaciones del paciente, con lo cual se estimula la dependencia y, por supuesto, las resistencias más primitivas.

Las Angustias desintegrativas psicóticas pueden seguir varios caminos y, según su destino, necesitan diferentes ajustes terapéuticos. Unos pacientes derivan hacia conductas antisociales, otros hacia una sintomatología neurótica generalizada y paralizante, otros hacia la somatización y la hipocondría, y algunos se vuelven adictos, mitómanos y psicópatas compulsivos.

Las dificultades laborales, familiares y conyugales, asociadas al estrés, desencadenan cuadros psicóticos. Las histerias graves, las fobias severas y los Trastornos obsesivos cercanos al delirio, son observables en pacientes con Estructura fronteriza y requieren ajustes en la técnica.

En general, lo más frecuente es que el analista responda a estas patologías graves con actuaciones interpretativas (Steiner, 2006), comunicaciones verbales que, aunque dirigidas en forma de interpretación, transmiten inconscientemente sentimientos y actitudes contratransferenciales, en respuesta a la presión emocional ejercida por el paciente. La inhibición para responder, también es una actuación contratransferencial, así como la presencia de deseos en el analista. Aun cuando puede hablarse en estos casos de contrarresistencia, no es menos cierto que la interacción analítica es un encuentro real y auténtico, cargado emocionalmente y sujeto a una participación, muchas veces espontánea (Renik, 1993).

En el caso de los fronterizos, es imposible limitar el proceso a la asociación de ideas, ya que la actuación es parte central de la vivencia interpersonal y del proceso de elaboración. Los traumas arcaicos se transforman cuando la Transferencia conduce a una actuación más saludable que la del pasado, no tanto porque se haya interpretado la situación arcaica, sino porque se ha permitido la reacción, teniendo en cuenta la persistencia de los conflictos (Varga, 2006). La Contratransferencia, y la actuación que de esta se deriva, es posible gracias al conflicto irresuelto del analista: La Transferencia-

Contratransferencia en un sistema diádico interpersonal, donde los dos participantes se influyen mutuamente. El analista que pretenda tener una actuación sin que se pongan en evidencia sus conflictos residuales, no podrá ayudar a pacientes con Estructura límite, ya que la ficción sería puesta a prueba por el paciente, con resultados lamentables (Tyson, 1986; Aron, 2006).

Ante el descubrimiento, por parte del paciente, de la falla del analista, hay que aceptar la divulgación inadvertida, sin necesidad de involucrarse en explicaciones conscientes sobre la perturbación ocasionada a la relación analítica, y sin entrar en detalles sobre los propios conflictos psíquicos. Los sentimientos contratransferenciales han sido expresados en el acto, simplemente, (Ivey, 2009).

A través de las actuaciones del sistema analista-analizando se elaboran los traumas del paciente límite, los cuales son especialmente dolorosos por la vulnerabilidad de su *Self* y el peligro constante de fragmentación. Estos pacientes se fusionan con el analista para evitar la reactivación del trauma y la posible retraumatización. Las Angustias de separación o intrusión provocan la de aniquilación y, en consecuencia, el paciente espera una protección incondicional para evitar sentir de nuevo el trauma de la realidad. En efecto, la realidad es, para el paciente, tan traumática que necesita la permanente presencia del objeto apaciguador, es decir, una transferencia constante con el *Selfobject*, para que lo apruebe especularmente, o le permita la fusión idealizante o gemelar, a fin de fortalecer sus Estructuras defensivas, en especial cuando se vuelva imposible estructurar un *Self* nuclear.

En suma, es muy difícil constituir una Transferencia operativa. En muchas ocasiones, hay que renunciar a la omnipotencia terapéutica y acudir a otras medidas diferentes al análisis, para evitar la descompensación. El trabajo sobre la vulnerabilidad narcisista básica es indispensable para evitar la escisión y fomentar la integración.

d. En las Estructuras psicóticas

Con su trabajo sobre el caso Schreber y su interés por el delirio, entendido como una tentativa de curación, Freud cambió la perspectiva psiquiátrica sobre la Psicosis, e introdujo una enteramente psicoanalítica; pero, en 1924, al clasificar las Esquizofrenias como 'Neurosis narcisistas' y considerar estos pacientes como incapaces de Transferencia, desestimuló el uso del Psicoanálisis en el tratamiento de las Estructuras psicóticas. En realidad, los hallazgos freudianos no se derivaron de la observación directa de pacientes psicóticos en la situación analítica, sino del análisis hecho sobre casos descritos por otros Psiquiatras y de la aplicación de la teoría psicoanalítica al libro escrito por D.P. Schreber en 1903. Por tal razón, cuando estos conceptos se aplicaron en las primeras intervenciones terapéuticas, efectuadas directamente en psicóticos, dieron lugar a innumerables controversias entre los Psicoanalistas.

La idea de la ausencia de Transferencia en los pacientes psicóticos se había relacionado con el concepto de retracción de la Libido objetal, pero la revisión del caso Schreber puso en evidencia el intenso vínculo transferencial que el paciente había establecido con su médico, el doctor Flechsig. Además, contradiciendo el postulado

freudiano, se encontró que dicha Transferencia no se había originado solamente en la relación amorosa previa con el padre, causante de la sobrecarga pulsional, sino también en el componente hostil de esa relación, propia de un padre tiránico que tenía impulsos homicidas y conductas explosivas. Se llegó, incluso, a considerar incompleta la explicación del delirio paranoico y su desenvolvimiento en la relación transferencial sobre la base de la dinámica libidinal, ya que no había tenido en cuenta el contexto caótico de la relación arcaica con la figura paterna, dentro de la cual, la persona de Flechsig asumía el papel mesiánico mediante la condensación padre-Dios-médico.

No obstante, sus observaciones clínicas sobre la Paranoia han perdurado y permiten identificar, entre otras, las siguientes características: evoluciona en tres fases (disgregación, fantasía de fin de mundo y restitución); en el caso Schreber, en particular, la Psicosis se inició con desinterés por el mundo externo, seguido de hipocondría y depresión, y al final se presentó el delirio y las alucinaciones. En la generalidad de los casos, hay retracción libidinal al comienzo, decalectización de los objetos y sobrecarga del Yo, viene luego la regresión con delusiones destructivas y persecutorias, y en la última etapa, el *Self* se recarga de nuevas representaciones restitutivas de objeto, para desarrollar el delirio de omnipotencia.

En cuanto a las manifestaciones transferenciales observables en las Estructuras psicóticas, sobra decir que son volátiles, inestables e impregnadas de agresión, tal como lo atestiguan Arlow y Brenner (1969), producto ineludible de las difíciles relaciones interpersonales de estos sujetos en su más tierna infancia. En el caso de la Paranoia, como se ha señalado, no siempre son el producto del fracaso y de la transformación defensiva de la Pulsión homosexual, sino que, en muchas ocasiones, constituyen la reactivación de contextos relacionales arcaicos, tal y como sucedió a Schreber, quien, además de sentirse perseguido, fue realmente atacado por su padre (Schatzman, 1971).

A pesar de que Abraham compartió el escepticismo de Freud sobre el tratamiento psicoanalítico de psicóticos, fue el primero que se ocupó clínicamente de estos casos, especialmente de maniaco-depresivos, creyendo en la posibilidad de una relación terapéutica confiable. Esta nunca fue fácil, a causa de la repetición invariable de las interacciones primitivas perturbadas, durante el proceso; sin embargo, Numberg (1931), Alexander y French (1946), y Federn (1952), introdujeron un elemento de optimismo, cuando postularon, desde otra perspectiva, la importancia de estimular la Transferencia positiva. Pero, aun cuando, desde esta posición, se favorecía una relación terapéutica más esperanzadora, no por eso desaparecía la Transferencia negativa, la cual simplemente podía permanecer oculta, junto con la capacidad destructiva del paciente, sin que se produjera una verdadera curación.

Con un enfoque diferente, fundamentado en la práctica clínica, Harry S. Sullivan (1940, 1962) y Frieda From-Reichmann (1959) concibieron una relación terapéutica que mezclaba, alternativamente, la confrontación con la actitud cercana y comprensiva. Los buenos resultados de esta experiencia contribuyeron a que, tanto el Hospital Ennoch Platt como la Clínica Chesnut Lodge, en Estados Unidos de Norteamérica, se convirtieran en centros reconocidos de aplicación de la psicoterapia

psicoanalítica en pacientes psicóticos. Sullivan utilizó la relación interpersonal propia de la psicoterapia para mejorar la extrema pobreza de las interacciones del paciente, provocada por ausencia de oportunidades en la infancia, y no propiamente por la debilidad del Yo, según su criterio. From-Reichmann sustentó el proceso terapéutico en la comprensión dinámica del material y en el análisis de la Contratransferencia, estimuló la convergencia entre los niveles preverbales y verbales de la relación, y utilizó sesiones extensas, sin diván y sin uso de la libre asociación de ideas, pero con un compromiso efectivo y operante.

El abordaje psicológico del psicótico se convirtió en una realidad posible, hasta el punto de que se intentaron técnicas más osadas. Rosen (1953) utilizó la técnica del Análisis directo, la cual incluía elementos de dramatización y sesiones sin límite de tiempo, hasta de 16 horas. El procedimiento se utilizaba en las crisis psicóticas agudas y durante su aplicación el terapeuta se rodeaba de colaboradores instruidos previamente. El experimento no pudo reproducirse y, en consecuencia, sólo ha quedado como una referencia más.

Acogiéndose al marco psicoanalítico tradicional, pero abogando por el funcionamiento del terapeuta como parte esencial del paciente, Searles (1965) interpretaba las manifestaciones transferenciales neuróticas, al tiempo que promovía la individuación del paciente. Trabajó con el concepto de Transferencia delirante, la cual suele permanecer latente y se pone de manifiesto en los casos agudos, mientras que es difícil de identificar en los casos crónicos. No es fácil cumplir la meta terapéutica, debido a que, tanto en la Transferencia delirante como en la sintomatología delusional, la mayor parte del tiempo prevalece la incoherencia. La propia identidad y el reconocimiento de los demás presentan graves alteraciones, e incluso pueden aparecer múltiples identidades y numerosos dobles, a consecuencia de la escisión del Yo. Obviamente, la relación terapéutica está siempre expuesta al rompimiento brusco e intempestivo.

Boyer (1971) ubicó en la interpretación oportuna la mayor contribución del analista a la estructuración del Yo del paciente, incluido el psicótico; pero, esta requiere ciertas condiciones para que resulte eficaz. Debe hacerse sobre lo más aparente o cercano a la consciencia, y privilegiar los mecanismos yóicos y evitar los contenidos del Ello. Considera de mucha importancia que el terapeuta esté disponible para servir de modelo objetal, a fin de que el Yo y el Superyó del paciente cuenten con su presencia durante el proceso identificatorio. El analista, además, tiene que hacerse cargo de funciones que el paciente no está en condiciones de asumir, para lo cual se requieren límites de conducta y una constante interpretación sobre la interacción analista-analizando, incluyendo el nivel intrapsíquico.

Klein (1946), Segal (1964) y Bion (1970), de la escuela inglesa, hicieron contribuciones teóricas sobre los mecanismos psicóticos. No fue tan afortunada la superposición de conceptos de regresión y desarrollo, debido a que se crearon confusiones, en el nivel clínico, que podrían conducir a una valoración inadecuada de las condiciones del paciente; en cambio, ha sido muy útil el concepto de Identificación proyectiva. Rosenfeld (1965), uno de los analistas ingleses más reconocidos por su trabajo clínico e institucional, confirmó la presencia de la Transferencia psicótica, caracterizada por la reactivación de las relaciones objetales infantiles, incluyendo

la alteración del juicio de realidad. Si se presenta como Transferencia delirante, la relación terapéutica sufre una distorsión global, ya que es objeto de proyecciones sádicas y persecutorias, y de sensopercepciones de extrañeza, vacío, pérdida de la identidad y robo del pensamiento.

La comunicación puede alterarse totalmente, por ejemplo, cuando el paciente no reconoce ni su propia voz. El pensamiento distorsionado puede impedir al paciente comprender cabalmente lo que está hablando. A veces confunde lo abstracto y lo concreto, y pierde el sentido y uso de los conceptos. En estas circunstancias, surgen dos posibles defensas: no establecer vínculos con el terapeuta, o incorporarse a él para controlarlo y dominarlo. Antes de llegar a la fase de interacción terapéutica, Rosenfeld considera que el paciente pasa por una fase preverbal, silenciosa, que denomina de simbiosis terapéutica, la cual debe tolerarse y hasta disfrutarse, toda vez que se remonta a la etapa de las relaciones parciales de objeto, muy significativa y determinante.

Winnicott (1954) relacionó la enfermedad psicótica con el fracaso ambiental que se presenta en etapas tempranas del desarrollo. Como consecuencia, se instaura un falso *Self*, cuyo objeto es proteger al verdadero, sin que pueda evitar la persistencia de sentimientos de futilidad e irrealdad. El alivio de la enfermedad mental se logra, obviamente, mediante la provisión de un ambiente terapéutico protegido, entretejido con la regresión del paciente. La provisión ambiental, altamente especializada, no sólo se requiere en la relación bipersonal, sino también en el grupo familiar y en el comunitario. La hospitalización en una Comunidad terapéutica, psicodinámica y sociodinámica, representa un progreso, si la interacción entre el paciente y el equipo terapéutico sustenta la regresión intrapsíquica. Para Winnicott, no debe existir una urgencia interpretativa, sino más bien un proceso que garantice un nuevo desarrollo emocional. Si el proceso es constante y estable, las defensas estructurales pueden desvanecerse para dar paso a la corrección del fracaso original, el cual se encuentra en estado congelado dentro del falso *Self*. Se trata de una nueva oportunidad para descongelar la situación arcaica y encontrar la adaptación, adecuada aunque tardía.

Nacht (1959) se sumó al tratamiento interactivo al reclamar una mayor presencia del analista, y participó teóricamente de las ideas del movimiento de la psicoterapia institucional en Francia. Hochmann (1971) definió la psicoterapia institucional como una vacuola desalienante, que induce una toma de consciencia permanente en el medio hospitalario y evita la parálisis del proceso terapéutico, cuya sostenibilidad es fundamental en el tratamiento del paciente psicótico. Para dicho proceso, son básicos, tanto el papel del interpretador como el de la Contratransferencia institucional (Tosquelles, 1967). El Psicoanalista interpreta si es necesario, pero también colabora con el equipo terapéutico de la institución; ayuda a comprender la situación global en términos psicodinámicos, analiza los conflictos y carencias, en función del entrecruzamiento que se produce con las redes sociales significativas. El analista ejerce un rol diferente, en su momento descrito con mucha claridad por Racamier (1970) como el Psicoanalista-Psiquiatra.

Pronto volveremos al interés primordial, o sea al Psicoanálisis, en su modalidad de psicoterapia psicoanalítica, para las Estructuras psicóticas. Era necesario este

breve recuento sobre los autores que ampliaron el horizonte terapéutico. Ha sido incompleto, pero debemos terminarlo, no sin antes referirnos a la Comunidad terapéutica, inspirada en el trabajo de Maxwell Jones (1953) y de Irving Goffman (1962). Este movimiento conceptual se relaciona estrechamente con la visión clínica y se conecta con la terapia familiar y con los desarrollos de la teoría comunicacional. No entraremos en sus pormenores, ya que sobre el particular realizamos un trabajo previo (González, 1993); pero sí advertimos que, aun cuando el proceso terapéutico incluye a todos los integrantes del campo interaccional, en ningún caso existe una relación simple y directa entre la aparición de un cuadro psicótico con el grupo social o familiar, o con el sistema económico o comunitario. Tampoco hay evidencia sobre los mecanismos biológicos o psicológicos de la Psicosis y, por lo tanto, carecemos de una teoría predictiva sobre su desarrollo y progresión.

La psicoterapia psicoanalítica que se aplica en las Estructuras psicóticas incluye parámetros ocasionales o permanentes. No se prescribe esta forma de tratamiento analítico como exclusivo, así como tampoco puede concebirse como exclusivo el tratamiento biológico. Ambas son alternativas viables aunque por ahora limitadas.

En los pacientes psicóticos regresivos con clara pérdida de la cohesión del *Self*, alucinando o delirando, la tarea inicial del Psicoanalista se reduce a permanecer atento y confiado, perdurar disponible, a pesar de la frustración, contener la disgregación y la irrupción caótica, e interactuar con respuestas oportunas y significativas. La interacción intrapsíquica supone, en primer lugar, la superación de los problemas contratransferenciales, los cuales constituyen un claro impedimento para el tratamiento efectivo. La Contratransferencia, en estos casos, tiene el mismo nivel de importancia que la Transferencia (Racher, 1960; Grotstein, 1981; Giovacchini, 1989; Kernberg, 1993; Gabbard, 2005), pero comporta la atención libre flotante y la intuición, elementos indispensables para comprender a fondo el espacio intersubjetivo, que, inicialmente, separa al analista y al paciente. En ese espacio se genera el vínculo que permite restablecer los estados disociados. Las reacciones sensoriales del analista, táctiles, olfativas, auditivas y visuales, sumadas a su estado emocional integral prevalente, determinan el grado de apertura hacia las proyecciones del paciente. La asimilación de las proyecciones es un paso decisivo para la creación del vínculo.

La provisión del ambiente, y la disposición del analista para ayudar al paciente a experimentar el apego seguro, promueven, finalmente, el desarrollo del vínculo, cuyas primeras manifestaciones son las reacciones instintivas primarias, como sonreír, agarrar, llorar y mirar a los ojos. La búsqueda del apego se puede estimular, ya que está relacionado con el impulso a mamar (pecho materno). El apego es una necesidad biológica fundamental inscrita en la especie humana, igual que la necesidad del nido, para el ave que va a empollar (Mitchell, 1988).

