

T R A B A J O F I N A L D E G R A D O

ASPECTOS QUE EMERGEN EN UNA PSICOTERAPIA  
PSICOANALÍTICA CON PACIENTES CON TRASTORNO  
LÍMITE DE LA PERSONALIDAD

Octubre, 2015

**Estudiante:** María José Flores Arsuaga  
**C.I.:** 5.287.472 - 6  
**Tutor:** Joaquín Rodríguez Nebot



UNIVERSIDAD  
DE LA REPUBLICA  
URUGUAY

 **Facultad de  
Psicología**  
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

## Índice

<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	1
<b>ARTICULACIÓN TEÓRICA</b>	
Acerca de la psicoterapia psicoanalítica.....	2
Elementos de la técnica.....	4
Psicoterapia focal.....	5
Trastornos de la personalidad.....	6
Trastorno límite de la personalidad.....	8
Aportes de la Psicología existencial, por Irvin Yalom.....	16
Narcisismo según Freud, yo ideal e ideal del yo.....	18
Narcisismo según Heinz Kohut.....	20
<b>CASO CLÍNICO</b> .....	29
Análisis del caso.....	33
<b>CONCLUSIONES</b> .....	40
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	42

## 1. Introducción

El presente trabajo tiene como objetivo comprender de qué forma se establece una psicoterapia desde el marco psicoanalítico con pacientes que presentan trastorno límite de personalidad; y los aspectos que, al tratarse de un tipo de pacientes tan particulares, en ella se ponen de manifiesto.

Se comenzará poniendo de manifiesto qué entendemos por psicoterapia y en especial por una de corte psicoanalítico. Posteriormente se explicará de qué hablamos cuando nos referimos a un trastorno de la personalidad y en particular el trastorno límite, utilizando fundamentalmente las teorizaciones de Otto Kernberg al respecto, así como el planteamiento de Heinz Kohut acerca del narcisismo, que, luego de leído, se pretende extrapolar los conceptos del último autor a este tipo de pacientes. Se realizará un recorrido teórico a fin de concluir qué aspectos se ponen en juego en terapia con este tipo de pacientes, haciendo hincapié en el vínculo terapéutico, en la transferencia y en la interpretación.

Para finalizar, se presentará un caso clínico extraído del libro *Verdugo del amor*, de Irvin Yalom, y su correspondiente análisis a partir de lo enunciado anteriormente.

Distintos autores han coincidido que este tipo de paciente tiene una problemática con lo que respecta al narcisismo, por tanto será este también un eje temático del presente trabajo, a fin de comprender mejor la sintomatología y consecuentes reacciones; para finalmente analizar la manera en que se desarrolla con ellos una terapia.

**Palabras clave:** Trastorno límite/borderline – Narcisismo – Psicoterapia psicoanalítica

## 2. Articulación teórica

### 2.1 Acerca de la psicoterapia psicoanalítica

El ámbito de la psicología cada vez más se abre camino a diferentes prácticas, y no podemos asociar al psicólogo simplemente a una. En lo que respecta al ámbito clínico, lo usual es el visualizar al psicólogo en un consultorio, bajo el establecimiento de psicoterapias. Surge entonces la necesidad de definir una psicoterapia, que Ávila Espada (1989), sostiene que ésta es una “relación de ayuda clínica que busca, con la participación del sujeto, prevenir, contener, modificar o erradicar trastornos, alteraciones o disfunciones de salud mental o física que se dan en el sujeto” (p.3) Según el marco teórico en el que se asienten, existen diferentes tipos de psicoterapias.

En el presente trabajo se trabajará acerca de las terapias psicoanalíticas. Según el Diccionario de Psicoanálisis (Laplanche, J.; Ponalis, J-B., 2004) “con el nombre de <<psicoterapia analítica>> se designa una forma de psicoterapia basada en los principios teóricos y técnicos del psicoanálisis, aunque sin realizar las condiciones de una cura psicoanalítica rigurosa” (p. 324) Para que una psicoterapia sea psicoanalítica, son importantes fundamentalmente dos cosas: por un lado que el marco de referencia para comprender el origen y procesos del psiquismo sea el Psicoanálisis; y por otro, la utilización del encuadre y técnicas psicoanalíticas que se adapten al sujeto y su demanda. Se consideran psicoanalíticas aquellas psicoterapias que aceptan la existencia del inconsciente y su rol fundamental en la actividad psíquica, el papel de la sexualidad infantil “y sus formas de gratificación en la ontogénesis de la personalidad” (p. 3) la importancia del conflicto edípico y su consiguiente aporte en lo que respecta a la formación del Yo adulto, la existencia de la represión y otros mecanismos de defensa, la importancia de la transferencia y la contratransferencia en la relación terapéutica y la utilización de la asociación libre y atención flotante (Ávila Espada, A., 1989)

Es importante señalar que tanto el Psicoanálisis como las psicoterapias psicoanalíticas, tienen tres características fundamentales, a saber: el análisis de la transferencia, la neutralidad técnica y la interpretación (Kernberg, 1984; Kernberg y col., 1989, citado en Kernberg, 2001) y que son las características fundamentales del método psicoanalítico.

Al mismo tiempo, Kernberg destaca que la interpretación incluye la confrontación “como la manera más apropiada de enfocar el comportamiento no verbal que complementa la comunicación de la experiencia subjetiva del paciente por medio de la libre asociación” (p. 208), el esclarecimiento tanto de la experiencia consciente como inconsciente, y la interpretación *per se* del significado inconsciente de eso que fue confrontado y aclarado. En

lo referente al análisis de la transferencia, es el objetivo principal en lo que refiere a lo interpretativo del Psicoanálisis clásico. Respecto a la neutralidad terapéutica, es la equidistancia interpretativa entre la realidad externa y el superyó del paciente.

El mismo autor, también sostiene que es de relevancia destacar que la psicoterapia psicoanalítica se caracteriza por las mismas técnicas básicas que el Psicoanálisis y que fueron mencionadas anteriormente, pero con modificaciones cuantitativas que, al combinarse dan como resultado un cambio cualitativo en la terapia. Respecto a cada una de ellas, en la psicoterapia psicoanalítica se utiliza la interpretación, y dentro de ella la confrontación y el esclarecimiento ocupan mayor lugar que la interpretación *per se*; y al mismo tiempo se le da mayor lugar a las interpretaciones inconscientes del orden del “aquí y ahora”. Acerca del análisis de la transferencia es también central. La neutralidad se abandona constantemente, ya que el encuadre también se va moldeando. Así mismo, la psicoterapia psicoanalítica es llevada a cabo cara a cara, a diferencia del Psicoanálisis clásico, que utiliza el diván.