El rostro humano es el mayor estímulo visual y la voz el más importante estímulo auditivo (Tronick y Adamson, 1980). En la interacción terapéutica sucede lo mismo, tanto el contacto visual como el auditivo son indispensables, sobre todo, cuando el encuentro se produce en un nivel profundo de regresión. Además del contacto, se requiere reducir la tensión y fomentar el placer y la seguridad. La capacidad para expresarse aparece, solamente, cuando se conforma la relación interpersonal, lo

mismo que sucede en la infancia. De igual manera, así como en el niño se forma la imagen de sí mismo, a partir de la interacción con su madre, en el paciente psicótico, cuando se establece el contacto con su analista, comienza a funcionar, de nuevo, el *Self* que había colapsado.

El paciente psicótico busca a toda costa la relación humana, no sólo por placer libidinal, sino por la necesidad del objeto (Fairbairn). No lo hace solamente condicionado por su personalidad previa o por su psicopatología, sino también por la necesidad innata de relacionarse socialmente (Sullivan). La motivación básica de búsqueda de contacto y conservación de un vínculo emocional está presente en el psicótico, aunque distorsionada por su enfermedad. No es de extrañar, entonces, que se manifieste la compulsión a repetir sentimientos dolorosos, relaciones autodestructivas y situaciones de autosabotaje, conductas que reflejan los lazos primarios establecidos con las personas significativas de la infancia. Paradójicamente, el paciente teme perder estos vínculos arcaicos, así le proporcionen intenso sufrimiento, entre otras razones, porque le han deparado un sentimiento duradero de integración con los semejantes, aunque la relación esté teñida de dolor y desconsuelo. Con frecuencia ocurre que el paciente regresa a los vínculos arcaicos, justamente después de haber progresado en la relación terapéutica, haber tenido sensaciones propias y experimentado la posibilidad de vivir. Un adelanto en su vida de relación puede conllevar una caída posterior en un profundo aislamiento social.

Entre las vivencias emocionales que más se oponen a la necesidad de establecer, mantener y proteger los vínculos de intimidad con los demás, se encuentran el sentimiento de fragilidad, la pérdida objetal, la envidia voraz, la necesidad de dominación y la vulnerabilidad ante el desconocimiento o la desconceptualización. El sujeto con Estructura psicótica rompe sus vínculos fácilmente, y cae en una desorganización masiva; sin embargo, en medio del caos persiste la necesidad de una relación humana, que hace viable el tratamiento de orientación psicoanalítica. No se trata de que la nueva relación interpersonal pueda, por sí sola, anular las experiencias destructivas anteriores, ni siquiera que un ambiente propicio pueda contrarrestar la emergencia de los traumas primitivos, sino que, existe la posibilidad de encuentros afortunados proclives a la terapia. Desde luego, no puede negarse la persistencia crónica de la fragmentación del *Self* y la inestabilidad de las relaciones *Self- Selfobject* (Kohut, 1971).

En las Estructuras psicóticas cognitivas el *Self*, severamente distorsionado, intenta, primariamente, reorganizarse mediante regresiones y, secundariamente, a través de formaciones delirantes. Cuando se puede desarrollar una aceptable relación *Self-Selfobject*, se está también ante la posibilidad de establecer una Psicosis de Transferencia, en la cual el paciente insiste en que el terapeuta siente esto o aquello, que intenta hacerle daño y que tiene intenciones destructivas o seductoras. Si bien, estos sentimientos transferenciales se experimentan con el analista, el sujeto no centra su afectividad en el terapeuta, ni hace *insight* o autocrítica sobre sus emociones y motivaciones. Los propios afectos están alterados, la diferenciación con el otro es incompleta, los objetos buenos y malos se intercambian y transforman, el sujeto está en todas partes y en ninguna, a la vez. La misma Transferencia nunca es completa; es,

en realidad, una pretransferencia, o Transferencia preobjetal o de los núcleos dispares del *Self*.

En las Estructuras psicóticas afectivas tampoco se logra una relación *Self-Selfobject* óptima y eficiente. Las respuestas arcaicas sobreestimulantes (manía), o vacías (depresión), tienden a repetirse impidiendo la regulación adecuada del afecto. En la manía, el sujeto, incapaz de contener las catexias primitivas, espera transferencialmente que el analista se alíe con su Yo, inundado por la grandiosidad arcaica que el *Self* no puede neutralizar. De este modo, revive la falla original, es decir, la incapacidad de los *Selfobjects* arcaicos para regular el exhibicionismo y la omnipotencia del niño. En la depresión, lo que se revive Transferencialmente es la falta de oportunidades para la fusión y la ausencia de respuestas gratificantes del *Selfobject*. El sujeto así estructurado trae consigo un *Self* vacío y agotado, incapaz de obrar con firmeza y de mantener la autoestima, con tendencia a la culpa y al autodesprecio. En ninguno de los casos hay sintonía objetal, ni verdadero contacto afectivo.

Alcanzar una curación profunda y completa de las Estructuras psicóticas es, por ahora, un ideal inalcanzable. A la dificultad técnica, se suma el temor del terapeuta a la enfermedad mental (locura). La distancia entre los participantes es mayor, de modo que la alianza de trabajo se hace más difícil y el vínculo más vulnerable. No existe un impulso sostenido a transferir, ni a establecer un contacto emocional verdadero. La interpretación de los contenidos no deviene en curación. El Autismo es una realidad interpersonal, no solamente un fenómeno psicodinámico. No hay confianza, ni entrega, ni complicidad con el analista, el cual está expuesto a una frustración reiterada que solo puede tolerarse con un constante análisis de la Contratransferencia, eje central de la técnica.

Las metas terapéuticas varían según la Nosología, el nivel de cohesión e integración del *Self* y el tiempo de duración del proceso psicótico. Los objetivos tácticos son cambiantes, pero siempre referidos a las vivencias interpersonales. Las intervenciones se dirigen a mantener la relación, favorecer el principio de realidad e interpretar las distorsiones transferenciales. El paciente esquizofrénico desarrolla Transferencias defensivas iniciales de timidez, superficialidad y distancia, pero, a continuación, tiene reacciones de extrema impaciencia, sensibilidad e impetuosidad, hasta que, después de un trabajo sostenido, puede llegar a un marcado apego. Una vez establecido el vínculo, surgen demandas exageradas, amor apasionado o intenso odio, excitación sexual, frustración, suspicacia y desencanto. Inevitablemente, los malos entendidos con el terapeuta sobrevienen, a causa de la percepción parcial de la realidad, el sentimiento de desvalorización y la incapacidad de experimentar al analista, simultáneamente, como objeto transferencial y como persona real.

Al contrario de lo que sucede en el análisis de las Estructuras neuróticas y narcisistas, en el cual la actitud impersonal del analista es una ventaja, en las Estructuras fronterizas y psicóticas es más útil la presencia real, activa y actuante, aunque discreta. Lo importante es que la relación esté exenta de ambivalencias y que el analista no acuse resistencias contratransferenciales, de modo que pueda actuar con naturalidad ante los sentimientos descarnados del paciente. Sinceridad, realismo y humanidad son factores que contribuyen al vínculo. A los cuales hay que agregar la capacidad de

dar continuidad al proceso y de resolver con flexibilidad los problemas de horarios, emergencias, llamadas telefónicas, intervenciones familiares, sesiones extra, ayuda práctica, guía, limitaciones y hospitalizaciones.

En la mayoría de los casos, las técnicas de maternaje o paternaje no son útiles. Es preferible para el analista funcionar como objeto para la Transferencia de los traumas arcaicos del paciente y como catalizador de los nuevos, que mantener el ambiente terapéutico libre de temores e incertidumbres y que mejorar el miedo a las manifestaciones agresivas o amorosas; estas últimas, experimentadas como incorporación ávida y destructiva. En realidad, de la Contratransferencia analizada emerge la técnica, ya que esta condición determina que el analista supere las heridas narcisistas ocasionadas por la crítica del paciente, el Autismo, la expansividad o la irritación. Más allá de la formación del analista y de sus capacidades naturales, importa su calidad personal, su pasión por el caso y su tolerancia a la ingratitud y al rechazo (García, 1977). Un analista distante, demasiado neutro y evasivo, corre el riesgo de no ser siquiera percibido. Uno muy cercano corre el riesgo de caer en la mutua dependencia o en el mundo alienado del psicótico. En ambos casos, el peligro es malograr la relación interpersonal, indispensable para que el paciente recupere la consciencia de realidad, rescate la capacidad para interactuar e inicie el proceso de integración del *Self*.

Algunos terapeutas abogaron por el contacto físico, que le haga sentir al paciente la realidad del prójimo (Sechehaye, 1947). Otros prefieren el acercamiento, conducido con reserva y paciencia (Bychowski, 1952). La generalidad busca conseguir el apego, unas veces con un contacto permanente y otras con el reaseguramiento de la permanencia. Nada es contundente ni absoluto y, solamente cuando se obtiene algún grado de estabilidad en el vínculo es posible la interpretación o una acción analíticamente comprensiva. En ocasiones, durante el camino hacia la cohesión relativa de los fragmentos del *Self* se requiere el cambio de terapeuta, pero esto, como cualquier otra separación, debe ser prudente y progresivo. Es frecuente que el paciente psicótico, al pasar de un estadio a otro, rechace el nivel anterior junto con el médico que lo asistió. Curiosamente, en la descripción de los casos clínicos es posible observar cómo cada terapeuta destaca la etapa que trató, sin caer en la cuenta de que, de todas maneras, las recaídas son frecuentes y las sorpresas no se hacen esperar. Los diferentes estudios evolutivos de la Psicosis suscitan aproximaciones técnicas distintas: las más activas y menos ortodoxas surgen en las crisis agudas y subagudas; las técnicas reparadoras y de aportación al Yo se aplican en la sintomatología crónica e insidiosa; y algunas técnicas compatibles con el análisis clásico se emplean en las fases interpsicóticas.

La Esquizofrenia simple y la esquizoafectiva son los cuadros nosológicos más accesibles a la psicoterapia analítica, así como la Paranoia y las formas paranoides los más refractarios. La Psicosis maniaco-depresiva presenta dificultades, tanto por la voracidad posesiva como por la dependencia permanente. En la Estructura psicótica cognitiva es más difícil lograr una transferencia constante; en la afectiva se logra con mayor facilidad, pero la relación es rígida y estereotipada, y el paciente procura la curación por medio de la Transferencia.

El analista tiene que resolver el dilema técnico entre actuar e interpretar, sobre todo ante las conductas destructivas del paciente. En estas circunstancias, su prioridad es salvaguardar la integridad del paciente y su dignidad personal. Si tiene que aconsejar la hospitalización, debe seguir velando por la suerte del enfermo, con un claro compromiso personal y humano. El tratamiento analítico tiene indudables beneficios y no es incompatible con el biológico, ni con la terapia comunitaria institucional. En muchos momentos, la técnica individual se convierte en una operación colectiva.

No hay un acuerdo general en cuanto a las variedades técnicas que pueden utilizarse en el tratamiento psicoanalítico de la Psicosis. No hay referencias sólidas ni coincidencia en la terminología. Las descripciones clínicas y terapéuticas son variables y aisladas. La estadística es poco confiable y no juega un papel importante, pese a lo cual intentaremos describir un modelo terapéutico que interconecte las modalidades técnicas que se han empleado hasta la fecha. Así como, en la Estructura neurótica, el Psicoanálisis clásico, con todos sus progresos, sigue siendo el modelo básico y, en la Estructura narcisista, el análisis centrado en la relación *Self-Selfobject* constituyen lo prioritario, en la Estructura limítrofe es la psicoterapia psicoanalítica la que tiene mejores efectos y en las Estructuras psicóticas lo es la psicoterapia de orientación analítica, con intervenciones activas familiares, sociales y comunitarias.

En la Psicoterapia de orientación analítica para psicóticos es fundamental que las transacciones se deriven del campo interpersonal e interactivo. El paciente psicótico tiene su *Self* desintegrado y se ha desconectado de sus objetos. Su experiencia individual quedó truncada en sus primeras relaciones, las cuales perduran en su mente como patrones predeterminados, que se reactivan desde el primer contacto con el analista. La nueva relación con el terapeuta es una oportunidad para que su *Self* se reconstruya y mejore la realidad de sus interacciones. Se parte de la hipótesis de que las relaciones interpersonales, al igual que las pulsiones, tienen raíces biológicas, están codificadas genéticamente y constituyen procesos motivacionales fundamentales (Bowlby, 1969; Stern, 1985).

En la situación terapéutica, los procesos mentales del analista y del paciente se entrelazan, sin que se puedan discriminar, contribuyendo, por igual, a una nueva construcción mental. Este enfoque relacional e intersubjetivo (Stolorow y Atwood, 1990) no sólo ha dado importancia relevante a la Contratransferencia, sino a otros elementos implícitos, como el *enactment* (Jacobs, 1986), con lo cual se ha ampliado la perspectiva. Obviamente, el Psicoanalista que trata casos con Estructura psicótica, también se ocupa del medio circundante (Bateson, 1979).

Premisas para la investigación clínica

La Ciencia es uno de los ideales del hombre contemporáneo: ideal del conocimiento teórico y técnico, ontológico y fenomenológico, objetivo y sistemático. El Psicoanálisis aspira a ese ideal, pero, como disciplina clínica, le basta con lograr la máxima integración posible entre teoría y práctica. Esta fusión, en el campo técnico, es una empresa que, sin duda, se enriquece con los descubrimientos de la investigación (Barlow, 1981).

Aun cuando muchos clínicos hacen aportes creativos a la terapia psicoanalítica, sin prestar mayor atención a la coherencia teórica, ni respetar los principios epistemológicos, el Psicoanálisis clínico no podría desarrollarse, en forma ordenada y coherente, sin que sus premisas se sometan al rigor de la investigación. Por lo tanto, resulta incomprensible lo que sucede en algunos sectores institucionales, como lo devala Laverde (1997), en donde se niegan los resultados de las investigaciones, se excluyen los hallazgos durante la formación, y los descubrimientos se consideran una amenaza para la tarea y la identidad analítica.

Freud correlacionó sus hallazgos clínicos con la metateoría que él denominó Metapsicología y que, hoy en día, se identifica como la Epistemología freudiana (Assoun, 1981). Pese a que varias de sus explicaciones se consideren metafóricas en la actualidad, no por eso el Psicoanálisis ha de renunciar a la necesidad de construir una teoría que incluya el desarrollo psicológico, las funciones mentales y la patogénesis.

Algunos Psicoanalistas mantienen el interés de continuar el desarrollo de la concepción freudiana, así contenga elementos especulativos. Otros quieren prescindir de cualquier teoría general del funcionamiento mental como requisito para sustentar los hechos clínicos. Y hay quienes confían en recolectar nuevos datos psicobiológicos sobre cognición, afectividad, comunicación y regulación de la conducta, a fin de crear una nueva estructura teórica para el Psicoanálisis.

Quienes preservan la Metapsicología freudiana no han podido sustentar su relevancia clínica o su valor predictivo y, además, niegan el hecho de que las proposiciones especulativas carecen de significación científica. Quienes pretenden crear una teoría clínica exclusiva, basada en la Hermenéutica, aun cuando han logrado incrementar la comprensión dinámica y genética, no han podido explicar los fenómenos que exigen conceptos neurocognitivos adicionales, tales como la psicopatología del trauma, el déficit funcional, los actos compulsivos y el cambio estructural. Ante estas disyuntivas el camino más expedito parece ser que el Psicoanálisis sustente sus hallazgos en una teoría consolidada por el trabajo empírico, confirmado a su vez por la investigación científica (Kächele, 1997; Laverde 2000). En este punto, resulta plausible exponer los criterios más aceptados dentro de la dirección propuesta, desde luego, sujetos a revisión y evaluación constante:

- 1°. No es posible implementar una teoría clínica sin fundamentos metapsicológicos (epistemológicos).
- 2°. Hay un sector de la mente inconsciente que no llega a expresarse en el mundo subjetivo, razón por la cual no puede comprenderse en el nivel psicológico, sino que requiere explicaciones neurofisiológicas (Schafer, 1997).
- 3°. La interpretación de los contenidos mentales se inspira en teorías desarrolladas hace más de un siglo. Dichas teorías han dado origen a escuelas que defienden esquemas interpretativos diferentes. No se ha podido demostrar que los resultados de una escuela sean mejores o peores que las de otra; solamente se ha evidenciado que hay mejores o peores clínicos dentro de cada una de las escuelas psicoanalíticas (Levenson, 1978).
- 4°. La sola interpretación no descubre los significados más profundos de las asociaciones, los cuales requieren 'reconstrucción' por el analista y el analizando, dando lugar a un sesgo inevitable, producido por las transacciones interpersonales de la diada terapéutica (Weiss y Sampson, 1986).
- 5°. El analista afecta al analizando con sus interpretaciones y, a la vez, es afectado continuamente por su analizando como sujeto activo que interviene en el proceso con su creatividad y con sus nuevas intenciones (Yildiz, 2008).
- 6°. Más allá de la interpretación de contenidos mentales, incluidos los expresados transferencialmente, ha de valorarse la relación con el objeto nuevo, interactiva, intersubjetiva y correctiva emocionalmente (Stolorow y Atwood, 1992).
- 7°. La técnica interpretativa exige, de todas maneras, validar las conjeturas del analista, mediante el monitoreo de sus efectos sobre las asociaciones subsiguientes del analizando (Freud, 1937; Etchegoyen, 1986). Desde luego, el destino de la interpretación es ser transformada por el analizando, y el analista debe colaborar en este empeño (Gardner, 1983).

- 8°. Al final del proceso lo más importante es que el analizando haya desarrollado la función de interpretar para comprender su mundo interior. Por lo tanto, la tarea primordial del analista es enseñar a interpretar. Pero, además de aportar conocimientos teóricos, el analista debe crear un ambiente empático, elemento que influye decisivamente en la eficiencia terapéutica, así no pueda ponderarse fácilmente (Wolf, 1980).
- 9°. Para mejorar sus relaciones, el analizando necesita desarrollar nuevas destrezas para la comunicación interpersonal e intrapsíquica, para mantenerse organizado frente a la reactivación de los traumas, y capacidades para interconectar el pensamiento primario y el secundario (Gedo, 1995).
- 10°. A pesar de la exactitud genético-dinámica de las interpretaciones sobre contenidos mentales, la tendencia a repetir conductas autodestructivas e inadaptadas puede persistir en el analizando. Este es un problema económico-constitucional, relacionado con lo que Freud llamó resistencias del Ello (1920), cuya mejoría tendría que condicionarse, según un nuevo enfoque, a la progresiva secuencia de cambios neurales (Valenstein, 2005).

Sobre esta base, se puede plantear el problema crucial del tratamiento, la 'reactivación del trauma', el cual merece un esfuerzo investigativo especial, en la medida que compromete el éxito de cualquier análisis.

En efecto, el trauma es un factor determinante de la acción terapéutica, en la medida que genera la repetición transferencial de los conflictos y carencias individuales. Pero, además, es el eje de la psicopatología, el sustrato del síntoma y el fundamento de la estructuración del psiquismo (González, 1996, 2003, 2006).

La reactivación traumática es una urgencia terapéutica de primer orden. Ante esta emergencia, resulta menos eficaz la interpretación que la acción interpersonal. A veces, no hay tiempo para la elaboración intrapsíquica, ya que el pasado se ha hecho presente en su totalidad y la situación transferencial es la única realidad del tratamiento.

Nuevamente, resulta inevitable puntualizar los elementos más importantes, relacionados con la reconstrucción del proceso terapéutico, como movimiento transformador del trauma:

- 1°. El trauma crea una disfunción de la mente, que se traduce en una interferencia de la acción, de la emotividad y del pensamiento.
- 2°. El pensamiento que puede cualificarse y expresarse en palabras, se bloquea, y el individuo se ve expuesto a episodios de alteración de la consciencia.
- 3°. Los sentimientos y emociones también se interrumpen, y los vínculos se disuelven a causa de la tendencia perentoria a actuar.
- 4°. La acción, convertida en actuación compulsiva, confunde al sujeto, al entremezclar lo mental con lo físico y lo objetivo con lo subjetivo.

- 5°. En el trauma, el *Self* se anula, debido al constreñimiento emocional y al enfoque de la afectividad, así perdure el objeto.
- 6°. En la Transferencia, el individuo busca la reconexión del *Self* con el objeto, mediante la compulsión repetitiva que permite revivir sin recordar, y encontrar la contención para restablecer el vínculo.
- 7°. La repetición del trauma provoca una crisis en el tratamiento, en la medida en que se reactivan lesiones y carencias asociadas a la capacidad potencial de relacionarse.
- 8°. Hay una tensión específica sobre las funciones de empatía, fusión y contención. Algunos analizandos no tuvieron en su desarrollo suficiente contención empática, y necesitan experimentarla, por primera vez, en forma completa y satisfactoria.
- 9°. El trauma incita a una regresión, acompañada de sentimientos de culpa y vergüenza, cuya finalidad es darle sentido a lo inexplicable, para poder continuar el desarrollo.
- 10°. La repetición del trauma tiene lugar cuando se ha avanzado en el tratamiento, ya que la mejoría inicial estimula la confianza para revivir las heridas. Paradójicamente, después de un trabajo eficiente, la reactivación traumática puede inducir el colapso defensivo de la relación terapéutica.

Los procesos clínicos que han girado alrededor de esta emergencia terapéutica son los siguientes: Freud (1914) consideró la repetición como uno de los elementos constitutivos del cambio terapéutico: repetir, recordar y elaborar. El primer problema surgió, cuando se tuvo que explicar por qué se repite lo que conscientemente no se quisiera repetir; o sea, cuando la repetición es compulsiva y, en vez de revivir lo placentero, el individuo se ve compelido a experimentar de nuevo lo doloroso. Los datos de la observación no han permitido una comprensión satisfactoria de este fenómeno. Todo parece indicar, que hay un error interno que impide el control. Se espera que los conocimientos recientes, sobre sistema nervioso, ayuden a explicar los fenómenos psicobiológicos asociados a la compulsión a la repetición, entre estos, la conducta propia de la etapa preverbal y la más evolucionada, que se vincula a la adquisición del simbolismo. También, que se pueda correlacionar, jerárquicamente, el desarrollo neurofisiológico con los procesos de comunicación y conocimiento (Grossman, 1995).

Para el clínico, lo importante es que la compulsión a la repetición reactualiza el trauma, dando comienzo a la cura. La Transferencia es una repetición y, a la vez, un intento de continuar una relación interrumpida y un crecimiento detenido. Al no poder recordar, el analizando repite. En su memoria no se conserva la réplica del evento, sino el potencial para encontrar, de nuevo, la categoría afectiva, de la cual forma parte. Cuando hay correspondencia metafórica entre la memoria del pasado y la percepción actual, se evoca el recuerdo. La compulsión a la repetición ayuda a que la memoria encuentre identidad de percepción, entre los objetos del presente y el pasado (Edelman, 1989).

El proceso terapéutico implica un riesgo inevitable. No es posible el cambio sin que se repita el trauma. La posibilidad de cambiar sólo se presenta cuando se produce la repetición. En ese momento, el analizando puede elegir en lugar de repetir, siempre y cuando el analista pueda responder a la confusión de sentimientos y a la mezcla transferencial de vivencias del pasado y aspectos reales de la terapia. El analizando espera salvar la conexión emocional con su analista, por lo cual exige que este acepte, sin desmentir, las propias características personales. No todo es Transferencia. La transacción que permite la superación del trauma reactivado, sólo es posible en el contexto de la relación real con el analista.

Si la conexión afectiva se pierde, el trauma se ha repetido. La transacción que puede modificar la respuesta actual, evita la retraumatización. La conexión afectiva es una necesidad imperiosa del analizando. Los afectos desempeñan una función evolutiva crucial y se constituyen, dentro de la tendencia compulsiva a repetir el trauma, en la posibilidad de que algo nuevo y saludable surja en la relación analítica. En el fondo, que una unión profunda y significativa permita incrementar la competencia, fomentar la comunicación y abrir el camino para el reencuentro del objeto. (Russell, 1998).

Es indispensable aceptar la paradoja: En el análisis, la conexión afectiva permite establecer una relación segura, pero, justamente cuando se ha generado dicha seguridad, el analizando recrea el trauma y puede perder la conexión. La paradoja no se puede desconocer, modificar o superar (Kumin, 1987). Su aceptación sirve a los fines terapéuticos y es una medida de la fortaleza del *Self*.

La recategorización afectiva que se produce en el análisis, varía según las diferentes psicopatologías. En la patología de conflicto (Neurosis), la compulsión a la repetición que genera la Transferencia, puede usarse a favor de su propia resolución, ya que los afectos se reviven dentro de la relación terapéutica. En la patología de déficit (Trastorno narcisista y fronterizo), la experiencia afectiva arcaica no puede integrarse dentro del *Self*, en consecuencia, existe un desorden en la regulación de los afectos que interfiere las relaciones interpersonales. En el caso del fronterizo, el contacto emocional suele estar más perturbado, ya que el sujeto tiende a sentirse sobrecargado y abrumado por los propios sentimientos.

Si el trauma reactivado se repara, con el analista como objeto nuevo, los lazos se restablecen, y la competencia para sentir y amar se rescata. La capacidad de amor incrementada, permite una mayor liberación de la Libido psicosexual y de la narcisista, lo cual aumenta la integración y la cohesión del *Self*. En el caso de que el trauma afectivo no pueda superarse, la curación se verá entorpecida y las consecuencias dependerán de la estructura previa del analizando. Si se trata de una Estructura neurótica, el trauma edípico y castratorio inmodificado propiciará en el individuo una existencia sin disfrute, goce, ni satisfacción en sus relaciones humanas amorosas, sexuales y competitivas.

En la Estructura narcisista la persistencia de la situación traumática lleva al sujeto a una vida de incertidumbre constante y pobre valoración de sí mismo, necesidad imperiosa de espejamiento y de búsqueda de oportunidades para la fusión y la gemelaridad. En la fronteriza, el riesgo es mayor, ya que el temor a la reactivación del trauma refuerza el mecanismo de escisión, junto con los demás mecanismos primitivos, impidiendo la consolidación del *Self* y la integración de los núcleos parciales, con lo

cual el individuo queda expuesto a una angustia flotante y a episodios de consciencia alterada. En la psicótica la reactivación de los traumas produce el episodio regresivo o desencadena el proceso delirante, sin que pueda encontrarse, en la mayoría de los casos, un *Self* nuclear para generar un movimiento hacia la recuperación y, en consecuencia, convirtiéndose la relación sustentadora en la única opción posible.

De la descripción anterior se desprende una serie de conceptos que deben corroborarse con la investigación clínica sistemática. Especialmente los que se refieren a la intervención del analista durante la situación traumática de emergencia que se reactiva en todo tratamiento. Se propone nuevamente un decálogo de situaciones clínicas por considerar:

- 1°. Empatizar antes que interpretar. Una vez que la repetición estimula las necesidades más primitivas del paciente, más urgente que elaborar la Transferencia es entrar en contacto empático con todas las áreas disonantes del *Self* del analizando.
- 2°. Evitar el cambio es la principal resistencia del analista. Frente a la repetición compulsiva, no hay reglas inmodificables, ni pautas que puedan reasegurar al analista. Está a merced de las alternativas estimuladas por sus propias repeticiones. Si no las reconoce, sin proponérselo, incrementa la resistencia a modificar las transacciones habituales y puede verse abocado al fracaso.
- 3°. La resistencia contratransferencial es la compulsión a la repetición del analista, inducida por el analizando. La falla empática del analista, durante la crisis de desconexión, no es solamente una respuesta a la Transferencia del analizando, sino la recreación de un contexto de pérdida del vínculo, correlacionado con su propia experiencia. Esta interferencia es inevitable, pero su reconocimiento puede evitar la traumatización vicaria.
- 4°. La urgencia del analista es real. La crisis del analista incluye la resistencia frente a las propias repeticiones del pasado. Pero, a pesar del análisis prolongado, siempre aparecerán, en el analista, sentimientos dolorosos, atemorizantes y bochornosos, en relación con lo que el analizando experimenta. La urgencia es real y el analista se resiste a lo inevitable, o sea, a que el analizando los conozca, creyendo que la revelación de los propios traumas impide comprender y analizar.
- 5°. Si no hay conexión no hay repetición. La crisis ocurre, cuando existe una conexión previa entre analista y analizando. Si hay conexión, es posible la transacción, o sea, el cambio en la manera de sentir, y reaccionar. Si no la hay lo que se presenta en la crisis es un *acting out*, y el tratamiento se interrumpe abruptamente.
- 6°. La regresión terapéutica es un riesgo real. No es simplemente repetición del pasado, sino un acontecimiento dentro del nuevo encuentro que, al permitir una transacción diferente, puede desentrabar la detención del desarrollo del *Self*. El riesgo es que al repetirse el trauma potencial no pueda transformarse en una experiencia de frustración óptima que garantice un vínculo fuerte, o estructura sustentadora.

- 7°. Negociar la continuación de la relación. El analista puede negociar la continuación del tratamiento, cuando acepta que la desconexión transferencial es, en buena parte, un hecho nuevo, real y actual, ante el cual cabe la transacción, ya que el analizando carecía de una experiencia de unión como la acontecida en el presente.
8. La interacción permite continuar el proceso terapéutico. Al clarificar la Transferencia, el analizando puede percibir su propia contribución a la crisis; y al continuar el proceso, puede identificar, en la interacción, las diferencias entre las características del analista y el objeto original. El analista es la persona con quien se revive el trauma del pasado y, a la vez, es el objeto de quien se espera una respuesta diferente.
- 9°. Las consecuencias del trauma requieren elaboración. El trabajo sobre las consecuencias del trauma es ineludible, a fin de que el analizando, sin angustia y con objetividad, pueda recuperar su autoestima y el sentido de cohesión, disfrutar nuevamente de la vida y procurarse los reconocimientos necesarios, de los *Selfobjects* disponibles.
- 10°. El tratamiento es posible gracias a la repetición compulsiva. Por último, gracias a la proclividad del Ser humano a repetir compulsivamente las situaciones dolorosas, destructivas y paralizantes, es posible el tratamiento analítico. Cualquier trauma que haya incapacitado al *Self*, se repite, no solo por la necesidad del individuo de sanar su herida, sino también por la expectativa de lograr un control activo.

Al lado del trauma y sus consecuencias, se presentan otros fenómenos clínicos, que requieren, también, seguimiento e investigación. La sensación de vacuidad, la desorganización mental, la confusión y el desamparo, exigen una mejor comprensión. Si bien, no es posible dar cuenta de todas las vivencias que ofrecen un reto al Psicoanálisis, un buen número de conceptos coincidentes y consensuados dan, hoy en día, una base suficientemente estable a todas las modalidades terapéuticas, para abordar estos temas. A continuación se esbozan, en apretada síntesis, diez principios clínicos comunes, básicos para el desarrollo de cualquier enfoque analítico:

- 1°. La libre asociación de ideas y la revelación de deseos, intensifican el sentido de seguridad, aumenta la intimidad y la mutualidad, y expanden la consciencia de las pulsiones y los afectos.
- 2°. El ambiente de confianza, implícito en el encuadre, estimula el desarrollo de una estructura consistente y responsable, da seguridad al analizando sobre el valor de su experiencia, y trasmite respeto por la comunicación, como proveedora de la información requerida.
- 3°. La experiencia de recibir interpretaciones aclaratorias, luego de ser escuchado con empatía, estimula el sentimiento de fortaleza y el sentido vivificante del *Self*.
- 4°. El reconocimiento y la comprensión de las Transferencias permiten al analizando enfrentar con mayor éxito los traumas originales y sus consecuencias.

- 5°. El análisis de las motivaciones da significado al intercambio clínico, a la vez que proporciona información valiosa para entender la estructura psicopatológica del analizando, y la dinámica interactiva e intersubjetiva de la relación terapéutica.
- 6°. Los afectos son las guías para valorar el estado de la relación e identificar los eventos que provocaron estados emocionales alterados. No es extraño que algunas intervenciones en esa dirección sean experimentadas por el analizando como fallas empáticas, pero, en la mayoría de los casos, contribuyen al afianzamiento del vínculo.
- 7°. La aceptación de que los juicios del analizando sobre el analista contienen información valiosa para comprender el mundo relacional presente y pasado, y no solamente proyecciones, distorsiones y resistencias, permite crear nuevos escenarios para desarrollar el vínculo.
- 8°. El intercambio ocasional, es decir, por fuera del marco terapéutico, no planeado sino espontáneo, puede aumentar el sentimiento de participación del analizando, obviamente, sin excluir la tarea reflexiva posterior, en concordancia con el análisis de las asociaciones.
- 9°. El reconocimiento, por parte del analista, de que sus gestos, comentarios, expresiones y actuaciones, pueden ocurrir como consecuencia de un rol inducido por el analizando, resulta terapéutico, aún sin proponérselo, siempre y cuando la conducta del analista sea espontánea y basada en el requerimiento fundamental de mantener la ética profesional y el marco terapéutico.
- 10°. Se espera, que al final del tratamiento, el analizando obtenga mayor fortaleza frente a la experiencia traumática, aumente la capacidad de apaciguarse y tranquilizarse, exprese su potencial afectivo, productivo y creativo, acepte la transitoriedad de la vida y genere autoafirmación, humor y empatía, en la relación con los demás y consigo mismo.

Después de la investigación de Wallerstein (1986), quedó en claro que los cambios estructurales pueden darse con cualquiera de las modalidades terapéuticas del Psicoanálisis (técnica clásica, expresiva o de apoyo). Para lograr el cambio terapéutico, no es indispensable la resolución del conflicto. Las técnicas de apoyo pueden dar resultados inesperados y, en algunos pacientes, el análisis clásico no produce los cambios pronosticados.

En la práctica clínica actual, los tratamientos analíticos son combinaciones inextricables de elementos interpretativos, expresivos estabilizadores y de apoyo. En cualquier extremo del espectro, que va desde el análisis clásico a la psicoterapia de apoyo, se obtienen resultados favorables, los cuales son indistinguibles, en su naturaleza y permanencia.

Dinámica organizacional

1. Contexto fundacional

Hay suficiente claridad sobre las causas de la llamada 'crisis del Psicoanálisis'. Dicha crisis no afecta su credibilidad como ciencia, ni su viabilidad como disciplina clínica, toda vez que se centra, fundamentalmente, en sus estructuras organizacionales y educativas (Garza-Guerrero, 2006).

La dinámica organizacional del Psicoanálisis, como profesión, ha sido suficientemente estudiada; sin embargo, vale la pena recordar que, al contrario de lo que Freud pensó en 1921, en el sentido de que el liderazgo estructuraba la psicodinamia de los grupos (masas e instituciones), Kernberg consideró, en 1991, que los fenómenos regresivos grupales preceden a los procesos identificatorios y a la naturaleza misma del liderazgo. Lo más probable es, que los dos mecanismos se manifiesten en las instituciones en forma secuencial, simultánea o alternativa; pero, en todo caso, la disfunción organizacional se relaciona con las conductas regresivas de los líderes o el liderazgo disfuncional obedece a la perturbación regresiva de la organización como un todo (Bion, 1963b).