Irvin Yalom es un autor referente en el existencialismo, y, además, quien escribió el caso que aquí será objeto de análisis. Respecto a la psicoterapia, y en particular a la manera que tiene de entenderla es que quien escribe considera sus aportes de mucha pertinencia para la clínica actual y particularmente, la clínica borderline. Sostiene Yalom (1984) que, en el transcurso de una psicoterapia, el terapeuta se acerca al paciente y lo hace de forma personal y humana. Dichos acercamientos pueden prestarse a la crítica, y, por temor a la censura, no se presentan en la literatura psiquiátrica o no se informa de ellos a los estudiantes. Sostiene entonces que

<<lo que cura es la relación>>- es la lección que tiene que aprender un psicoterapeuta. No existe en la psicoterapia una verdad más evidente. Cada terapeuta observa una y otra vez, en su experiencia cotidiana, que el encuentro propiamente dicho resulta más curativo para el paciente que toda la orientación teórica del terapeuta. (Yalom, I., 1984, p. 481)

En muchos casos, los terapeutas subestiman el hecho de que la relación personal entre paciente y terapeuta es lo que conduce al proceso de cambio; así como el hecho de que en tantas otras ocasiones se sobreestiman las contribuciones cognoscitivas y descuidan, por tanto, las relacionales.

¿De qué manera, dice Yalom, ayuda la relación terapéutica? Ante esta pregunta, plantea dos tipos de efectos terapéuticos. Por un lado,

a) son relaciones <<mediadoras>> porque mejoran la conducta interpersonal desviada y dándole oportunidad de <<ensayar con todo el vestuario>> los nuevos modos de relacionarse, y b) tienen un valor en sí mismas, pues, como relaciones <<reales>>, producen modificaciones intrapersonales.

(...) El paciente viste, pues, al terapeuta, quien le sirve de maniquí, con los sentimientos que originalmente le han inspirado otras personas. La relación con el terapeuta es un juego de sombras donde se reflejan las vicisitudes de un drama que tuvo lugar en el pasado. (p. 484)

A modo de síntesis, dice Yalom que,

(...) Son muchas las pruebas que demuestran que lo que cura es la relación real; y contemplar la relación terapeuta-paciente como un vehículo para transportar la mercancía curativa (el conocimiento profundo, el descubrimiento de los hechos prematuros de la vida, etc.) es confundir el recipiente con el contenido. La relación es la mercancía curativa, y, como ya sabemos, la búsqueda del conocimiento profundo y las excavaciones del pasado son tareas interesantes, aventuras aparentemente provechosas en las que se mantiene distraída la atención del paciente y del terapeuta, mientras, por otro lado, está germinando el verdadero agente de cambio, la relación. (p. 485)

## 2.2 Elementos de la técnica

Al mismo tiempo, en toda psicoterapia, el analista utiliza diversos instrumentos técnicos, que serán descriptos someramente a continuación.

El señalamiento es una técnica de puntuación, que lo que busca es repetir una palabra del discurso del otro, midiendo los niveles de recepción del analista sobre el paciente. Los señalamientos pueden ser muy puntuales (la palabra) o bien señalar la repetición de la conducta o situación. El señalamiento tiende a recatar y a recortar una parte del discurso del paciente. Es señalar un punto, haciendo que el otro se detenga en él y pueda realizar una reflexión acerca de eso. Muchas veces un señalamiento puede generar un insight. El analista detecta en el discurso un significante esencial.

A la confrontación refiere Kernberg y sostiene es la forma más adecuada para enfocar el comportamiento no verbal, complementado con la comunicación de la experiencia subjetiva por medio de la libre asociación. Es la confrontación,

presentar al paciente las áreas de información que parecen contradictorias o incongruentes, conjuntando el material consciente y preconsciente que presentó por separado. Para ello es importante prestar atención tanto a la información verbal como no verbal, puesto que pueden existir incongruencias. (Fernández Belinchón, C.; Rodríguez Moya, L., 2013, p. 60)

Por su parte, la interpretación es la herramienta príncipes de Freud. Es una hipótesis, una inducción, donde el analista establece una hipótesis del por qué está sintiendo lo que siente en ese momento, es una hipótesis donde uno da una argumentación. En general se hace de forma interrogativa. Es situacional, rescata la situación del presente. Es una interpretación a la situación concreta, no a la personalidad del paciente, a partir y siempre a partir del material dado por la persona. Es una hipótesis que relaciona momentos distintos, tiene que producir el efecto de una relación a posteriori.

La construcción es una técnica de intervención; es una hipótesis muy elaborada sobre lo que aconteció o pudo haber acontecido sobre algo enigmático del paciente. Es cuando se entra en duda, cuando hay secciones (a causa de la represión) que no recordamos. (Malzoni, T., 2015, audiovisual)

¿De qué manera es posible realizar un recorrido terapéutico con pacientes con trastorno límite de la personalidad?, fue una de las preguntas que se planteó quien escribe. Es importante entonces, además de tener en claro la sintomatología que será presentada a continuación, tener en cuenta lo relativo al encuadre, que, dice Jaroslavsky,

debe ser estable, pero también flexible por la simbiosis que se establece con el analista, generándose un encuadre protésico que compensa las faltas del paciente. (...) Puede ser importante en ciertos momentos del tratamiento verse cara a cara, incluyendo dentro del espacio analítico los espacios exteriores al lugar de la cura (living, corredores etc.), la utilización del teléfono y la disposición a citas no concertadas previamente. (p. 4)

Sin embargo, a pesar de que el encuadre es fundamental con estos pacientes tan particulares, también es importante analizar la transferencia, que, si bien es importante con todo tipo de paciente, es particular con éstos.

### *2.3 Psicoterapia focal*

Al trabajar en psicoterapias y en particular, al trabajar con el tipo de pacientes que se plantean aquí, lo mejor es hacerlo bajo el establecimiento de focos, delimitando un eje de problemática del paciente; concentrando la atención sobre esos puntos.

Operativamente la focalización conduce a trabajar sobre asociaciones intencionalmente guiadas, más que sobre asociaciones libres. Si en la técnica psicoanalítica la dificultad del paciente para asociar libremente puede ser tomada como índice de resistencias, en psicoterapias, a la inversa, la evitación de una actitud exploratoria intencionalmente guiada puede ser considerada resistencial (Fiorini, H., 1973, p. 1)

Se comprende el foco como “la delimitación de una totalidad concreta sintética” (p. 3), y la tarea analítica lo que hará es buscar profundizar sobre determinadas zonas.

Generalmente el foco está dado por el motivo de consulta, y relacionado íntimamente a él, subyacente, cierto conflicto nuclear. En estos focos (motivo de consulta y conflicto nuclear) se inserta una situación grupal específica; siendo estos elementos a su vez “aspectos fundamentales de *una situación* que condensa un conjunto de determinaciones” (p. 2) Sostiene Fiorini (1996) también que la situación debe ser pensada como un espacio en el que convergen distintas series causales, y que la van configurando. Respecto a las series, “se trata de una clase homogénea de fenómenos que responden a cierta legalidad, a cierto encadenamiento causal que es propio de esa clase de fenómenos” (p. 8) De esta manera, las series son las siguientes: corporal, laboral, familiar, social, clinicopsiquiátrica, evolutiva y prospectiva (refiere a si los elementos que forman parte de la situación del paciente pueden configurar o no un proyecto)

Con respecto a cuadros borderline, se habla de la importancia de una focalización inducida; siendo el terapeuta quien propone la focalización, ya que el paciente en un primer momento trae todo como conflicto, angustia y muchos objetos de desequilibrio.

#### 2.4 Trastornos de la personalidad

No todas las psicoterapias son iguales, ya que no todos los sujetos de consulta lo son. Cada uno de ellos tiene su manera de desenvolverse, de resolver conflictos, de comportarse bajo determinadas circunstancias, y que es, en conjunto, lo que forma la personalidad. (Azpiroz, M., Prieto, G., 2011) Existen, sin embargo, personas cuyos patrones de pensamiento, comportamiento y reacción son rígidos, y muestran signos de inadaptación, llegando a perturbar su vida personal, profesional y social. Éstas personas son las que tienen trastornos de la personalidad. De acuerdo a Millon (2006) los trastornos de personalidad se distinguen a partir de tres características, a saber: a) una frágil estructura, presentando dificultades adaptativas bajo condiciones de estrés. La mayoría de las personas con trastornos de personalidad no tienen un repertorio variado de estrategias según las situaciones que viven, sino que aplican pocas de ellas en todas las situaciones,

rígidamente. b) Desde el punto de vista adaptativo, se presenta inflexibilidad; exigiendo que sea el contexto el que se flexibilice. Si esto no es así, entran en crisis. c) Los repertorios patológicos se repiten constantemente, ocasionando entonces un círculo vicioso. Al mismo tiempo, los sujetos con trastornos de la personalidad presentan egosintonía, es decir, no consideran que les ocurra algo “malo” a ellos, sino que quienes los rodean son los que deberían actuar de forma diferente. Sus dificultades personales las ven más como generadas por otros que por sí mismos.

Caparrós Sánchez (2007) refiere a la terapia psicoanalítica en trastornos de personalidad y señala algunos aspectos que se consignarán a continuación y que diferencian esta terapia que la llevada a cabo con otro tipo de pacientes.

En un paciente con trastornos de personalidad la **angustia es casi permanente**, y es difícil que el paciente se asocie con ella. En momentos, ésta toma forma narcisista amenazando a la fragmentación del Yo. Al mismo tiempo, se presentan **estados de despersonalización**, presentando estados de extrañeza y suspendiendo las relaciones de objeto, anulando por tanto una posible transferencia

Los pacientes también presentan **dificultad para la asociación**, les cuesta salir de un tema concreto. Las defensas que se ponen en juego principalmente son **la escisión y la renegación**; la primera presentándose en sentido freudiano de “sí y no” tanto como en el kleiniano como separación y disociación; mientras que la segunda introduce modificaciones en lo que refiere a la percepción de la realidad.

La **transferencia** es desorganizada, imprevisible e inconsistente, y puede traducirse como “tendencia a la agresividad y en el frecuente **paso al acto**” (Caparrós Sánchez, N., 2007, p. 378), que es usual no sólo en las sesiones con el terapeuta sino también en el ámbito familiar, laboral, o en los que el paciente se desenvuelva.

Las psicoterapias con este tipo de pacientes están muy marcadas por los **afectos y emociones**, que en variadas ocasiones bloquean el pensamiento. En lo que refiere a los **conflictos**, se presentan mayormente ligados a lo pregenital (es decir, anal y oral) y narcisista

Los trastornos de la personalidad se dividen a su vez en tres grupos:

- Grupo A: Trastorno esquizotípico, trastorno esquizoide y trastorno paranoide.
- Grupo B: Trastorno límite, fronterizo o borderline, trastorno narcisista, trastorno antisocial y trastorno histriónico.

-Grupo C: Trastorno por dependencia, trastorno obsesivo y trastorno por evitación.

### 2.5 Trastorno límite de la personalidad

El presente trabajo se basará en el trastorno límite o fronterizo, ubicado en el grupo B, cuyas características comunes son, según Elking (1998), el ser un grupo emotivo, dramático o errático, y que tienen dificultades con trastornos del yo mismo, es decir “un sentido inestable, poco realista, mal definido o ausente de la propia identidad, y baja autoestima” (p. 193) Se presentan también dificultades en lo referente a la separación de las personas y conflictos con respecto a la sexualidad.

A fin de conceptualizar los estados límites, en primer momento se realizó la búsqueda en el DSM IV, cuyos criterios diagnósticos para establecer un trastorno límite de la personalidad son los siguientes:

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la efectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

- (1) esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.
- (2) un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación
- (3) alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable
- (4) impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).
- (5) comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación
- (6) inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
- (7) sentimientos crónicos de vacío
- (8) ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
- (9) ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves

(DSM IV, p. 670-671)

Como puede visualizarse, los criterios anteriormente citados constituyen una descripción categorial (en tanto organizativa de los diferentes trastornos de la personalidad que se establecen en el mencionado manual de Psiquiatría) y descriptiva. Se hace necesario

entonces aproximarse a una clínica de los estados límites, buscando comprender al sujeto y profundizando en su padecer.