La realidad es, que la desarticulación entre objetivos individuales y estructura organizacional fomenta, en las instituciones psicoanalíticas, los fenómenos regresivos, caracterizados por intensas idealizaciones y extremos temores persecutorios. La idealización más frecuente se hace sobre el análisis didáctico y sobre los esquemas teóricos referenciales, y suele derivar en el confinamiento doctrinario; la ideación persecutoria (paranoide) se genera en el ambiente conventual, pseudoreligioso, que excluye sistemáticamente a los infieles o desviados. No son estos, desde luego, los únicos mecanis-

mos regresivos que promueven las escisiones en los grupos psicoanalíticos. Existen muchos otros, pero no viene al caso profundizar teóricamente sobre el particular. Es preferible destinar este capítulo a revisar el caso de la institución, al amparo de cuyo decurso se gestó esta obra.

En efecto, en la Asociación Psicoanalítica Colombiana recibimos el pasado analítico, hemos construido el presente, y esperamos el futuro, del cual somos ya estrato y fundamento. Carecemos de la objetividad suficiente para analizar las vicisitudes del desarrollo de nuestra Institución, en la medida en que somos juez y parte; pero no podemos eludir nuestra responsabilidad en la evaluación de lo que hemos hecho o maltrecho durante más de medio siglo.

En Colombia, el llamado ‘movimiento psicoanalítico’ también hizo crisis durante la segunda mitad del siglo pasado. En 1962 se produjo una escisión en el seno de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis, la primera Sociedad Componente que, en 1961, había sido reconocida por la Asociación Psicoanalítica Internacional¹⁹. La división incluyó la salida del grupo de Psicoanalistas que, más tarde, fundó la Asociación Psicoanalítica Colombiana.

Este capítulo recoge algunos aspectos significativos de ese acontecimiento, con el objetivo de ahondar en su comprensión y, al mismo tiempo, visualizar mejor el contexto institucional dentro del cual se ha desenvuelto nuestra actividad profesional. Desde luego, no se trata de la reconstrucción de un hecho trascendental para la historia del Psicoanálisis como ciencia, sino de un episodio particular, que condujo a la división de una institución psicoanalítica. Como científicos, sabemos que los temas que tienen sentido histórico para una ciencia se relacionan con la tradición y evolución de su pensamiento, con la proyección de sus ideas de bienestar social e individual, con la organización de sus sistemas conceptuales y con la manera como sus descubrimientos se reflejan en la salud, la educación y las costumbres. Pero, como analistas, también reconocemos la importancia que tiene la organización psicoanalítica como estructura contenedora de las incertidumbres que acompañan el ejercicio profesional de sus integrantes. Por esta última razón, resulta de gran valor para los asociados un recuento de las vicisitudes grupales y de los procesos institucionales de desarrollo, en especial de aquellos que más influyeron en la evolución de los analistas. Además, un relato de estas características permite identificar semejanzas, diferencias, conflictos y contradicciones entre las diferentes culturas psicoanalíticas (Nosek, 2010).

2. De la escisión a la integración

La escisión que nos ocupa se produjo como consecuencia de la apasionada polémica que se generó entre los dos líderes indiscutibles del grupo, los doctores Arturo Lizarazo y José F. Socarrás, en relación a dos asuntos primordiales: Los temas que deberían tratar los trabajos científicos y los contenidos que deberían discutirse en los seminarios desti-

19 API, sigla en español; IPA, sigla en inglés. Se utilizará IPA, dado su uso mas extendido.

nados a la formación de candidatos. Lizarazo repudiaba la validación del Psicoanálisis supeditada a doctrinas filosóficas o políticas, mientras Socarrás invocaba la libertad de cátedra para relacionar estos temas a discreción. Después de un desencuentro desafortunado, con actuación violenta de por medio, el doctor Lizarazo renunció a la Sociedad y, consecutivamente, perdió su membresía en la IPA.

A los pocos días de haber renunciado el doctor Lizarazo a la Sociedad, se organizó la Asociación, a instancias de otros Psicoanalistas y de la mayoría de sus analizandos y discípulos. Fue fundada el 16 de junio de 1962, y, para ser consecuentes con las causas de la separación, los estatutos consagraron en un párrafo atinente al capítulo sobre fines y objetivos, el siguiente principio declarativo:

La Asociación, en sí y en cada uno de sus órganos, es una entidad absolutamente apolítica; en consecuencia no asume ni propicia credo ni doctrina alguna económica, política, social o religiosa y considera que estas son ajenas a los fines de la Institución. La modificación de este párrafo acarreará la disolución de la Asociación.

Con el propósito de dedicarse por entero a cultivar la ciencia creada por Sigmund Freud, durante los siguientes veinticinco años, la Asociación desarrolló una actividad académica continua y constituyó un Instituto para la formación de los candidatos. Todos sus miembros observaron con celo el principio tutelar, consistente en abordar los temas psicoanalíticos evitando introducir “posiciones personales ajenas a la materia objeto del acuerdo”. Con la frase anterior contenida en su trabajo *Algunas apreciaciones y sugerencias relativas a nuestra Asociación*, el doctor Lizarazo confirmó, en 1975 (p.35) la orientación que debería seguir la institución. En esta ocasión fue más allá, y evaluó con honestidad las causas que hicieron fracasar los repetidos intentos por reunificar las sociedades escindidas. Reconoció, también, los progresos teóricos y técnicos alcanzados por los integrantes de la Asociación, pero advirtió sobre el riesgo de que, en aras de una flexibilidad plausible, se pudiera “derivar hacia la psicoterapia, a veces poco analíticamente orientada...” (p. 38). Finalmente, ante los antagonismos observados en el grupo, relacionados con la integración dentro de la IPA, y frente a la persistencia de tendencias disociativas, pobre motivación y pérdida de la ‘dimensión profunda’, no vaciló en proponer la retoma del análisis personal para aquellos que acusaran un ‘malestar’ en su funcionamiento psicoanalítico, tanto personal como institucional.

A pesar de la situación de aislamiento de la Asociación como institución, muchos de sus miembros conservaron una motivación alta y un ideal psicoanalítico consistente y estable, lo cual aseguró la persistencia en la búsqueda de la integración a la comunidad psicoanalítica internacional. Los resultados de este empeño llegaron en 1987, gracias a la intermediación del doctor Eduardo Val, Psicoanalista argentino, residente en los Estados Unidos y miembro del Instituto Psicoanalítico de Chicago, quien contactó al doctor Otto Kernberg, a solicitud de la comisión directiva de la Asociación, para que propiciara su reingreso a la IPA.

Al año siguiente, en 1988, el doctor Kernberg se entrevistó con el doctor Lizarazo en Bogotá y, en este encuentro, se sentaron las bases para iniciar el proceso. El primer paso consistía en obtener la aceptación de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis,

en su condición de Sociedad Componente local, para desarrollar un nuevo grupo en Bogotá. La Sociedad, presidida por el doctor Eduardo Laverde, aceptó sin dilaciones apoyar el proceso y auspiciar el nuevo grupo. En abril de 1989 se cursó la solicitud oficial a la IPA y en el mes de septiembre se recibió respuesta positiva. En febrero de 1991 se realizó la primera visita, a cargo de los doctores Horacio Etchegoyen, de Buenos Aires y Moisés Lemlij, de Lima.

Desafortunadamente, el doctor Arturo Lizarazo, primer Psicoanalista que ejerció en Colombia, creador de la Sociedad y de la Asociación, líder e inspirador del Psicoanálisis y analista de la mayoría de los miembros de la Institución, falleció en Junio de 1991. A pesar del difícil duelo y del riesgo que suponía para el proceso tan valiosa pérdida, la Asociación se sostuvo en su propósito, gracias a su firme determinación y a los resultados esperanzadores obtenidos en la primera visita, remitidos en noviembre del mismo año por el doctor Charles Hanly, a la sazón presidente de Nuevos Grupos Internacionales.

En desarrollo de las exigencias planteadas por el doctor Hanly, los doctores Roberto Dezubiría, José A. Márquez y Mario González, ingresaron, en 1992, al Instituto de enseñanza de la Sociedad, para completar su currículo oficial y, a continuación, junto con el doctor Alfonso Martínez, quien desde 1961 había concluido su formación, aplicar en la Sociedad para ser admitidos como Miembros Asociados. Tanto el doctor Martínez, quien acompañó el proceso hasta su muerte, acaecida en 1993, como el doctor Socarrás, quien había ingresado a la Asociación como Miembro Honorario en 1989, apoyaron decididamente las aspiraciones institucionales.

En diciembre de 1993, una nueva visita integrada por los doctores Carlos R. Featherston, Guillermo Ferschtut y Jorge Schneider, ratificó la viabilidad del grupo. En noviembre de 1994 fue designado el sponsoring committee, conformado por los doctores Jaime Heresi, Juan Francisco Jordán y Romualdo Romanowski (*chairman*). En enero de 1965 se inició el trabajo que contó, además, con la colaboración docente de cuatro didactas de la Sociedad, los doctores Guillermo Sánchez, Eduardo Laverde, Eduardo Gómez y Juan Manuel Escobar, quienes habían ingresado a la Asociación en noviembre de 1994, en calidad de Miembros Titulares.

Después de ocho visitas, durante las cuales se desarrolló el plan propuesto (seminarios, supervisiones, simposios, reorganización administrativa y evaluación de procedimientos), la Asociación solicitó, en 1998, su aceptación como Sociedad Provisional, con el apoyo del comité. Vale la pena destacar que, en los estatutos que se aprobaron y presentaron ante la IPA y que, por mandato de la Asamblea, regirían, en adelante, los destinos de la Asociación, fue abolido el parágrafo que le daba sustento a la organización inicial. Automáticamente, quedó disuelta la Asociación original, la cual fue llamada en algún momento 'disidente', y nació la Asociación como parte integral de la IPA.

La Asociación fue admitida como Sociedad Provisional en junio de 1999, durante el 41° Congreso Internacional, reunido en Santiago de Chile. Se obtuvo, así, la anhelada reintegración, después de treinta y siete años de marginalidad. En marzo de 2004 fue reconocida como Sociedad Componente, durante el 43° Congreso Internacional, reunido en New Orleans. Hoy en día lleva 13 años de pertenencia a la IPA, en continua renovación y evolución. Durante el proceso, se redujo el número de sus miembros, pero su actual funcionamiento es óptimo.

3. La repetición de la historia

Freud y Ferenczi fundaron la Asociación Psicoanalítica Internacional en 1910, durante el Congreso de Núremberg, con tres objetivos: Mejorar la formación de los analistas; incrementar la difusión del Psicoanálisis; y transmitir la teoría freudiana en forma apropiada. Con anterioridad, desde 1906, Freud discutía con los demás analistas sobre los casos que trataban y sobre sus propias Neurosis. Lo hacían en su casa de habitación los días miércoles, en reuniones que comenzaban a las 8:30 de la noche y versaban sobre la exposición que algunos de ellos realizaban.

Con la Asociación Internacional, Freud no solo pretendía sacar el Psicoanálisis de Viena y obtener, a través de Suiza, con Bleuler y Jung, el reconocimiento de la psiquiatría oficial, sino también vencer la resistencia médica para lograr el respeto científico. En alguna medida lo logró, pero la institución creada se tornó represiva y dio buena cuenta de quienes subvertían el orden. Freud ocupó el lugar del padre y un órgano central, el 'Comité', integrado por Abraham, Ferenczi, Jones, Rank, Sachs y Eitingon, tomó el control sobre el 'movimiento' y ejerció el poder sobre el pensamiento psicoanalítico.

Los Psicoanalistas han reconocido suficientemente que la estructura de la IPA terminó pareciéndose a la de la Iglesia y al Ejército, las dos instituciones que Freud analizó magistralmente. Los analistas, junto con sus ideas y procedimientos técnicos, se uniformaron y abandonaron su libertad ideológica para seguir a Freud. La identificación con el líder o 'maestro', representante de un ideal del Yo compartido, incrementó el unanimismo. Consecutivamente, se censuraron las publicaciones y se limitó la aceptación de las nuevas evidencias clínicas. El interés por la causa predominó.

En 1911 se separó Adler y en 1913 lo hizo Jung. La IPA siguió adelante y celebró el Congreso de Weimar y Budapest (1911), el de Múnich (1913), el de La Haya (1921) y el de Berlín (1922). Después de la Segunda Guerra Mundial continuó su desarrollo, facilitando el intercambio científico y expandiendo el Psicoanálisis. Obviamente, sus logros han superado con creces los errores cometidos.

Desgraciadamente, las filiales no pudieron escapar al sino de repetir la historia, en algunos casos con agravantes, como ocurrió en el grupo colombiano. En efecto, al año de reconocida la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis como Sociedad Componente de la IPA, se produjo su escisión. Las cosas no sucedieron de la misma forma que en la institución matriz, en donde las separaciones tuvieron relación con la figura del creador y con sus descubrimientos. Aquí rompieron los dos líderes carismáticos, vividos como los 'enviados' o emisarios que traían el mensaje psicoanalítico, uno desde Chile y el otro desde Francia. Los dos contribuyeron, con su entusiasmo, a conformar la primera agrupación psicoanalítica, sin que, por ello, evitaran disputarse la supremacía en materia de criterios sobre la formación de los analistas, cada uno defendiendo posiciones antagónicas sobre lo que se debería enseñar o publicar.

Aun cuando es bien sabido que todas las escisiones se originan en desacuerdos sobre la formación, no fue la discrepancia la que causó la crisis, sino la violencia que esta desató, para nada extraña en el país. La actuación, configurada como intento de agresión física, no se gestó solamente en el nivel intrapsíquico de los participantes, ni en la dinámica de su relación interpersonal, sino que fue inducida también por el

grupo de analizandos, tal como lo hizo constar uno de los protagonistas. Nadie puede entonces declararse inocente, ni eludir su responsabilidad en este episodio.

Obviamente, la escisión temprana alteró el ambiente propicio que requería la nueva generación de analistas para su desarrollo óptimo y provocó 'anomalías' institucionales, explícitas o tácitas, que con el tiempo se hicieron evidentes. La ruptura entre los dos protagonistas principales funcionó como el divorcio abrupto de una pareja, cuando perturba emocionalmente a sus hijos, alterando su funcionamiento. Cada líder se reprodujo, en adelante, por partenogénesis o por mitosis, transmitiendo el propio conocimiento como única alternativa. En tales condiciones, las ideas no se amalgaman, las actitudes se tornan rígidas y los enfoques terapéuticos se convierten en pautas provenientes de una figura parental única. No se encuentra disponible otro polo para buscar la fusión reconfortante o la alternativa vivificante. Sin embargo, no transcurrió mucho tiempo hasta que llegara la reconciliación entre los doctores Lizarazo y Socarrás, junto con la necesidad de reparar, aprender de la experiencia y continuar la tarea hacia una nueva oportunidad para buscar la unión.

No todos los grupos analíticos han sufrido escisiones, pero todos los analistas conocen el fenómeno, a través de lo que ocurre con algunos grupos de estudio que terminan formando 'escuelas' alrededor de un único líder o autor. La lucha por el poder, o por la preponderancia teórica, complementan el cuadro de la transmisión regulada y hegemónica de las ideas, propio de las organizaciones religiosas (Gay, 1988).

El proceso que llevó a la reintegración, a través de la IPA y de sus instituciones internacionales y locales, tuvo sentido en la medida en que se experimentó como una oportunidad para interactuar con todos los colegas y participar activamente en el desarrollo del Psicoanálisis, científica, organizacional y educacionalmente.

4. Restitución y reconstrucción

Las sociedades que se han dividido por una situación de violencia prolongada, generalmente por razones políticas, requieren de una reconstrucción ardua y paciente, a cargo de conductores con reconocida fortaleza emocional e intelectual, habida cuenta de lo desafiante y desgastante del proceso.

La violencia que se suscitó durante la crisis institucional fue intensa, pero pasajera. Las consecuencias, concretamente la escisión, se prolongó excesivamente en el tiempo, debido a que las circunstancias internas de las entidades envueltas no permitió la pronta restitución. La separación de la Asociación del resto de la comunidad psicoanalítica se perpetuó y las consecuencias fueron inevitables: ambigüedad, incertidumbre, desorganización, confusión, aislamiento y, en varios casos, deserción. Las ventajas del aislamiento, no tan 'espléndido', fueron pocas. Quizás, en el campo científico hubiesen sido mayores si una nueva corriente conceptual o técnica se hubiera estimulado y concretado.

Así las cosas, la Asociación no sólo sintió la necesidad de una reparación, sino también la de una reconstrucción, bajo la tutoría de la IPA, entidad con la suficiente

capacidad para conducir el proceso. Se aceptaron las nuevas realidades, con sujeción a principios básicos, estricta supervisión de casos, revisión teórica y conceptual, reorganización administrativa y educacional. El caso fue diagnosticado como 'grupo con anomalía histórica', y el tratamiento duró 17 años, contabilizado desde los primeros contactos oficiales hasta el reconocimiento como Sociedad Provisional. Una terapia prolongada para estimular la motivación, resolver los conflictos, restablecer los vínculos, sanar las heridas, e integrar y cohesionar la estructura fundamental.

En verdad, para los grupos que han tenido estos desarrollos peculiares, más que los diálogos terapéuticos o las interpretaciones psicoanalíticas, es útil el acompañamiento respetuoso, la comprensión empática, el trabajo sobre el funcionamiento grupal y la ayuda para apaciguar las tensiones interpersonales con un compromiso serio y constructivo (Lord Alderdice, 2010).

5. Nuevas perspectivas

Hay un interés creciente en que la Teoría psicoanalítica resulte congruente con las teorías modernas sobre información y sistemas, así como con los conocimientos biológicos y neurofisiológicos de nuestra época.

En realidad, los cambios tecnológicos logrados durante la evolución de la sociedad se reflejan en el contexto psicoanalítico. El primer paradigma fue el mecánico, basado en las máquinas de trabajo, utilizado por Freud para explicar el aparato psíquico y el concepto de energía libidinal. Representaba una expansión del sistema neuro-esquelético-muscular. El segundo paradigma tuvo su expresión más evidente después de la Segunda Guerra Mundial, y se relacionó con las máquinas de información o computadoras, más con la electrónica que con la tecnología de trabajo. Representó una expansión del sistema nervioso hacia el ambiente, una concepción analítica basada en la relación objetal o interpersonal y un enfoque clínico hacia patologías que requerían una técnica interactiva (comunicación e información). El tercer paradigma, presente en el siglo XXI, tomó como modelo la vida 'orgánica', va más allá de la misma tecnología electrónica e incluye la creación de un ambiente organizado sinápticamente, al igual que el sistema nervioso central. El concepto es de Orden y Organización. En el contexto terapéutico, el objetivo es el de elucidar y ensanchar la consciencia, de la forma personal e idiosincrásica en que el paciente estructura sus interacciones con sus circunstancias.

Cada modalidad paradigmática afecta no sólo la teoría, sino también el concepto que se tiene del paciente y del tratamiento. Esta visión transformacional del Psicoanálisis en su propio tiempo y espacio se ajusta a la concepción estructuralista (totalidad, equifinalidad, transformación), llamada también 'perspectivista u 'organísmica' por Levenson (1978). El individuo, considerado como estructura, es capaz de transformarse a sí mismo, transformado su contexto y creando nuevas estructuras, es decir imponiéndole su propia organización a la experiencia. Esta organización idiosincrásica coincide con la estructura social a la que pertenece y refleja, además, sus potenciali-

dades biológicas. En la terapia, significa que, analista y analizando, deben advertir los campos estructurales en que se encuentran atrapados e inmersos, así como atender el proceso interaccional creado por los dos. Cualquiera que sea el contenido de las sesiones, existe una metacomunicación entre terapeuta y paciente. El énfasis no está, tan sólo, en la comunicación, sino también en el hecho de que es imposible no participar. Toda comunicación, en cualquiera de sus formas, es una participación. Transferencia y Contratransferencia se convierten en respuestas transaccionales.

El analista debe observar cómo en su mutua participación, el analizando busca transformarlo, a fin de que la relación sea isomórfica con otras ya familiares. La interpretación varía también según el paradigma. Va desde el insight intrapsíquico a la información interpersonal en el aquí y ahora y, luego, a la conscientización de la experiencia interpersonal.

Lo interesante de este último paradigma, relacionado con la tecnología del holograma, es que incluye el concepto de totalidad indivisible, el cual permite entender mejor la fase a la que ha llegado la Asociación Psicoanalítica Colombiana. Dada la circunstancia del funcionamiento social contemporáneo, era imposible que la Asociación no buscara la interacción con las otras agremiaciones psicoanalíticas, así como era imposible que este proceso no derivara en la creación de una Federación.

En efecto, la actual Federación Psicoanalítica Colombiana, resultado de la inevitable interacción, integra las tres Sociedades Componentes de la IPA: La Sociedad Colombiana de Psicoanálisis, la Sociedad Psicoanalítica Freudiana de Colombia y la Asociación Psicoanalítica Colombiana. Esta nueva entidad propicia la participación global de todos los analistas y permite su interconexión científica. Siguiendo el paradigma holográfico, podría decirse que recibe la luz del Psicoanálisis y proyecta su imagen en tres dimensiones; pero al igual que todo objeto grande, no es otra cosa que un conjunto de puntos, lo cual permite la observación desde ángulos diferentes que confluyen. Se trata de una imagen más completa e integrada que evoca la sensación de totalidad y transmite, entre los asociados, la satisfacción de un logro evolutivo.

Referencias bibliográficas

- Abraham, K. (1911). *Psicoanálisis de la Melancolía*. Buenos Aires: Biblioteca de Psicoanálisis, 1948
- _____ (1926). *Psicoanálisis Clínico*. Buenos Aires: Hormé, 1959.
- Adler, A. (1985). *Borderline Psychopathology and Its Treatment*. New York: Jason Aronson.
- Ahumada, J.L. (1994). *Toward an epistemology of clinical psychoanalysis*. In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 45, 2: 507-529.
- Alexander, F. (1930). *The neurotic character*. In *International Journal of Psycho-Analysis*, 11:292-311
- Alexander, F.; French, T. M. (1946). *Terapéutica Psicoanalítica. Principios y Aplicación*. Buenos Aires: Paidós, 1.956
- Álvarez, A. (1997a). *Psicoterapia psicoanalítica*. En *Psicoanálisis* (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana), 9, 1: 16-54.
- _____ (1997b). *Analizabilidad*. En *Psicoanálisis* (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana), 9, 1:55-64
- Álvarez, B. (1974). *Acerca de la interpretación como una proposición científica*. En *Revista de Psicoanálisis*. Buenos Aires: 31, 794-807
- Arlow, J. A. (1988). *The future of Psychoanalysis*. In *Psychoanalytic Quarterly*. 57: 1-14.
- Arlow, J.A.; Brenner, Ch. (1964). *Psychoanalysis Concepts and the Structural Theory*. New York: International Universities Press.
- _____ (1969). *The psychopatology of the psychosis: A proposed revision*. In *International Journal of Psycho-Analysis*, 50, I: 7-12
- Aron, L (2006). *Analytic impasse and the third: clinical implications of intersubjectivity theory*. In *International Journal of Psycho-Analysis*, 87: 349-68.
- Assoun, P.L. (1981). *Introducción a la Epistemología Freudiana* (7ª edición). Madrid: Siglo XXI
- Azouri, C. (1992). *El Psicoanálisis*. Madrid: Acento, 1995.
- Balint, M. (1979). *La Falta Básica*. Buenos Aires: Paidós, 1982.
- Ballesteros, G. (1991). *Sobre la capacidad de contener del analista*. En *Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis*, 16, 3: 250-273.
- Barlow, D.H. (1981). *On the relation of clinical research to clinical practice: Current issues. New directions*. In *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49:142-155.
- Basaglia, F. (1968). *La Institución Negada*. Barcelona: Barral, 1970.
- Bateson, G. et al. (1956). *Toward theory of Schizophrenia*. In *Behavioral Science*, 1:251-264.

- _____ (1979). *Espíritu y Naturaleza*. Buenos Aires: Amorrortu, 1982.
- Bergmann, M.S. (1997). *Las raíces históricas de la ortodoxia psicoanalítica*. En *Libro Anual de Psicoanálisis*, 13: 35-51.
- Benedict, R. (1934). *El Hombre y la Cultura*. Buenos Aires: Suramericana, 1939.
- Bethelheim, B. (1967) *La Fortaleza Vacía. El Autismo infantil y el nacimiento del sí mismo*. Barcelona: Laia, 1972.
- Bibring, E. (1953). *The mechanism of depression*. En Greenacre P. ed.: *Affective Disorders*. New York: International Universities Press.
- Bion, W.R. (1961). *Experiencias en Grupos*. Buenos Aires: Paidós, 1979
- _____ (1963 a). *Elementos de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1966.
- _____ (1963b). *Aprendiendo de la Experiencia*. Buenos Aires: Paidós, 1966.
- _____ (1970). *Atención e Interpretación*. Buenos Aires: Paidós. 1974.
- Bleuler, E. P. (1911). *Demencia Precoz, o el Grupo de las Esquizofrenias*. Buenos Aires: Hormè, 1.960
- Bohr, N. (1958). *Atomic Physics and Human Knowledge*. New York: Jhon Wiley and Sons.
- Bowlby, J. (1969). *El Vínculo Afectivo y la Separación Afectiva*. Buenos Aires: Paidós, 1.974.
- Boyer, L.B. (1971). *Psychoanalytic technique in the Treatment of certain schizophrenic Disorders*. En *International Journal of Psychoanalysis*, 52,1 :67-72.
- Bucci, W. (1997). *Psychoanalysis and Cognitive Science*. New York: International Universities Press.
- Bunge, M. (1975). *La Ciencia, su Método y su Filosofía*. Buenos Aires: Siglo Veinte.
- Bychowski, G. (1952). *Psychotherapy of Psychosis*. New York: Grune y Stratton.
- Carrascal, A.V. (2010). Transferencia, Vínculo y Alteridad en el proceso psicoanalítico. En *Psicoanálisis* (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana), 22, 2: 45-49.
- Chessick, R. (1979). A practical approach to the psychotherapy of the borderline patient. In *American Journal of Psychotherapy*, 33, 4: 546-551.
- Cooper, A.M. (1987). Changes in psychoanalytic ideas. In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 35: 77-98.
- Cooper, D. (1967). *Psiquiatría y Antipsiquiatría*. Buenos Aires: Paidós, 1971.
- Couch, A. (1995). La técnica psicoanalítica de Anna Freud en adultos: Una defensa del Análisis Clásico. In *International Journal of Psycho-Analysis*, 76: 103-119.
- Danielian, J. (1985). *The negative therapeutic reaction: Crisis of practice or crisis of theory?*. In *American Journal of Psychoanalysis*, 16: 431-450.
- Deutsch, H. (1942). *Algunas formas de Trastorno emocional y su relación con la Esquizofrenia*. En *Revista de Psicoanálisis*. Buenos Aires: 35, 413-431.
- Dezubiría, R. (1997). El caso Anna O. y los orígenes del En. *Psicoanálisis* (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana), 9, 2: 13-49.
- Diazgranados, D. (1990). *Coincidencias entre las diversas concepciones psicoanalíticas*. En *Psicoanálisis* (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana), 5, 2: 89-110.
- Dorpat, T.; Miller, M. (1992). *Clinical Interaction and the Analysis of Meaning*. Hillsdale, N.J: Analytic Press.
- Dunaif, S.L.; Hock, P.H. (1955). *Pseudopsychopathic Schizophrenia*. En P.H. Hock; J. Zubin, eds.: *Psychiatry and the Law*. New York: Grune & Stratton.
- Dupont, J (1988), *Ed. The Clinical Diary of Sándor Ferenczi*. Cambridge, MA: Harvard Universities Press.
- Eagle, M. N. (1984). *Desarrollos Contemporáneos Recientes en Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1.988.
- Edelman, G. (1989). *The Remembered Present*. New York: Basic Books.

- Edelson, M. (1988). *Psychoanalysis: A Theory in Crisis*. Chicago: University of Chicago Press.
- Eissler, K.R. (1953). *The effect of the structure of ego on psychoanalytic technique*. In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1: 104-143.
- Erikson, E.H (1950). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Paidós, 1959.
- _____ (1959). *Identity and the life cycle*. In *Psychological Issues. Monograph 1*. New York: International University Press.
- _____ (1968). *Identidad. Juventud y Crisis*. Madrid: Taurus, 1980.
- Etchegoyen, R.H. (1986). *Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Fairbairn, W.R.D. (1952). *Estudio Psicoanalítico de la Personalidad*. Buenos Aires: Hormé, 1.962.
- Federn, P. (1952). *Ego Psychology and Psychosis*. E. Weiss, ed. New York: Basic Books.
- Feldman, M. (1997). *Projective identification: the analyst's involvement*. In *International Journal of Psychoanalysis*. 78: 227-241.
- Fenichel, O. (1941). *Problemas de técnica Psicoanalítica*. México: Pax, 1960.
- _____ (1945). *Teoría Psicoanalítica de las Neurosis*. Buenos Aires: Paidós, 1.964.
- Ferenczi, S. (1913). *To whom does one relate one's dreams?* In *Further Contributions to the Theory and Technique of Psychoanalysis*. Trans. J. I. Suttie et al. London : Hogarth, 1950.
- Firestein, S. (1978). *Termination in Psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment Theory and Psychoanalysis*. New York: Other Press.
- Fonagy, P.; Target, M. (2003). *Psychoanalytic Theories: Perspectives from developmental psychopathology*. New York: Brunner-Routledge
- Freud, A. (1936). *El Yo y los Mecanismos de Defensa*. Buenos Aires: Paidós, 1.949
- _____ (1923-50). *The Writings of Anna Freud (7 vols.)* New York: International Universities Press, 1968.
- Freud, S. (1893-95). Estudios sobre la histeria (Breuer y Freud). *Obras Completas*. Buenos Aires: Amorrortu, 1988, 1. (1895). *Historiales Clínicos, O. C., 2*
- _____ (1895). Proyecto de Psicología. *O.C.*, Buenos Aires: Amorrortu, 1988, 1
- _____ (1898). La Sexualidad en la etiología de las Neurosis. *O.C.*, Buenos Aires: Amorrortu, 1988, 3.
- _____ (1900). La interpretación de los sueños. *O.C.* Buenos Aires: Amorrortu, 1988, 4.
- _____ (1904). El método psicoanalítico de Freud, *O. C., 7*
- _____ (1905). Fragmento de análisis de un caso de histeria, *O.C.*, Buenos Aires: Amorrortu, 1988, 7.
- _____ (1908). Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad. Buenos Aires: Amorrortu, 1988, *O.C.*, 9.
- _____ (1908). Carácter y erotismo anal. *O. C.*, Buenos Aires: Amorrortu, 1988, 9.
- _____ (1909 a). Análisis de la fobia de un niño de cinco años. *O.C.*, Buenos Aires: Amorrortu, 1988, 10
- _____ (1909 b). A propósito de un caso de neurosis obsesiva, *O.C.*, Buenos Aires: Amorrortu, 1988, 10
- _____ (1910a). Sobre un tipo particular de elección de objeto en el hombre (Contribuciones a la psicología del amor, I). *O. C.*, 11
- _____ (1910b). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia descrito autobiográficamente *O.C.*, Buenos Aires: Amorrortu, 1988, 12.
- _____ (1911). Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. *O. C.*, 12.
- _____ (1912a). Sobre la dinámica de la Transferencia. *O.C.*, Buenos Aires: Amorrortu, 1988, 12.

- _____ (1912b). *Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico*. O.C. Buenos Aires: Amorrortu, 1988, 14
- _____ (1914a). *La Introducción al narcisismo*. O.C., Buenos Aires: Amorrortu, 1988, 14.
- _____ (1914b). *Recordar, repetir y reelaborar*. O.C., Buenos Aires: Amorrortu, 1988, 12
- _____ (1915a). *Puntualizaciones sobre el amor de Transferencia*. O.C., Buenos Aires: Amorrortu, 1988, 12
- _____ (1915b). *Trabajos sobre Metapsicología*, O. C., 14.
- _____ (1916). *La transferencia*. En conferencias de Introducción al Psicoanálisis. O. C., 16.
- _____ (1917). *Duelo y Melancolía*. O.C., Buenos Aires: Amorrortu, 1988, 17.
- _____ (1918). *De la historia de una neurosis infantil*. O.C., Buenos Aires: Amorrortu, 1988, 17.
- _____ (1920). *Más allá del principio del placer*. O. C., Buenos Aires: Amorrortu, 1988, 18.
- _____ (1921). *Psicología de las masas y análisis del Yo*. O.C., Buenos Aires: Amorrortu, 1988, 18.
- _____ (1923). *El yo y el ello*. O.C., 19.
- _____ (1924). *Neurosis y Psicosis*. O.C., 19.
- _____ (1926). *Inhibición, síntoma y angustia*. O.C., 20.
- _____ (1927). *Epilogo ¿Pueden los legos ejercer el análisis?* O. C., 20.
- _____ (1933). *Nuevas conferencias de introducción al psicoanálisis*. O. C., 22
- _____ (1940). *La escisión del yo en el proceso defensivo*. O. C., 23
- Fromm, E. (1941). *El Miedo a la Libertad*. Buenos Aires: Paidós, 1.962.
- Fromm-Reichmann, F. (1959) *La Psicoterapia y el Psicoanálisis*. Buenos Aires: Hormé, 1.962.
- Frosch, J. (1964) *The psychotic character: clinical psychiatric considerations*. In *Psychiatric Quarterly*, 38:81-96.
- Gabbard, G. O. (2004). *What is a “good enough” termination?* In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 1:2-6, 2009.
- _____. (2005). *Psychodynamic psychiatry in Clinical Practice* (4ª edition). Washington, D. C.: American Psychiatric Press.
- _____. (2009). *La acción de la terapia psicoanalítica en el Trastorno Límite de la Personalidad*. En *Memorias del Simposio Internacional de Actualizaciones en Psiquiatría*. Instituto Colombiano del Sistema Nervioso (Clínica Montserrat) – Universidad El Bosque, Bogotá, 161-174, 2010.
- Gamarra, B. (1996). *Estudio sobre los núcleos autistas en un paciente fronterizo*. En *Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis*, 21, 3-4: 228-240.
- García, H. (1977). *Psicoterapia de Psicóticos*. En *Psicoanálisis* (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana), 1, 2: 17-20.
- García-Badaracco, J.E. (1989). *Comunidad Terapéutica Psicoanalítica de Estructura Multifamiliar*. Madrid: Tecnipublicaciones, S.A.
- Gardner, M.R. (1983). *Self Inquiry*. Hillsdale, N.J: Analytic Press.
- Garza-Guerrero, C. (2006). *Crisis Organizacional y Educativa del Psicoanálisis*. México: Editores de Textos Mexicanos.
- Gay, P. (1988). *Freud. A Life our Time*. New York-London: Norton.
- Geist, R.A. (1989). *Self psychological reflection on the origins of Eating Disorder*. In *Journal American Academy of Psychoanalysis*. 17: 5-27.
- Gedo, J. (1979). *Beyond Interpretation*. New York: International Universities Press.
- _____ (1995). *Reflections on metapsychology, theoretical coherence, hermeneutics and biology*. In *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 45, 3: 780-806.
- _____ (1999). *The Evolution of psychoanalysis*. New York: Other Press.