Azpiroz y Prieto (2011) hablan de una inestabilidad general (en su autoimagen, en las relaciones con los demás, entre otros) que va acompañada de una dificultad para el control de los impulsos. Es común que presenten comportamiento suicida y actos autolesivos, así como comportamiento sexual promiscuo, o abuso de sustancias. Al mismo tiempo, tienen un crónico sentimiento de vacío y miedo constante al abandono; ya que no son tolerantes a la soledad. Si sienten que no se les presta la atención que creen que merecen, su dependencia se convierte en hostilidad rápidamente. Jarne y Talarn (citados en Azpiroz, M.; Prieto, G., 2011) dicen que “la historia personal de estos pacientes suele estar repleta de falta de perseverancia y de fracasos, tanto en sus relaciones como en sus logros académicos y profesionales” (p. 47)

Dentro de los principales exponentes de la clínica borderline se encuentra Otto Kernberg (1987) también refiere a la importancia de diferenciar a los estados límite de las neurosis y la patología de carácter neurótico; así como de la psicosis. Un enfoque puramente descriptivo, como el realizado en el DSM IV u otros manuales puede resultar insuficiente para comprender el abanico borderline, por lo que el autor sostiene la importancia de pensar en las características estructurales, ya que contribuyen a un buen pronóstico y posterior tratamiento.

El autor, luego de realizar un recorrido acerca del concepto de estructuras mentales, propone la existencia de tres estructuras, que corresponden a la organización neurótica, límite y psicótica de la personalidad; y que en cada uno de los casos la organización estructural desarrolla la función de estabilizador del aparato mental.

Realiza Kernberg un análisis de tipo **descriptivo**, que funciona a modo de un diagnóstico presuntivo de encontramos ante una personalidad fronteriza, y describe síntomas que se presentan a continuación:

- a) Ansiedad difusa, libre, crónica y flotante.
- b) Neurosis polisintomática, presentando dos o más de los siguientes síntomas neuróticos:
  - I. Fobias, especialmente las que restringen gravemente la vida diaria.
  - II. Síntomas obsesivo-compulsivos que poseen una sobrevaluación del pensamiento y la acción.

III. Síntomas de conversión.

IV. Reacciones disociativas

V. Hipocondriasis

VI. Tendencias hipocondríacas y paranoides con cualquier otra neurosis sintomática

c) Tendencias sexuales perversas de diversas formas, que pueden ir desde fantasías y acciones perversas, como perversiones que “manifiestan agresión primitiva o sustitución primitiva de los fines genitales con fines eliminatorios” (Kernberg, O., 1987, p. 8)

d) Estructuras de personalidad prepsicótica “clásicas” entre las que se incluyen personalidad paranoide, personalidad esquizoide, personalidad ciclotímica e hipomaníaca.

e) Neurosis y adicciones por impulso.

f) Trastornos del carácter de “menor nivel”, que pueden presentar rasgos de trastorno de personalidad límite.

El autor (1979) considera que una personalidad organizada en el nivel borderline, se caracteriza por tres aspectos fundamentales: mecanismos de defensa primitivos, síndrome de difusión de identidad y mantenimiento de la prueba de realidad. Acerca de los mecanismos de defensa primitivos, así como al síndrome de difusión de identidad, se profundizará en ellos más adelante. Respecto a la prueba de realidad, se define por la capacidad de distinguir entre el yo – no yo, las percepciones externas de las internas y el contenido de los propios afectos.

Al mismo tiempo, menciona también otros elementos **estructurales** de utilidad para diagnosticar un trastorno borderline, al cual llama “análisis estructural” y que comprende:

1- Manifestaciones no específicas de labilidad yoica: “a) *falta de tolerancia a la ansiedad*: b) *falta de control de impulsos* y c) *insuficiente desarrollo de los canales de sublimación*” (p. 34) Respecto a la primera, dice Kernberg que una ansiedad mayor a la habitual provoca en el paciente la formación de nuevos síntomas; mientras que la falta de control de impulsos no específica remite aquí a una impulsividad que es reflejo de un aumento de ansiedad. Por su parte, el insuficiente desarrollo de los canales de sublimación puede evaluarse a partir de la ausencia de logros y goce creativos, siendo entonces parte de los conflictos del yo.

2- Desviación hacia el pensamiento de proceso primario, que, sugiere el autor, sea analizado a partir de test proyectivos

3- Patología de las relaciones objetales internalizadas, a respecto de lo cual Kernberg dice que en las personalidades límites, las imágenes de los otros y de sí mismo están lo suficientemente diferenciadas, lo que consecuentemente mantiene la integridad de los límites yoicos en la mayoría de los campos. Estos límites yoicos “se desvanecen únicamente en aquellas áreas en las que se produce una identificación proyectiva y una fusión con objetos idealizados” (p. 45). “Cuando no se concilian las introyecciones positivas y negativas, no es posible lograr la particular disposición afectiva que se refleja en la capacidad yoica de experimentar depresión, preocupación y culpa” (p. 45) Al mismo tiempo, la imposibilidad de integrar imágenes “totalmente buenas” y “totalmente malas” tiene también problemas para el superyó. Dice Kernberg que “Debido a los obstáculos que se oponen a la integración del superyó, se produce una permanente proyección de los aspectos prohibitivos y exigentes de los componentes superyoicos” (p. 46), estando ausentes las presiones normales del superyó que favorecen a la integración del yo. Es importante recordar también que permanecen en el yo imágenes de sí mismo irreales, contradictorias y primitivas, que impiden que se forme un integrado concepto de sí mismo; así como tampoco es posible la integración de las imágenes objetales ni una evaluación realista de los objetos externos. Como constantemente se proyectan imágenes “totalmente malas” de sí y de los objetos, se perpetúa un mundo de objetos que son vistos como amenazantes; mundo contra el cual, de forma defensiva se emplean las imágenes de sí “totalmente buenas”, “dando lugar a representaciones megalomaniacas del sí-mismo ideal” (p. 46)

Se desprende de lo anteriormente mencionado que, respecto a las relaciones interpersonales, estos pacientes presentan determinadas características:

- Escasa capacidad para evaluar a los otros de forma realista.
- Relaciones superficiales, siendo incapaces de mostrar interés y atención hacia la otra persona.
- Imposibilidad de experimentar empatía.
- Esfuerzos por evitar un compromiso afectivo demasiado profundo, lo cual lleva a la activación de mecanismos de defensa primitivos, como la identificación proyectiva.