- Gedo, J.; Goldberg, A. (1973). *Modelos de la Mente*. Buenos Aires: Amorrortu, 1.980.
- Gedo, J.; Pollock, G. (1976). *The Fusion of Science and Humanism*. In *Psychological Issues, Monograph 34*
- Gill, M.M. (1954). *El Psicoanálisis y la psicoterapia exploratoria*. En *Aportaciones a la Teoría Psicoanalítica*. México: Pax, 211-236.
- _____ (1976). *Psychology versus Metapsychological*, ed. M. Gill; P. Holzman. In *Psychological Issues, Monograph 36*: 71-105. New York: International Universities Press.
- _____ (1982). *Analysis of Transference*. In *Psychological Issues, Monograph 36*, 71-10. New York: International Universities Press.
- Giovacchini, P. L. (1989). *Countertransference Triumphs and Catastrophes*. Northvale, N. J.: Jason Aronson.
- Gitelson, M. (1962). *The curative factors in psychoanalysis*. In *International Journal of Psycho-Analysis*, 43: 194-205.
- Glover, E. (1955). *The Technique of Psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Goffman, I. (1962). *Asylums*. New York: Doubleday.
- Goldberg, A. (1995). *The Problem of Perversion*. New Haven, CT: Yale University Press.
- González, M. (1983). *Prácticas Psiquiátricas Institucionales*. Bogotá: Guadalupe.
- _____ (1993). *La Cohesión del Self: Meta terapéutica de un Nuevo Enfoque en Psicoanálisis*. Bogotá: Guadalupe.
- _____ (1996). *Un Síntoma, una vida. El hecho clínico en Psicoanálisis*. En *Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis*, 21,1:67-77.
- _____ (2003). *Psicoanálisis del Trauma. Fundamentos Teóricos, Clínicos y Terapéuticos*. Bogotá: Guadalupe.
- _____ (2009a). *Conceptos básicos sobre algunos elementos terapéuticos del Psicoanálisis*. En *Psicoanálisis (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana)*, 21, 1: 45-50.
- _____ (2009b). *El Hombre de las Ratas: Su valor epistémico cien años después*. En *Psicoanálisis (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana)*, 21, 1:64-73.
- _____ (2010). *Alteridad, Vínculo y Transferencia: Su interconexión dinámica en Psicoanálisis*. En *Psicoanálisis (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana)*, 22, 2: 39-44.
- González, M.; Márquez, J.A.; Niño, M.V., Nuñez, L.S.; Orejuela, L.; di Ruggiero, I. (2006). *Consenso clínico sobre la cura psicoanalítica del síntoma*. En *Psicoanálisis (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana)*, 17,2: 9-91.
- Greenberg, J.; Mitchell, S. (1983). *Object Relations in Psychoanalytic Theory*. Cambridge, M.A.: Harvard University Press.
- Greenson, R. (1967) *Técnica y Práctica del Psicoanálisis*. México: Siglo XXI, 1976.
- Grinker, R.R.; Werble, B.; Drye, R.G. (1968). *The Borderline Syndrome*. New York: Basic Books.
- Grossman, W. (1995) *Psychoanalysis as science: Discussion*. *Journal of the American Psychoanalysis Association*, 4: 1004-1014.
- Grotstein, J. (1981). *Identificación Proyectiva y Escisión*. México: Gedisa, 1983.
- Grünbaum, A. (1984). *The Foundations of Psychoanalysis*. Berkeley: University of California Press.
- _____ (1993). *Validation in the Clinical theory of Psychoanalysis: And study in the philosophy of psychoanalysis*. Madison, CT: International Universities Press.
- Guntrip, H. (1961). *Estructura de la Personalidad e Interacción Humana*. Buenos Aires: Paidós, 1965.
- Habermas, J. (1968). *Knowledge and Human Interests*. Boston: Beacon Press, 1971.
- Hartmann, H. (1939). *La Psicología del Yo y el Problema de la Adaptación*. México: Pax, 1960.
- _____ (1964). *Ensayos sobre la Psicología del Yo*. México: Fondo de Cultura Económica, 1969.

- Hartmann, H.; Kris, E.; Loewenstein, R. (1946). Comments on the formation of psychic structure. In *Paper on Psychoanalytic Psychology. Psychological Issues. Monograph 14* : 27-55. New York: International Universities Press.
- Hochmann J. (1971). *Hacia una Psiquiatría Comunitaria*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Hock, P. H., Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia: In *Psychiatric Quarterly*, 23: 248-253.
- Hock, D. (1959). *Psychoanalysis. Scientific Method and Philosophy*. New York: International Universities Press.
- Horney, K. (1937). *La Personalidad Neurótica de Nuestro Tiempo*. Barcelona: Planeta-Agostini, 1985.
- Home, H. J. (1966). The concept of mind. In *International Journal of Psychoanalysis*, 47: 42-49.
- Ivey, G. (2009) Controversias sobre la actuación ("enactment"): una revisión crítica sobre los debates actuales. En *Libro Anual de Psicoanálisis*, 24:27-42.
- Jacobs, T. (1986). On countertransference enactments. In *Journal American Psychoanalytic Association*, 34: 289-295.
- Jacobson, E. (1964). *El Self (sí mismo) y el Mundo Objetal*. Buenos Aires: Beta, 1-969.
- Jiménez, J.P. (2004). Validez y Validación del método psicoanalítico. En *Revista Chilena de Psicoanálisis*, 21, 2: 176-189.
- Jones, E. (1953, 1955, 1957). *Vida y Obra de Sigmund Freud*. (Vols. I, II y III). Buenos Aires: Beta.
- Jones, M. (1953). *La Comunidad Terapéutica*. Buenos Aires: Paidós, 1.964.
- Jordán, J. F. (1992). La Transferencia: ¿Distorsión o Conjetura plausible? En *Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis*, 20, 4: 470-482.
- Jung, C. G. (1911). *Transformaciones y símbolos de la libido*. Buenos Aires: Paidós, 1952.
- Kächele, H. (1997). Investigación del proceso psicoanalítico. De la investigación clínica a la investigación básica (Versión en español de J.C. Belalcazar). En *Psicoanálisis* (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana), 2: 50-63.
- Kächele, H.; Thomä, H. (1993). Psychoanalytic process research: methods and achievements. In *Journal American Psychoanalytic Association*, 4: 109-129.
- Kanner, L. (1944). *Child Psychiatry* (3a edición). Springfield, ILL: Charles C. Thomas, 1.957.
- Kardiner, A. (1945). *Fronteras Psicológicas de la Sociedad*. México: Fondo de Cultura Económica, 1955.
- Kernberg, O.F. (1968). The treatment of patient with borderline personality organization. In *International Journal of psychoanalysis*, 49: 600-619.
- _____ (1975). *Desórdenes Fronterizos y Narcicismo Patológico*. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- _____ (1991). The moral dimensions of leadership. In S. Tuff (Ed.) *Psychoanalytic Group theory and therapy: Essays in Honor of Saul Scheidlinger*, 87-112. New York. International Universities Press.
- _____ (1993). Convergencias y divergencias en la técnica psicoanalítica contemporánea. In *International Journal of Psycho-Analysis*, 74:659-673.
- _____ (1995). Tratamiento psicoterapéutico para los pacientes con trastornos limítrofes de la Personalidad. En *Memoria del V Simposio Internacional de Actualización en Psiquiatría*, Instituto Colombiano del Sistema Nervioso-Universidad El Bosque. Bogotá: 1997:17-72,
- Klein, G. S. (1976). *Psicología del Yo*. En *Psicoanálisis*. Enciclopedia Internacional de Ciencias Sociales, 8: 627-634. Madrid: Aguilar.
- Klein, M. (1932). *El Psicoanálisis de Niños*. Buenos Aires: Paidós, 1974.
- _____ (1946). *Desarrollos en Psicoanálisis*. (En Col. con P. Heimann, S. Isaacs y J.Riviére. Buenos Aires: Paidós, 1.962.

- Knight, R. P. (1952). *An evaluation of psychotherapeutic techniques*. In *Psychoanalytic Psychiatry and Psychology*, R. P. Knight; C. R. Friedman.ed. New York: International Universities Press, 1954: 52-64.
- _____ (1953). *Borderline States*. Bulletin Menninger Clinic, 17:1-12
- Kohut, H. (1950-78). *The Search for the Self: Selected Writings of Heinz Kohut*. Ed. P. H. Ornstein, 2 vols. New York: International Universities Press, 1.979.
- _____ (1959) *Introspection, empathy and psychoanalysis*. In *The Search for the Self*, 12.
- _____ (1966). *Forms and transformations of narcissism*. In *The Search for the Self*, 32.
- _____ (1968). *The psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders: Outline of a systematic approach*. In *The Search for the Self*, 34.
- _____ (1971). *Análisis del Self* Buenos Aires: Amorrortu, 1.977.
- _____ (1977). *La Restauración del Sí mismo*. Barcelona: Paidós, 1.980.
- _____ (1982). *Introspection, empathy and the semicircle of mental health*. In *International Journal of Psycho-Analysis*, 63: 395-408.
- _____ (1984). *¿Cómo Cura el Análisis?*. Buenos Aires: Paidós, 1986.
- _____ (1985). *Self Psychology and the Humanities*. Ed. C.B.Strozier. New York-London: Norton.
- Kris, E. (1951). *Ego psychology and interpretation in psychoanalytic therapy*. In *Psychoanalytic Quarterly*, 20: 15-30.
- Kubie, L. S. (1952). *Validación y progreso del Psicoanálisis*. En Hilgard, E. R.; Kubie, L. S.; Punpian-Midlin, E. eds. *El Psicoanálisis como ciencia*. México: Nuevo Mundo, S.A., 1.960.
- Kuhn, T.S. (1962). *La Estructura de las Revoluciones Científicas*. México: Fondo de Cultura Económica, 1.986.
- Kumin, I. M. (1987). *Developmental aspects of opposites and paradox*. In *International Review of Psychoanalysis*. 5:477-484.
- Lacan, J. (1966). *Escritos*. México: Siglo XXI, 1984 (10ª ed.)
- _____ (1975). *De la Psicosis paranoide en sus relaciones con la Personalidad*. México: Siglo XXI, 1.976.
- Laing, R. D. (1960). *The Divided Self: a Study of Sanity and Madness*. Chicago: Quadrangle Books.
- Lagache, D. (1951). *La Teoría de la Transferencia*. Buenos Aires: Nueva Visión, 1.980.
- Laverde, E. (1997). *Investigación en Psicoanálisis*. En *Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis*. 22, 4: 467-474.
- _____ (2000). *Nuevos métodos de Investigación en Psicoanálisis*. En *Psicoanálisis* (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana), 11,1: 32-40.
- Levenson, E. A. (1972). *Réquiem por el Psicoanálisis*. Barcelona: Kairos, 1.974.
- _____ (1975). *A holographic model of psychoanalytic change*. In *Contemporary Psychoanalysis*, 12, 1
- _____ (1978). *Two Essays in Psychoanalytical Psychology: I - Psychoanalysis: Cure or Persuasion?. II – General Systems theory: Model or Muddle?*. In *Contemporary Psychoanalysis*, 14, 1.
- Levin, F. (1991). *Mapping the Mind*. Hillsdale, N. J: Analytic Press.
- Le Doux, J. (2002). *Synaptic Self* New York: Viking Penguin.
- Lichtenberg, J. D. (1989). *Psychoanalysis and Motivation*. Hillsdale, N. J.: Analytic Press.
- Linton, R. (1945). *Cultura y Personalidad*. México: Fondo de Cultura Económica, 1945.
- Lizarazo, A. (1975). *Algunas apreciaciones y sugerencias relativas a nuestra Asociación*. En *Psicoanálisis* (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana), 1:9-15, 1977.

- _____ (1984-89). *Un Paciente Fronterizo* (cuatro comunicaciones sobre su tratamiento psicoanalítico). En *Psicoanálisis* (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana), 16: 153-249.
- Loewald, H. W. (1960). *On the therapeutic action of psychoanalysis*. In *International Journal of Psycho-Analysis*, 41: 16-33.
- Loewenstein, R. M. (1953). *Drives, Affects, Behavior*. New York: International Universities Press.
- Lord Alderdice, J. (2010). *Psicoanálisis, Democracia y construcción de la paz*. En *Psicoanálisis Internacional* (Revista de Actualidad de la IPA), 18:42-43
- Lyons-Ruth, K. (1999). *El inconsciente bipersonal: el diálogo intersubjetivo, la representación relacional actuada y la emergencia de nuevas formas de organización relacional* (versión en español de M. Esbert). In *Psychoanalytic Inquiry: A Topical Journal for Mental Health Professionals*, 19, 4: 576-617.
- Mackay, D. (1989). *Motivation and Explanation*. In *Psychological Issues*. Monograph 56. Madison CT: International Universities Press.
- Mahler, M.S. (1968). *Simbiosis Humana o Las Vicisitudes de la Individuación*. México: J. Ortiz 1.972.
- _____ (1971). *A Study of the Separation-Individuation application borderline phenomena in the psychoanalytic situation*. In *The Psychoanalytic Study of the Child*. New York: Quadrangle, 26: 403-424.
- Mahler, M.S.; Pine, F. (1977); Bergman, A. (1975). *El nacimiento psicológico del Infante Humano*. Buenos Aires: Marimar.
- Mannoni, M. (1976). *L'enfant, sa «maladie» et les autres*. Paris: Du Seuil.
- Marconi, J. (1964). *Una Teoría Estructural de las Psicosis*. Santiago de Chile: Universidad de Chile.
- Márquez, J.A. (1981). *Psicoterapia de los pacientes con Estados Fronterizos*. En *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 10, 4: 463-479.
- _____ (1990). *Bases comunes en Psicoanálisis* (Anotaciones sobre el tema oficial del 36° Congreso de la I.P.A.). En *Psicoanálisis* (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana). 5, 2: 111-120.
- _____ (2000). *Diferencia entre el Psicoanálisis y la Psicoterapia Dinámica*. En *Psicoanálisis* (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana), 11, 2: 7-15.
- Martínez, A. (1966). *Las psicoterapias*. En *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 1. 6: 330-339.
- Masson, J. M. (1984). *El Asalto a la Verdad*. Barcelona: Barral, 1.985.
- Masson, J. M. Ed. (1985). *The Complete Letters of Sigmund Freud to Wilhem Fliess, 1887-1904*. Cambridge - London: Harvard University Press.
- Masterson, J. (1976). *Psychotherapy of the Borderline Adult: A Development Approach*. New York: Brunner-Mazel.
- Mead, M. (1930). *Adolescencia y cultura en Samoa*. Buenos Aires: Paidós, 1961.
- Meissner, W. W. (1983). *Values in the psychoanalytic situation*. In *Psychoanalytic Inquiry*, 3:577-598
- Meltzer, D. (1967). *El Proceso Psicoanalítico*. Buenos Aires: Hormé, 1.968.
- Méndez, A. (2003). *Técnica de la Terminación en Análisis*. En *Psicoanálisis* (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana), 12, 1: 15-23.
- _____ (2005a). *Interpretación, insight y elaboración*. En *Psicoanálisis* (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana), 14, 1: 11-31.
- _____ (2005b). *Atención flotante e interpretación*. En *Psicoanálisis* (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana), 15, 2: 8-16.
- Menninger, K. A. (1958). *Teoría de la Técnica Psicoanalítica*. México: Pax, 1.960.

- Mitchell, S.A. (1988). *Conceptos Relacionales en Psicoanálisis*. México. Siglo XXI. 1.993.
- Modell, A. (1984). *El Psicoanálisis en un Contexto Nuevo*. Buenos Aires: Amorrourtu, 1.988.
- Money- Kyrle, R. (1956). *El Psicoanálisis y la Filosofía*. En *El Psicoanálisis y el Pensamiento Contemporáneo*. Buenos Aires: Paidós, 1.962.
- Morgenthau, H.; Person, E. (1978). *The roots of narcissism*. In *Partisan Review*. 45: 337-47.
- Nacht, S. (1959). *El Psicoanálisis*, Hoy. (2 Vols.) Barcelona: Luis Miracles, 1.959.
- Nagel, E. (1961). *The Structure of Science: Problems in the Logic of Scientific Exploration*. New York: Harcourt, Brace- World.
- Niño, M.V. (2009). *Análisis de la Fobia de un niño de cinco años (caso Juanito)... Cien años después de publicado*. En *Psicoanálisis* (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana), 21, 1: 143-153.
- Nosek, L. (2010). *Psicoanálisis y cultura, naturalmente*. En *Psicoanálisis Internacional* (Revista de Actualidad de la IPA), 18: 27-29.
- Nunberg, H. (1931). *Teoría General de las Neurosis*. Barcelona: Pubel, 1.950.
- Núñez, L.S. (2003). *El síntoma mental como una bifurcación en una Estructura disipativa*. En *Psicoanálisis* (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana). 15, 1: 41-62.
- Ogden, T. (1986). *The Matrix of the Mind*. Northvale, N. J: Jason Aronson.
- _____ (1992). *El sujeto dialécticamente constituido / descentrado del Psicoanálisis I. El sujeto Freudiano*. En *Libro Anual de Psicoanálisis*, 8: 99-108.
- Orejuela, L. (1998). *Acting out y Transferencia erotizada*. En *Psicoanálisis* (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana), 10, 1: 50-70.
- Polanyi, M. (1974). *Scientific Thought and Social Reality*. In *Psychological Issues, Monograph*, 32. Ed. F. Schwartz. New York: International Universities Press.
- Popper, K. R. (1962). *Conjeturas y Refutaciones*. Buenos Aires: Paidós, 1.983.
- _____ (1972). *Conocimiento Objetivo*. Madrid: Tecnos, 1.974.
- Racamier, P.C. (1970). *Le psychanalyste sans divan*. Paris: Bibliothèque Scientifique, Payot.
- Racher, H. (1960). *Estudios sobre Técnica Psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Rado, S. (1928). *The problem of melancholia*. In *International Journal of Psycho-Analysis*. 9: 420-438.
- _____ (1956). *Psicoanálisis de la Conducta*. Buenos Aires: Hormé, 1.962.
- Rangell, L. (1981). *Psychoanalysis and dynamic psychotherapy: Similarities and differences twenty-five-years later*. In *Psychoanalytic Quarterly*, 50: 665-693.
- Rank, O. (1924). *El Trauma de Nacimiento*. Buenos Aires: Paidós, 1961.
- Reich, W. (1933). *Análisis del Carácter*. Buenos Aires: Paidós, 1.957.
- Reik, T. (1928). *La significación psicológica del silencio*. En *Como se llega a ser Psicólogo*. Buenos Aires: En *Monografías. Revista de Psicoanálisis*, 73-88, 1.945.
- Reiser, M. (1984). *Mind, Brain, Body*. New York: Basic Books.
- Renik, O. (1993) *Countertransference enactment and the psychoanalytic process*. In *M. J. Horowitz, O. F. Kernberg & E. M. Weinschel. Ed. Psychic Structure and psychic change. Essays in honor of Robert S. Wallerstein, M. D. Madison: International Universities Press, 135-158*.
- Ricoeur, P. (1970). *Freud and Philosophy*. New Haven: Yale University Press.
- Romanowski, R. (2010). *Verdad/Hipótesis* (versión en español de I. L di Ruggiero). En *Psicoanálisis* (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana), 22, 1:69-77.
- Rosen, J. N. (1953). *Direct Analysis*. In *Selected Papers*. New York: Grune y Stratton.
- Rosenblatt, A.; Thickstun, J. (1977). *Modern Psychoanalytical concepts in a general psychology*. In *Psychoanalytic Issues*. Monograph 42/43. New York: International Universities Press.
- Rosenfeld, H. (1965). *Psychotic States. A Psychoanalytical Approach*. London: Karnac.

- Rubinstein, B. (1997). *Psychoanalysis and the Philosophy of Science*. In *Psychological Issues*, Monograph 62/63, Ed. R. Holt. Madison CT: International University Press.
- Rycroft, C. (1966). *Psychoanalysis Observed*. New York: Coward- Mc Cann.
- Sánchez- Medina, G. (1994). *Técnica y Clínica Psicoanalítica*. Bogotá: Centro Profesional Gráfico Ltda.
- Sandler, J. (1976). *Countertransference and role-responsiveness*. In *International Review of Psychoanalysis*, 3: 43-47.
- _____ (1980). *Character traits and object relationships*. In *Psychoanalytic Quarterly*, 50: 694-708.
- Sandler, J.; Sandler, A. M. (1983). The second censorship, the three. Box model and some technical implications. In *International Journal of Psychoanalysis*, 64:413-425.
- Schafer, R. (1976). *A New Language for Psychoanalysis*. New Haven: Yale University Press.
- _____ (1997). *Tradition and change in Psychoanalysis*. Madison, CT. International Universities Press.
- Schatzman, M. (1971). *Paranoia or Persecution: The case of Schreber*. In *Family Process*. 10, 2: 177-183.
- Schmideberg, M. (1959). *The Borderline patient*. Ed.S. Arieti. In *American Handbook of Psychiatry*, I, 21. New York: Basic Boock.
- Schreber, D.P. (1903). *Memoirs of My Nervous Illness*. Dawson, London, 1955.
- Schore, A. (1994). *Affect Regulation and the Origin of the Self*. Hillsdale, N. J.: Lawrence Erlbaum.
- Searles, H. F. (1965). *Collected papers on Schizophrenia and other Related Subjects*. London: The Hogarth Press.
- Sechehayé, M. A. (1947). *La Realización Simbólica*. Diario de una Esquizofrenica. México: Fondo de Cultura Económica, 1.958.
- Segal, H. (1964). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Buenos Aires: Paidós, 1.965.
- Sharpe, E. F. (1930). *The technique of psychoanalysis*. In *Collected Papers on Psycho-Analysis*, 5, 7: 9-106. London: Hogarth Press, 1.950.
- Spence, D. (1982). *Narrative Truth and Historical Truth*. New York: Norton.
- Spillius, E.B. (1988). *Melanie Klein Today. Developments in Theory and Practice*. London - New York: Routledge.
- Spitz, R. A.; Wolf, K. M (1946). *Analitic depression: An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood*. In *The Psychoanalytic study of the child*. 2: 313-325.
- Spitz, R. A. (1959). *La Formación del Yo*. Buenos Aires: Centro Editor de América Latina, S.A., 1.976.
- Steiner, J. (2006). *Interpretative enactments and the analytic setting*. In *Internatinal Journal of Psycho-Analysis*, 87: 315-320.
- Steiner, R. (1987). *A worldwide international trade mark of genuineness?* In *International Review Psychoanalysis*. 14: 33-102.
- Stern, A. (1938). *A Psychoanalytic investigation of therapy in the borderline group of Neurosis*. In *Psychoanalytic Quarterly*, 7: 467-475.
- Stern, D. N. (1985). *El Mundo Interpersonal del Infante*. Buenos Aires: Paidós, 1991.
- Stone, L. (1982). *The influence of the practice and theory of psychotherapy on education in psychoanalysis*. En F. D. Joseph; R. S. Wallerstein, eds. *Psychotherapy. Impact on Psychoanalytic Training*. 75-118. New York: International Universities Press.
- Stolorow, R. Atwood, G. (1990). *Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.

- _____ (1992). *Subjectivity and Self psychology: A personal odyssey*. En A. Goldberg. Hillsdale, *Progress in Self Psychology*, 8. Ed. N. J: Analytic Press.
- Strachey, S. (1934). *La Naturaleza de la acción terapéutica del Psicoanálisis*. En *Revista de Psicoanálisis*. Buenos Aires: 5: 951-983.
- Strenger, C. (1991). *Between Hermeneutics and Science. A essay on the Epistemology of Psychoanalysis*. Madison CT: International Universities Press.
- Sullivan, H. S. (1940). *Concepciones de la Psiquiatría Moderna*. Buenos Aires: Psique, 1.959.
- _____ (1962). *La Esquizofrenia como un Proceso Humano*. México: Herrero Hnos., Lucs., S. A., 1.964.
- Thomä, H., Kächele, H. (1988). *Teoría y Práctica del Psicoanálisis*. (2 vols.). Barcelona: Hormé, 1.989.
- Tosquelles, F. (1967). *Estructura y Reeducación Terapéutica*. Madrid: Fundamentos, 1.973.
- Tronick, E.; Adamson, I. (1980). *Babies as People*. New York: Collier.
- Tyson, R. L. (1986). *Countertransference evolution in theory and practice*. In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34:251-574.
- Val, E. R. (1982). *Self esteem, regulation and narcissism*. In *The Annual of Psychoanalysis*, 9: 221.
- Valenstein, E. S. (2005). *The War of the Soups and the Sparks: The Discovery of Neurotransmitters and the Dispute over how Nerves Communicate*. New York: Columbia University Press.
- Van Doren, C. (1991). *Breve historia del saber*. Barcelona: Planeta, 2006.
- Varga, M. (2006). A clinical approach to transforming enactment. In *Psychoanalytic Review*, 93: 411-435.
- Waldinger, R. (1987). *Intensive psychodynamic therapy with Borderline Patients: An Overview*. In *American Journal of Psychiatry*, 144, 3: 267-274.
- Wallerstein, R. S. (1986). *Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- _____ (1989). *Los Tratamientos Psicoanalíticos: Una Perspectiva Histórica*. Barcelona: Hogar del Libro, 1.991.
- _____ (1990). *Psychoanalysis: The common ground*. In *International Journal of Psychoanalysis*, 71: 3-20.
- _____ (1996). *Investigación Psicoanalítica: ¿En que discrepamos?* In *The Newsletter of The International Psychoanalytical Association* (Versión en español). 5, 1: 15-17.
- Weinshel, E. (1989). *Therapeutic technique in psychoanalysis and psychoanalytic psychotherapy*. In *American Journal of Psychoanalytic Association*, 40: 327-347.
- Weiss, J.; Sampson, H. (1986). *The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical, Observation and Empirical Research*. New York: Guilford Press.
- Winnicott, D. W. (1954). *Aspectos metapsicológicos y clínicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico*. En *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Laia, 1.979.
- _____ (1965). *El Proceso de Maduración en el Niño*. Barcelona: Laia, 1979.
- _____ (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa, 1.972.
- Wolf, E. (1980). *On the developmental, line of selfobject relations*. In *Advances in Self Psychology*, Ed. A. Goldberg, 117-132. New York. International Universities Press.
- Wynne, L. (1971). *Indicaciones y contraindicaciones de la terapia familiar exploratoria*. En *Interacción Familiar*. Buenos Aires: Tiempo Contemporáneo.
- Yamin, L. (1978). *Los Acuerdos en Psicoanálisis*. En *Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis*, 3: 51-67.

- _____ (1983). *La Transferencia, el silencio y la interpretación*. En *Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis*, 8, 2: 241-264.
- _____ (1989). *La Reversión de la perspectiva de Bion*. En *Revista de la Sociedad Colombiana de Psicoanálisis*, 14, 2: 213-224.
- Yildiz, I. (2008). *Sentimientos, Emociones, Pasiones y Síntomas. Estudios Psicoanalíticos y Explicación a un caso clínico*. Bogotá: Unibiblos.
- Zetzel, E. (1956). *El Proceso analítico*. En L. Grinberg et al. Ed. *Psicoanálisis en las Américas*. 69-80. Buenos Aires : Paidós, 1966.
- _____ (1970). *The capacity for Emotional Growth*. New York: International Universities Press.

Bibliografía complementaria

- Brenner, C. (1955) *Elementos Fundamentales de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Libros Básicos, 1958.
- Cooper, D. (1971) *La Muerte de la Familia*. Buenos Aires: Paidós, 1972.
- Ende, R.N. (1983) The prerepresentational Self and its affective core. In *Psychoanalytic Study of the Child*, 38:165-192.
- Eslava, M. (2000) El síntoma, un objeto en la relación transferencial. En *Psicoanálisis* (Revista de la Asociación Psicoanalítica Colombiana), 11, 1: 11-23.
- Fenichel, O. (1950) *The Selected Papers of Sándor Ferenczi*. New York: Basic Books.
- Firestein, S. (1982) The integration of Psychoanalysis and experimental science. In *A review International of Psychoanalysis*, 9:125-145
- Frosch, J. (1959). *Psicoterapia en las Psicosis*. Buenos Aires: Hormé, 1.962.
- Gabbard, G. O. (1977). Una reconsideración de la objetividad en el analista. En *Libro Anual de Psicoanálisis*, 13:23-34.
- Gardner, M.R. (1994). Revisión del libro: Validación en la teoría clínica del Psicoanálisis, por Adolf Grunbaum (1993). En *Scientia Poetica*, 1, 80-84.
- Gill, M.M. (1994). *Psychoanalysis in Transition*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
- Greenacre, P. (1959) Certain technical problems in the transference relationship. In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 7:484-502.
- Grotstein, J. (1994). Projective identification and countertransference: a brief commentary on their relationship. In *Contemporary Psychoanalytic*, 30: 578-592.
- Gunderson, J.G. (2001) *Borderline Personality Disorders: A clinical guide*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Home, H. J. (1950). *Neurosis and Human Growth*. New York: Norton.
- Jacobs, T. (1991). *The Use of the Self*. Madison, CT: International Universities Press.
- Jacobson, E. (1969). *Conflicto Psicótico y Realidad*. Buenos Aires: Proteo, 1970.

- Kardiner, A.; Karush, A.; Oversey, L. (1959). Estudio metodológico de la teoría freudiana (Versión en español de A. Martínez R.). In *The Journal of nervous and mental diseases*, 129: 1-4.
- Kernberg, O.F. (1977). *La Teoría de las Relaciones Objetales y el Psicoanálisis Clínico*. Buenos Aires: Paidós, 1.979.
- (1986). Institutional problems of psychoanalytic education. In *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 34: 799-834.
- Klein, M. (1952). The origins of transference. In *Writings*, 3: 48-56. London: Hogarth Press, 1.975.
- _____. (1961). *Relato del Psicoanálisis de un niño*. Buenos Aires: Paidós.
- Lacan, J. (1964). *Los Cuatro Conceptos Fundamentales del Psicoanálisis*. Barcelona: Barral, 1.977.
- Maslow, A. H. (1952). *Motivación y Personalidad*. Barcelona: Sagitario.
- Popper, K. R. (1983). *Realism and the aim of science*. Ed. W.W. Bartley; Totowa, N.J: Rowman and Littlefield.
- Rappaport, D. (1958). The theory of Ego Automy. In *Bulletin Menninger Clinic*, 22: 13-35.
- _____. (1967). *The Collected Papers of David Rappaport*. Ed. M. Gill. New York: Basic Books.
- Searles, H. F. (1979). *Countertransference and Related Subjects*. New York. International Universities Press.
- Shapiro, D. (1989) *Psychotherapy of neurotic character*. New York: Basic Books.
- Shapiro, T. (1993) On reminiscences. In *Journal of the American Psychoanalytic Association*. 42: 681-684.
- Shapiro, T.; Emde, R.N., eds. (1995) *Research in psychoanalysis: Process, development, outcome*. Madison-Connecticut: International Universities Press.
- Steiner, R. (1994). The tower of Babel or after Babel in contemporary psychoanalysis. In *International Journal of Psvcho-Analysis*, 75: 883-901.
- Stern, D. N. (2004). *The present moment in psychotherapy and everyday life*. New York: Norton.
- Stoller, R. J. (1991). *Dolor y Pasión*. Buenos Aires: Manantial, 1.998.
- Szasz, T. S. (1961). *The Myth of Mental illness*. New York: Harper & Row.
- Waelder, R. (1936). The Principle of multiple function. In *Psychoanalytic Quarterly*. 5: 45-62.
- _____. (1960). *Basic Theory of Psychoanalysis*, New York: International Universities Press.

Índice temático

A

Acting out: 22, 56, 117, 118, 136.

Actos fallidos: 1, 101.

Analista [Psico-]: XI, XII, XIII, 8, 9, 10, 11, 12, 17, 20, 24, 25, 26, 29, 30, 37, 39, 42, 47, 49, 70, 89, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 133, 135, 136, 137, 138, 140, 141, 142, 143, 144, 146.

Analizando (a, as) [analizado (a, as)]: XI, 10, 11, 17, 19, 20, 25, 26, 35, 49, 52, 91, 92, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 114, 115, 116, 121, 123, 128, 132, 133, 134,

135, 136, 137, 138, 141, 144, 146.

Angustia: 5, 7, 11, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 54, 55, 58, 63, 64, 71, 74, 75, 76, 79, 80, 81, 85, 87, 94, 105, 109, 110, 111, 120.

Ansiedad: 27, 28, 39, 41, 51, 54, 76, 79, 80, 109.

Arte: XI.

Asociación libre (de ideas): 99, 102, 108, 116, 121, 137.

Atención flotante: 95, 99, 125.

Autismo: 21, 22, 66, 89, 127, 128.

C

Catexis: 2, 55, 85, 127.

Censura: 2, 7, 96.

Ciencia: XI, XII, 14, 15, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 99, 131, 139, 140, 141.

Clínica, o, as, os: XI, XII, XIII, 10, 11, 26, 29, 30, 31, 32, 35, 36, 37, 39, 40, 41, 42, 51, 54, 59, 77, 83, 84, 87, 90, 91, 93, 96, 99, 102, 103, 116, 122, 123, 125, 128, 129, 131, 132, 134, 136, 137, 138, 139, 143, 145.

Compulsión: 17, 81, 82, 120, 126, 134, 136.

Consciente: 3, 76, 96, 103.

Contenido-contenido: 10, 22.

Contratransferencia: 97, 98, 109, 115, 116, 121, 123, 125, 127, 128, 130.

D

Delirio(s): 3, 27, 65, 67, 68, 69, 84, 89, 120, 121, 122.

Depresión: 71, 78, 82, 83, 85, 111, 122, 127.

Depresiva, posición: 11, 12, 73, 93.

E

Edipo, complejo de: 4, 5, 7, 8, 11, 27, 31.

Ello: 2, 6, 7, 8, 10, 15, 16, 17, 30, 41, 51, 55, 60, 78, 100, 104, 106, 124, 133.

Energía (psíquica): 2, 3.

Envidia: 11, 126.

Escisión (es): 45, 64, 65, 88, 99, 123, 135.

Escucha: 96, 99, 100, 137.

Esquizofrenia: 6, 52, 59, 67, 68, 69, 87, 89, 122, 129.

Esquizoparanoide, Posición: 11, 73, 105.

Estructura (s) psíquica (s): 12, 13, 104.