Al mismo tiempo, es de destacar que,

Superficialmente, estos pacientes suelen experimentar sentimientos de inseguridad, incertidumbre e inferioridad respecto de sus capacidades y en su trato con los demás. Estos sentimientos son en parte un reflejo de los aspectos más reales de la evaluación de sus vinculaciones con personas significativas, de su trabajo y de su vida en general; a menudo traducen también una apreciación real de algunas de sus

carencias y fracasos. Sin embargo, en un plano más profundo, los sentimientos de inferioridad reflejan muchas veces estructuras defensivas. Es sorprendente la frecuencia con que, bajo su superficial inseguridad e incertidumbre, se observan fantasías omnipotentes y algo así como un ciego optimismo basado en la negación, que representa la identificación del paciente con primitivas imágenes “totalmente buenas” del sí mismo y de los objetos. En este sentido, el paciente muestra también el profundo convencimiento de que tiene derecho a explotar a los demás y a ser gratificado (Kernberg, O, p. 48)

El fracaso de la integración normal de estructuras que derivan de las relaciones objetales internalizadas, hará que se dificulte el proceso de individuación y formación de identidad, “así como la neutralización y abstracción de las funciones yoicas y superyoicas” (p. 81) Eso se traduce en la reducción del área del yo libre de conflictos, que quedará demostrada por las manifestaciones inespecíficas de la labilidad yoica.

4- Operaciones de defensa específicas. La labilidad yoica se refleja en la presencia activa de rígidas defensas primitivas, que producen y perpetúan la misma. Kernberg destaca también la importancia de interpretar sistemáticamente dichas defensas primitivas, promoviendo un crecimiento yoico y haciendo que “entren en acción las defensas de nivel superior” (p. 156) Al mismo tiempo, las interpretaciones, sugiere el autor que se formulen de forma que sea posible examinar al mismo tiempo y sistemáticamente

las distorsiones que hace el paciente de la intervención del analista y de la realidad presente y, en especial, clarificar sus percepciones durante la sesión. (...) El esclarecimiento de las percepciones y de la relación del paciente con la interpretación, es por lo tanto parte importante de un abordaje esencialmente interpretativo que apunta a analizar de manera sistemática la constelación de defensas primitivas a medida que éstas se expresan en la transferencia. (p. 156)

Como ya se mencionó, la organización límite presenta operaciones defensivas primitivas centradas en el mecanismo de escisión, al igual que la organización psicótica; pero a diferencia de ésta, la primera tiene conservada la prueba de realidad.

El concepto de escisión aparece en el texto de Freud *La escisión del yo en el proceso defensivo*, que es publicado en 1940. En este texto Freud dice que el yo del niño está al servicio de una poderosa demanda pulsional a la cual está habituado a satisfacer (esto es, el tocarse los genitales), y, repentinamente es habitado por una vivencia aterrizante que le indica que continuar con la satisfacción anteriormente mencionada lo conduciría a un peligro real-objetivo difícilmente soportable (o sea, la posible castración por parte del padre). Es

aquí que debe decidir entre reconocer el peligro real y por tanto renunciar a la satisfacción pulsional o desmentir la realidad objetiva, creer que no hay razón para tener miedo, a fin de perseverar en la satisfacción. El niño escoge las dos cosas al mismo tiempo. Responde, por tanto, al conflicto con dos reacciones contrarias, pero que ambas son eficaces y válidas. Rechaza por un lado la realidad y no se prohíbe nada; y por otro reconoce el peligro de esa misma realidad y asume la angustia como síntoma de padecer, y posteriormente busca defenderse. Claramente alcanzar este resultado tiene sus consecuencias, y es que esto se alcanzó a expensas de un desgarramiento en el yo que nunca será reparado, sino que con el tiempo se hará más grande. Se trata entonces de una escisión del yo.

La **escisión** entonces como mecanismo de defensa implica una radical separación de los afectos de amor y de odio, así como también de los objetos buenos y de los objetos malos. Este mecanismo “protege una parte buena/idealizada del psiquismo o del mundo interno del sujeto de otra parte agresiva/persecutoria del mismo” (Pérez, L., 2011, p. 21) lo cual tiene como consecuencia la mala integración de parte del sujeto de las representaciones psíquicas, haciendo de esta forma que el mundo exterior sea vivido categorialmente en bueno o malo. Kernberg (1979) sostiene al respecto que es el mecanismo de defensa fundamental de la personalidad borderline; y lo refiere a la incapacidad de sintetizar identificaciones e introyecciones positivas y negativas, así como “falta de capacidad para reunir imágenes de sí-mismo y de los objetos de origen agresivo y libidinal” (p. 39) Como factores patógenos es de relevancia afirmar que la falta de tolerancia a la ansiedad, que impide la síntesis de introyecciones positivas y negativas, y fundamentalmente la fuerte intensidad de los derivados de instintos agresivos. La escisión persiste como mecanismo fundamental, y está destinado a proteger al sí-mismo bueno, los buenos objetos externos y las buenas imágenes objetales ante la presencia del sí mismo y las imágenes objetales malas; lo cual hace entrara en juego a una serie de defensas subsidiarias que se describirán en el próximo párrafo. Es la escisión la que hace que estos pacientes no tengan una identidad yoica estable, siendo también uno de los factores que subyace al síndrome de difusión de identidad, que se desarrollará más adelante. El autor sostiene también que la escisión aparece generalmente ligada con uno o varios de los siguientes mecanismos de defensa:

**Idealización primitiva**, que aumenta de forma artificial y patológica la cualidad de “bondad” o “maldad” en los objetos externos, a fin de contar con la protección de los primeros contra los segundos. Este mecanismo de defensa crea imágenes no realistas y completamente buenas; lo cual se refleja con el terapeuta, tratándolo como ideal, omnipotente, y de quien el paciente es dependiente; viéndolo también como un aliado con el paciente contra los objetos que son por completo “malos”. Además de esto, las imágenes

objetales completamente buenas tienen efectos negativos sobre el desarrollo del ideal del yo y del superyó. Es de destacar al mismo tiempo que actúa en tanto necesidad de proyección del objeto ideal, no habiendo por él una verdadera estima.