----- neurótica: 40, 42, 43, 45, 46, 48, 50, 51, 53, 64, 84, 100, 102, 103, 107, 110, 114, 128, 129, 135.

----- narcisista: 40, 42, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 64, 103, 111, 113, 114, 115, 116, 128, 129, 135.

----- fronteriza: 40, 42, 59, 60, 62, 64, 65, 66, 84, 103, 116, 120, 128, 129, 136.

----- (s) psicótica (s): 40, 41, 42, 66, 67, 68, 71, 74, 84, 121, 122, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 136.

F

Facultad: XI.

Falta básica: 10, 17.

Fantasía: 11, 13, 45, 81, 99, 107.

Fase Oral: 4, 11.

----- Anal: 4, 11.

----- Fálica: 4, 5, 11.

----- Genital: 4, 11.

Fase edípica: 21, 27.

Fenómeno (s) [--logía: --lógico]: 1, 2, 3, 7, 18, 30, 38, 39, 41, 42, 46, 52, 55, 72, 81, 92, 103, 127, 131, 132, 134, 137, 139, 144.

Fobia(s): 76, 79, 80, 87, 109, 120.

Forclusión: 69(nota).

Función alfa (α): 22.

Función beta (β): 22.

G

Gestalt: 23.

H

Histeria: 7, 76, 78, 79, 87, 108, 109, 110, 120.

Hermenéutica: 31, 32, 36, 132.

Holding: 10, 18, 18(nota), 117.

Hipocondría: 55, 80, 83, 84, 85, 122.

I

Identificación proyectiva: 11, 12, 20, 26, 61, 64, 123.

Imago: 22, 24, 25, 52, 54, 60, 90, 111.

Impulso (s): 2, 2(nota), 3, 11, 16, 28, 40.

Inconsciente: 1, 2, 3, 8, 10, 29, 45, 72, 75, 76, 96, 98, 99, 101, 104, 132.

Insight: 93, 95, 96, 103, 105, 127.

Instinto [s]: 3, 4, 9, 16, 17, 19, 54.

Introyección (es): 11, 12, 21, 62, 72.

L

Libido: 6, 13, 26, 51, 52, 53, 54, 55, 76, 104, 109, 115, 122, 135.

M

Masochismo: 17.

Metapsicología: 11, 30, 31, 32, 33, 92, 131, 132.

N

Narcisismo: 6, 16, 25, 28, 32, 52, 53, 54, 93.

Neurosis: 8, 12, 14, 15, 20, 27, 28, 31, 35, 39, 40, 46, 47, 51, 55, 59, 63, 75, 80, 81, 83, 84, 87, 91, 93, 104, 105, 110, 122, 135.

---- de Angustia: 75, 110.

----- fóbica: 7, 41, 79, 87, 109.

----- obsesiva: 7, 30, 80, 81, 82,

----- depresiva: 83.

----- de transferencia: 51, 104, 105.

----- maniaco-depresiva: 89, 90, 128.

P

Parámetro(s): 102, 103, 109, 117.

Paranoia: 67, 68, 69, 71, 89, 122, 128.

Personalidad histérica: 78.

Posición Esquizoparanoide: 11, 73, 105.

----- Depresiva: 11, 12, 73, 93.

Polineurosis: 87.

Preconsciente: 2, 3, 6.

Principio de Placer: 3, 5.

----- Realidad: 3, 5, 45.

Psicoanálisis: 1, 8, 9, 10, 11, 14, 22, 24, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 42, 52, 67, 69, 89, 91, 93, 95, 98, 103, 116, 119, 122, 125, 129, 131, 132, 137.

Psicopatología: XI, 1, 2, 7, 11, 13, 14, 16, 18, 20, 22, 24, 25, 31, 65, 39, 69, 70, 75, 82, 89, 91, 94, 103, 107, 126, 132, 133, 135.

Psicosis: 14, 19, 21, 22, 23, 27, 39, 52, 57, 59, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 74, 80, 85, 87, 89, 122, 125, 127, 129.

----- obsesiva: 82.

----- maniaco-depresiva: 73, 89, 90, 122, 129.

Psicoterapia, psicoterapéutica (o): 59, 67, 91, 101, 102, 116, 117, 118, 119, 122, 123, 124, 125, 128,

129, 138, 141.

Pulsión (es): 2, 3, 4, 6, 8, 11, 13, 17, 30, 40, 45, 75, 78, 82, 96, 103, 104, 107, 108, 109, 122.

----- (es) sexual (es): 3, 5, 27

----- de muerte: 6, 11.

----- de autoconservación: 3.

R

Regresión: 89, 94, 97, 100, 102, 103, 111, 124, 126, 127, 134.

Represión: 1, 2, 5, 6, 7, 8, 13, 14, 19, 41, 42, 44, 45, 50, 73, 75, 76, 77, 80, 87, 103, 108.

Reprimido (s): 1, 2, 7, 8, 10, 41, 56, 75, 78, 82.

Resistencia (s): 1, 8, 19, 92, 94, 95, 96, 99, 101, 104, 105, 106, 111, 116, 118, 120, 127, 133, 136, 138, 143.

Rêverie: 22, 22(nota),

S

Self: 10, 15, 17, 25, 26, 27, 28, 32, 33, 34, 35, 40, 41, 42, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 70, 73, 74, 81, 85, 86, 88, 90, 93, 95, 98, 100, 101, 102, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 120, 121, 122, 124, 125, 127, 128, 129, 134, 135, 136, 137.

Selfobject (s): 25, 26, 27, 42,

50, 53, 56, 60, 73, 74, 85, 86, 90, 95, 110, 112, 113, 114, 115, 116, 120, 127, 129, 137.

Sexualidad: 3, 4, 5, 6, 8, 10, 40, 41, 43, 48, 49, 51, 63, 65, 66, 68, 77, 87, 88, 92, 107.

Setting: XI.

Síntoma (s): 7, 8, 39, 75, 76, 78, 81, 82, 83, 87, 89, 92, 94, 104, 133.

Sueño (s): 1, 2, 3, 8, 13, 16, 20, 45, 83, 86, 99.

Superyó: 2, 6, 7, 8, 11, 14, 15, 17, 22, 27, 30, 31, 51, 55, 60, 61, 62, 78, 81, 100, 104, 106, 124.

T

Terapia, terapéutica (o), teapeuta: XI, XII, 6, 10, 12, 17, 22, 24(nota), 25, 27, 31, 32, 35, 36, 49, 52, 59, 67, 69, 76, 82, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 144, 145, 146.

Tópica [primera]: 2, 5, 6, 15, 18.

Transferencia: 1, 10, 11, 18, 24, 25, 26, 27, 28, 35, 51, 82, 92, 94, 95, 97, 98, 100, 101, 102, 104, 105, 106, 107, 108, 109,

111, 112, 113, 114, 115,
 116, 118, 119, 120, 121,
 122, 123, 124, 125, 127,
 128, 129, 134, 135, 136,
 137.
Trastorno de angustia: 75.
 ----- **de ansiedad:** 75,
 ----- **conversivo:** 78,
 ----- **obsesivo-compulsivo:**
 81, 87, 120.
 ----- **de la personalidad:** 40,
 46, 62, 78, 88.
 ----- **de conducta:** 15,
 ----- **distímico:** 83.
 ----- **(s) esquizoafectivo (s):**
 90.
Trastorno (s) fronterizo (s):
 27, 28, 39, 40, 83, 85,
 87, 89, 135.
 ----- **(s) límitefe(s):** 91, 115.

----- **(s) neurótico (s):** 112.
 ----- **(s) narcisista (s):** 31, 39,
 40, 83, 85, 86, 87, 91,
 101, 109, 114, 115, 135.
 ----- **de la personalidad:**
 25, 85,
 ----- **de la Conducta:** 85,
 86.
Trauma (s) [-tico (a)]: 1, 2,
 3, 42, 43, 45, 47, 48, 52,
 55, 57, 66, 73, 75, 86,
 89, 92, 93, 94, 95, 97,
 98, 102, 106, 110, 111,
 113, 114, 116, 120, 121,
 126, 128, 132, 133, 134,
 135, 136, 137, 138.

V

Vínculo (s): 28, 56, 70, 80,
 88, 95, 98, 114, 115,
 125, 126, 127, 128, 136.

Y

Yo: 2, 5, 6, 7, 10, 12, 13, 14,
 15, 16, 17, 18, 19, 21,
 23, 24, 27, 30, 35, 41,
 42, 51, 52, 55, 56, 58,
 60, 62, 63, 64, 70, 72,
 73, 76, 87, 88, 92, 93,
 94, 96, 98, 99, 100, 104,
 106, 111, 122, 123, 124,
 127, 129.

Índice de autores

A

- Abraham, K.: 6, 9, 27, 71, 72, 122.
Adler, A.: 9, 60.
Adamson, I.: 126.
Ahumada, J. L.: 37.
Alexander, F.: 50, 123.
Álvarez, A.: 91, 117.
Álvarez, B.: 96.
Arlow, J.A.: 89, 122.
Aron, L.: 121.
Assoun, P. L.: 131.
Atwood, G.: 98, 130, 132.
Azouri, C.: 69.

B

- Balint, M.: 10, 17.
Ballesteros, G.: 97.
Barlow, D. H.: 131.
Bassaglia, F.: 113.
Bateson, G.: 70, 130.
Benedict, R.: 12.
Bergman, M. S.: 9.
Bettelheim, B.: 69,
Bibring, E.: 73,
Bion, W.: 10, 20, 35, 60, 97, 124, 139.

- Bleuler, E. P.: 68, 221.
Bohr, N.: 36.
Bowlby, J.: 115, 129.
Boyer, L.B.: 123.
Brenner, C.: 89, 122.
Breuer, J.: 1, 2, 11, 92.
Bucci, W.: 33.
Bunge, M.: 31.
Bychowski, G.: 128.

C

- Carrascal, A. V.: 115.
Charcot, J. M.: 92.
Chessick, R.: 117.
Cooper, A. M.: 119.
Cooper, D.: 69.
Couch, A.: 23.

D

- Danielian, J.: 99.
Deutsch, H.: 59, 65.
Dezubiría, R.: 92.
Diazgranados, D.: 36.
Dorpat, T.: 35.
Dunaif, S. L.: 59.
Dupont, J.: 9.

E

- Eagle, M. N.: 36, 98.
Edelman, G.: 134.
Edelson, M.: 32.
Eissler, K. R.: 96, 102.
Erikson, E. H.: 10, 24, 25, 35, 52, 62.
Etchegoyen, R. H.: 12, 93, 96, 132.

F

- Fairbairn, W. R. D.: 10, 13, 30, 52, 126.
Federn, P.: 52, 123.
Feldman, M.: 98.
Fenichel, O.: 9, 72, 93.
Ferenczi, S.: 9, 68, 72, 93.
Firestein, S.: 95.
Fliess, W.: 92, 93.
Fonagy, P.: 36, 117.
French, T. M.: 123
Freud, A.: 10, 24, 93.
Freud, S.: 1, 2, 3, 4, 4(nota), 5, 6, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 23, 24, 29, 30, 31, 32, 34, 35, 36, 52, 54, 64, 68, 69, 72, 78, 79, 80,

82, 83, 89, 91, 92, 93,
97, 99, 103, 104, 105,
107, 109, 121, 122, 131,
132, 133, 134.
Fromm, E.: 12, 34.
From-Reichman, F.: 123.
Frosch, J.: 63.

G

Gabbard, G. O.: 95, 117, 125.
Gamarra, B.: 66.
García, H.: 200.
García-Badaracco, J. E.: 71.
Gardner, M. R.: 132.
Garza-Guerrero, C.: XII, 32,
216.
Gay, P.: 139.
Gedo, J.: 33, 60, 96, 103, 115,
133.
Geist, R. A.: 86.
Gill, M. M.: 31, 96, 119.
Gitelson, M.: 103.
Giovacchini, P. L.: 125.
Glover, E.: 93.
Goffman, I.: 125.
Goldberg, A.: 33, 60.
González, M.: 32, 57, 98,
115, 125, 133.
Gödel, K.: 36, 36(nota).
Greenberg, J.: 34, 98.
Greenson, R.: 91, 93, 96.
Grinker, R. R.: 59.
Grossman, W.: 134.
Grotstein, J.: 125.
Guntrip, H.: 14, 52, 103.
Grümbaum, A.: 32.

H

Habermas, J.: 31.
Hartmann, H.: 9, 10, 15, 16,
17, 30, 52.
Heisenberg, W.: 36, 36(nota).
Hock, D.: 31, 59,
Hock, P. H.: 65

Hochmann, J.: 125.
Home, H. J.: 31.
Horney, K.: 10, 12, 13, 34, 43.

I

Ivey, G.: 121.

J

Jacobs, T.: 130.
Jacobson, E.: 52.
Jiménez, J.P.: 36.
Jones, E.: 9, 222.
Jones, M.: 125.
Jordán, J. F.: 97.
Jung, C. G.: 9, 68, 93.

K

Kächele, H.: 56, 61, 132.
Kanner, L.: 22.
Kardiner, A.: 12.
Kernberg, O.: XII, 10, 27, 28,
36, 59, 61, 62, 117, 118,
119, 125, 139.
Klein, G. S.: 31.
Klein, M.: 9, 10, 11, 25, 64,
73, 88, 124.
Knight, R. P.: 59, 117, 118.
Kohut, H.: 9, 10, 25, 27, 31,
34, 42, 51, 52, 53, 57,
61, 64, 85, 96(nota), 97,
103, 111, 114, 115, 127.
Kris, E.: 17, 93.
Kubie, L. S.: 30.
Kuhn, T. S.: 31.
Kumin, I. M.: 135.

L

Lacan, J.: 10, 23, 24, 112 y
nota.

Lagache, D.: 105.
Laing, R.: 69.
Laverde, E.: 131, 132.
Levenson, E. A.: 35, 132,
145.
Levin, F.: 33.
Le Doux, J.: 33.
Lichtenberg, J. D.: 115.
Linton, R.: 12.
Lizarazo, A.: 117, 140.
Loewald, H. W.: 115.
Loewenstein, R.: 17.
Lord Alderdice, J.: 145, 225.
Lyons-Ruth, K.: 35.

M

Mackay, D.: 32.
Mahler, M.: 10, 21, 22, 23,
35, 52, 60, 70.
Mannoni, M.: 69.
Marconi, J.: 66, 68.
Márquez, J.A.: 36, 91, 103, 117.
Martínez, A.: 91.
Masterson, J.: 61, 117.
Mannoni, M.: 121.
Masson, J. M.: 93.
Mead, M.: 12.
Meissner, W.: 96.
Meltzer, D.: 12, 35.
Méndez, A.: 95, 96, 99.
Menninger, K. A.: 101.
Miller, M.: 35.
Mitchel, S.: 34, 98, 103, 115,
126.
Modell, A.: 32, 34, 52, 57, 74.
Money-Kyrle, R.: 30.
Morgenthau, H.: 57,

N

Nacht, S.: 125.
Nagel, E.: 9.
Niño, M. V.: 129,
Nosek, L.: 218.
Nunberg, Hermann: 9.

Núñez, L. S.: 37.

O

Orejuela, L. :105.

Ogden : 115.

P

Polanyi, M.: 31, 37 .

Popper, K.: 32.

Piaget, J. : 31

Pavlov, I. : 31.

Pollock, G. : 33.

Pontalin, P. : 65.

R

Racamier, P.C. : 125.

Racher, H.: 12, 125.

Rado, S.: 10, 14, 30, 72.

Rangell, L.: 116.

Rank, O.: 9, 222.

Reich, W.: 10, 19, 37 and 38.

Reik, T.: 22, 100.

Reiser, M.: 33.

Renik, O.: 121.

Ricoeur, P.: 31.

Romanowski, R.: XIII, 220.

Rosen, J. N.: 123.

Rosenblatt, A.: 31.

Rosenfeld, H.: 35, 124.

Rubinstein, B.: 33.

Rycroft, C: 31.

S

Sampson, H.: 98, 132.

Sánchez-Medina, G.: 93.

Sandler, J.: 73, 98.

Sandler, A. M.: 98.

Schafer, R.: 31, 132.

Schatzman, M.: 122

Schmideberg, M.: 59.

Schore, A.: 33.

Schreber, D.P.: 68, 69, 89,
121, 122.

Searles, H. F.: 123.

Segal, H.: 124.

Sechehayé, M. A.: 128.

Sharpe, E. F.:93.

Spence, D.: 31.

Spillius, E. B.: 35.

Spitz, R. A.: 35, 73.

Steiner, J.: 9, 120.

Stern, D.: 35, 59, 98, 115,
129.

Stone, L.: 116.

Storlow, R.: 98, 130, 132.

Strachey, J.: 9, 152.

Strenger, C.: 32.

Sullivan, H. S.: 12, 34, 35, 52,
70, 123, 126.

T

Target, M. : 36.

Thomä, H., Kächele, H.: 32,
36, 93.

Tosquelles, F. : 125.

Tronick, E. : 126.

Tyson, R. L. : 121.

V

Val, E. R.: 54.

Valenstein, E. S.: 133.

Van Doren, C. : 36(notas).

Varga, M. : 121.

W

Waldinger, R.: 116.

Wallerstein, R. S.: 91, 117,
119, 138.

Wäelder, R.: 9, 31.

Weinschel, E.: 91.

Weiss, J.: 98, 132.

Winnicott, D.: 10, 18, 19, 34,
52, 60, 63, 69, 103, 124.

Wolf, E.: 133.

Wynne, L. : 71.

Y

Yamín, L.: 97, 100.

Yildiz, I.: 132.

Z

Zetzel, E.: 96, 103.