**Identificación proyectiva**, que es una forma temprana de proyección (o sea, la atribución por parte del paciente a otro de uno impulso reprimido en sí mismo) La identificación proyectiva se caracteriza por la falta de diferenciación entre el objeto y el sí mismo, por la vivencia continuada del impulso y del temor al mismo mientras la proyección está activa, y por la necesidad de controlar al objeto externo.

Por otro lado, la **negación** refuerza la escisión, ya que se presenta la negación de dos áreas de la conciencia independientes emocionalmente (“negación mutua”). El paciente sabe que sus pensamientos, percepciones y sentimientos sobre sí o sobre otros, de un momento a otro son opuestas a las que había tenido en otras ocasiones, pero su memoria no tiene relevancia emocional y no influye en la forma en que siente en ese momento.

Para finalizar, otros mecanismos derivados de la escisión y que afectan las representaciones de sí y de los otros son la **omnipotencia y la devaluación**; y típicamente se activan estados del yo que muestran un sí mismo grandioso en relación con la representación de los demás despreciada y degradante emocionalmente.

En este punto recordemos que Kernberg hablaba de tres características fundamentales: prueba de realidad, mecanismos de defensa primitivos y difusión de identidad. Los dos primeros fueron descritos anteriormente, mientras que el último lo será a continuación.

Generalmente se habla del paciente con trastorno límite de la personalidad diciendo que tiene una “experiencia subjetiva de vacío crónico, autopercepciones contradictorias, conducta contradictoria que no puede integrarse en una forma emocionalmente significativa, y percepciones huecas, insípidas y empobrecidas de los demás” (Kernberg, O., 1987, p. 9), lo cual es reflejo de la **difusión de identidad**, concepto que Kernberg considera como definitorio de un trastorno límite de la personalidad, y en el cual profundiza Erik Erikson. Clínicamente se visualiza como una pobre integración del concepto de sí mismo y de otros significantes, que permanecen como representaciones múltiples y contradictorias; que puede deberse a una agresión temprana presente en este tipo de pacientes.

Respecto a la difusión de identidad, corresponde a la quinta etapa descrita por Erikson, que se da entre los 13 y 21 años. Aquí, es importante destacar que no es lo mismo crisis de identidad y difusión de identidad; ya que la primera corresponde a algo temporal y la segunda se da cuando la persona no logra formar un concepto realista de sí. Las personas

que presentan difusión de identidad, tienen sentimientos de aislamiento, visualizando las relaciones interpersonales como peligrosas para su identidad, y por tanto, alejándose de ellas; no logrando por lo tanto cierta intimidad y profundidad. Al mismo tiempo, y asociado al miedo al cambio, no planifican un futuro, perdiendo también el sentido del tiempo. Para finalizar, Erikson (1985) menciona también que este tipo de personas tienen dificultades en lo referente al aprendizaje, ya que tienen dificultades para concentrarse en él o en el trabajo. Puede suceder también que se concentren demasiado en una actividad y descuiden todo el resto.

La difusión de identidad, en la entrevista se refleja a través de las descripciones que realiza el paciente de las personas significativas en su vida, que no permiten al entrevistador "integrarlas" para tener una clara imagen de ellas. La difusión de identidad es la falta de un concepto integrado de sí y de los objetos en relación con el sujeto. Como puede sorprenderse, es un síndrome característico de la personalidad borderline. (Kernberg, O., 1979) Al mismo tiempo, la difusión de identidad es consecuencia de la escisión de identificaciones y proyecciones que, si hubiera una síntesis normal, habría también una identidad yoica estable, hecho que, como se mencionó en reiteradas ocasiones, no ocurre en estos casos.

En lo narcisista, los padres de éstos se muestran insaciables, siendo las exigencias grandes y nunca alcanzando la satisfacción; de lo que se desprende que el superyó sea insuficientemente construido y posterior intolerancia a contradicciones e incertidumbres. Al mismo tiempo, el superyó débil se refleja también en la facilidad del pasaje al acto, haciendo que las necesidades sean comunicadas mediante acciones y no verbalizándolas. (Bergert, en Azpiroz)

Citando a Bergert, Ezequiel Jaroslavsky, psicoanalista argentino, en una mesa redonda realizada en el año 2009 plantea que "En los estados límites ha existido un traumatismo psíquico precoz real, que implicó un riesgo de pérdida de objeto, en una época previa al Complejo de Edipo" (p. 1), siendo el primer desorganizadora este traumatismo psíquico; a través del objeto materno, que, si bien está presente, no catectiza, no existiendo reflejo en la mirada de la madre. Entre otras cosas, plantea Jaroslavsky que este traumatismo, entre otras cosas genera un déficit en la formación del narcisismo primario, que será abordado en el presente texto más adelante; siendo éste uno de los principales motivos de la dependencia de tipo anaclítica del objeto, experimentando entonces este tipo de pacientes, necesidad de afecto pero temiendo a la intrusión del objeto así como a su pérdida.

Para finalizar este capítulo, quien escribe considera oportuno citar una síntesis que realiza Luis Homstein, psicoanalista argentino, en la misma mesa redonda planteada

anteriormente y donde participaban otros panelistas. Homstein (2009) plantea que este tipo de paciente, hay conflicto que se presenta en diferentes terrenos, a saber:

entre pulsiones, entre instancias, en el interior mismo de las instancias, entre deseo y defensa, entre amor y odio. Freud da del conflicto una versión compleja, de tres registros: tópico (preconsciente-inconsciente; ello, yo, superyó), dinámico (conflicto pulsional: Eros y pulsión de muerte), económico (energía libre y ligada, procesos primario y secundario) y para tramitarlos están los mecanismos de defensa (p. 13)

De esta forma presentados, sintetizamos entonces que en el registro tópico, nos encontramos con la debilidad del yo y que, como se verá más adelante, avasallado por el ello y el superyó. En el registro dinámico, predominan, como ya se abordó, la escisión y negación; y, por último, en el registro económico, se presentan dificultades en el trabajo de simbolización así como el peligro de desborde traumático (Homstein, L., 2009)

Respecto al tratamiento de estos pacientes Kernberg considera que no pueden tratarse con psicoanálisis clásico, sino que son necesarias algunas modificaciones de orden técnico. Dentro de lo modificable, establece que “la frecuencia de las sesiones, la permisividad o las restricciones en cuanto a los contactos extraterapéuticos y los límites dentro de los cuales puede expresarse el paciente” (p. 102), así como también se hace necesario el esclarecimiento de la realidad, haciendo que las sugerencias o consejos sean inevitables. La neutralidad es necesaria, pero con este tipo de pacientes no puede significarse falta de actividad. Otro de los importantes factores es que el fortalecimiento del yo se convierte en una de las metas constantes de terapia. Es importante que poco a poco se puedan ir elaborando las defensas hasta llegar a un nivel superior de organización yoica (represión y mecanismos afines) Esto se llama terapia expresiva.

## *2.6 Aportes de la Psicología existencial, por Irvin Yalom*

Dentro del trastorno borderline, como ya se reiteró en numerosas ocasiones a lo largo del presente trabajo, se da un sentimiento crónico de vacío, que se acompaña de un aislamiento. A su respecto, Yalom (2000), quien es autor también del caso clínico escogido y desarrollado posteriormente, sostiene que el aislamiento existencial se refiere al espacio que hay entre los otros y el yo. No solamente uno está aislado de los otros seres sino que también, en la medida en que construyamos nuestro propio mundo, lo estamos del mundo en sí.

Dice Yalom (1984) que el aislamiento existencial es un aislamiento básico

que pertenece a la existencia, un aislamiento que persiste aunque se establezcan relaciones muy gratificantes con los otros individuos y a pesar del conocimiento de sí mismo y de la integración que uno haya alcanzado. El aislamiento existencial es un golfo intransitable que separa a uno de todos los demás seres. También lleva implícita una separación aún más fundamental: la del individuo con el mundo (p.427)

Al mismo tiempo, es importante distinguir al aislamiento existencial en dos tipos: por un lado, el aislamiento interpersonal y por otro el intrapersonal. El primero refiere a la soledad, o carencia de habilidades sociales al punto de carecer de interacciones sociales íntimas. Mientras tanto, el segundo se da cuando son escindidas partes del yo, siendo la forma más dramática y extrema la múltiple personalidad.

Dicho de otra forma, el autor (1984) sostiene que el

aislamiento intrapersonal constituye un proceso a través del cual la persona se separa de algunas partes de sí misma. (...) En el escenario psicoterapéutico contemporáneo, el <<aislamiento>> se utiliza, además de para aludir a un mecanismo de defensa formal, para indicar cualquier tipo de fragmentación del yo. Así, el aislamiento interpersonal tiene lugar cada vez que uno suprime los propios sentimientos o deseos, cada vez que uno acepta los <<deberes>> o <<mandatos>> como si fueran los propios deseos, cada vez, en fin, que uno desconfía de sus propios juicios o entierra su propia capacidad potencial (p.426)

Considerando que el aislamiento existencial no tiene solución, los terapeutas deben evitar las falsas soluciones; ya que muchas veces el esfuerzo que se haga para evitarlo puede hacer que se saboteen las relaciones con el resto de las personas. A fin de resolver el aislamiento existencial, uno de los intentos comunes es la fusión: “el debilitamiento de los límites de uno, el mezclarse con otro” (p. 75)

Otro de los conceptos importantes que Yalom (1984) introduce es el hecho de que la libertad y el aislamiento existencial se encuentran estrechamente ligados, sosteniendo entonces el autor que

La soledad de actuar como padre de uno mismo. En la medida en que uno es responsable de la propia vida, uno está solo. La responsabilidad implica paternidad; el tener conciencia de la propia paternidad significa abandonar la creencia de que hay otro que crea y protege a uno. (...) Eric Fromm postulaba que el aislamiento es la fuente primaria de angustia, y hacía hincapié en el sentido de desamparo inherente a la separación básica de los seres humanos (p. 430)

El sentimiento de soledad y la necesidad de la mirada de los otros que avale nuestra existencia es de gran relevancia, y se proporciona entonces un insight: “Cuando estoy sola no existo” (p. 450), similar a la última carta que Marge escribe, y que veremos posteriormente.

### *2.7 Narcisismo según Freud, yo ideal e ideal del yo*

Al mismo tiempo, son valiosos para la comprensión de estos pacientes los aportes de Freud (1914) acerca del narcisismo, que según él es el complemento libidinoso del egoísmo inherente a la pulsión de autoconservación. En esquizofrenia, dice Freud también, la libido que fue sustraída del mundo interior es conducida al yo, surgiendo entonces el narcisismo. Es importante también destacar el papel del narcisismo primario y la influencia que en él tiene el deseo narcisista de los progenitores en el principio de la vida del niño, así como el hecho de que no puede ser observado directamente sino que hay que plantear un razonamiento deductivo.

Al principio no existe una unidad comparable al yo, sino que se desarrolla de forma progresiva. La primera forma de satisfacción de la libido es el autoerotismo, por lo que las pulsiones parciales buscan satisfacerse en el propio cuerpo; siendo esto para Freud lo que caracteriza al narcisismo primario, cuando el yo no está constituido. Los objetos investidos por las pulsiones son estas mismas partes del cuerpo. (Nasio, D., 1996) Como se mencionó anteriormente, también los padres juegan aquí un papel fundamental, ya que se produce una reproducción de su narcisismo sobre el niño, atribuyéndole perfecciones y proyectando sueños a los que renunciaron. De cierta manera, dice Nasio, “el narcisismo primario representa un espacio de omnipotencia que se crea en la confluencia del narcisismo naciente del niño y el narcisismo renaciente de los padres” (p. 65) Para que se constituya el narcisismo secundario es necesario que el investimento de los objetos invista al yo, suponiendo entonces dos movimientos: primero el sujeto concentra sus pulsiones sexuales parciales (autoeróticas hasta el momento) sobre un objeto; la libido inviste el objeto y la primacía de zonas genitales no se instauró. Luego los investimentos vuelven sobre el yo, tomando entonces la libido al yo como objeto.

Al mismo tiempo que el niño es sometido a las exigencias del mundo que lo rodea, es que se hace necesaria la satisfacción de determinadas exigencias, que son las del ideal del yo, que son, según Freud, las representaciones culturales, sociales, los imperativos éticos de la forma en que son transmitidos por los padres.

Freud también considera que el desarrollo del yo consiste en alejarse del narcisismo primario. En este tipo de pacientes, hay un déficit del narcisismo del niño, y existe un

traumatismo primario a causa de la ausencia de la función matema; que, si bien la madre está presente, no catectiza. El traumatismo descrito anteriormente genera un déficit en lo que refiere a la conformación del narcisismo primario, generando en el paciente dependencia anaclítica del objeto, por lo que experimentan también una gran necesidad de afecto; pero que, debido al frágil narcisismo, pueden temer tanto la intrusión del objeto así como la pérdida. Por este motivo también presentan los pacientes identidad difusa, existiendo un vacío crónico y contradictorias autopercepciones como ya se mencionó, así como conducta contradictoria y percepciones de los demás empobrecidas e insípidas “También está deteriorada la integración del superyó, tiene representaciones primitivas, sádicas e idealizadas de los objetos. Predominan las formaciones del Ideal del Yo, previo a la conformación del Superyó en la etapa edípica.” (Jarovslasky, E., 2009, p.3)

El ideal del yo, según Freud, es el sustituto del narcisismo perdido de la infancia sobre el que recae entonces el amor a sí mismo y por lo tanto el narcisismo se desplazará a este nuevo yo ideal que tiene, al igual que en la infancia, todas las perfecciones valiosas. Lacan, al referirse al yo ideal refiere a aquel que se origina en la imagen especular del estadio del espejo, siendo la promesa de síntesis futura hacia la que tenderá el yo (1981) Por otro lado, el yo ideal siempre acompaña al yo en un constante intento de recobrar el original narcisismo infantil.

En el último capítulo de Introducción al narcisismo, Freud refiere a uno ideal que se puede formar en el ser humano y que funciona como vara con la que se mide el yo actual de sí mismo, recayendo el amor de sí que en la infancia gozó el yo real; y apareciendo entonces el narcisismo desplazado a este yo ideal que está en posesión de todas las perfecciones valiosas (Freud, S., p. 91) A través del ideal del yo se intentará entonces recuperar la instancia del narcisismo primario en el cual se gozaba de la perfección narcisista, momento en que él fue su ideal propio. Se pone de manifiesto entonces aquí la idealización, que según Freud consiste en el realzamiento o engrandecimiento psíquico que puede realizarse en el campo de la libido yoica así como en el de la libido de objeto.

Al mismo tiempo, Freud habla de sentimiento de sí, que tiene que ver con “el grandor del yo, como tal, prescindiendo de su condición de compuesto” (Freud, S., 1914, p. 94), y que depende de la libido narcisista. Al respecto de esto, el hecho de por ejemplo ser amado, incrementa el sentimiento de sí, así como el no serlo lo disminuye, ya que, la primera opción es la meta y satisfacción en lo referente a la elección narcisista de objeto. Los pacientes borderline buscan constantemente el ser amado por los demás, aunque no lo logren. Existen en la medida de lo que el otro piensa de ellos, de lo que son para los demás.

El desarrollo del yo, sostiene Freud en *Introducción al narcisismo*, consiste en el distanciamiento del narcisismo primario, engendrando una aspiración a recuperarlo. Dicho distanciamiento “acontece por medio de la libido a un ideal del yo impuesto desde fuera; la satisfacción se obtiene mediante el cumplimiento de este ideal” (p. 96)

En *Introducción al narcisismo*, así como el *El yo* y el *ello*, Freud habla de *Idearlich* (yo ideal) y de *Ichideal* (ideal del yo), no estableciendo una diferencia entre ellos. Por su parte, Lacan, que retoma los conceptos de Freud, sostiene que el yo ideal constituye una formación esencialmente narcisista, cuyo origen es la fase del espejo y que pertenece al registro de lo imaginario. (Laplanche, J.; Ponalis, J-B., 2004)

Respecto a lo anteriormente mencionado y particularmente al ideal del yo y yo ideal, Lacan (1981) es un referente en la temática, y él sostiene que un sujeto es en tanto hay otro que lo reconoce y le da existencia. Por tanto, la formación del Yo se comienza a constituir por la aparición de la mirada de ese Otro, y del reconocimiento de la imagen de sí mismo en el espejo, representando entonces el Otro un espejo. En el estadio del espejo, el niño construye su unidad sobre la imagen de su cuerpo en el espejo, se reconoce de determinada manera y asume ese reconocimiento con entusiasmo. Esta forma viene del exterior y constituye la instancia primaria del yo: el Yo ideal. El Yo ideal representa una promesa de síntesis futura hacia la cual tiende el yo, la ilusión de completud. Al mismo tiempo, este Yo ideal siempre acompañará al yo, como un intento de recuperar la omnipotencia de la relación preedípica.

Por otro lado, si bien se produce en una identificación primaria, desempeña un papel como fuente de las identificaciones secundarias posteriores.

Por su parte, el ideal del yo representa para Lacan una introyección de orden simbólica; y es el significante que opera como ideal, un plan internalizado de la Ley.

## 2.8 Narcisismo según Heinz Kohut

Antes de comenzar a desarrollar la teoría de Kohut, se considera importante destacar que desde el punto de vista del desarrollo, Kohut siguió a Freud respecto al narcisismo; y que el niño nace con sentimientos de perfección como había sostenido también Freud. A causa de distintas frustraciones, el niño debe abandonar la sensación de perfección. Como no quiere hacerlo, tiene dos formas. Por un lado, creando una fantasía omnipotente: imagen del self grandioso y exhibicionista. Por otro, dándole esa perfección a un objeto: imago parental idealizada. Bajo condiciones normales de desarrollo, tanto el self grandioso y exhibicionista como la imago parental idealizada serán integradas a la personalidad adulta,

proporcionando energía instintiva para metas y propósitos la primera e introyectar el superyó idealizado la segunda. Sin embargo, si el niño sufre traumas narcisísticos de forma constante respecto al self grandioso y exhibicionista o a la imago parental idealizada, provocará lo que Kohut describirá como personalidad narcisista. (Scheider, J., 1985)

A diferencia de Freud, Kohut concibe al Self como dependiente del ambiente, que puede crecer o no según determinados sucesos, así como también plantea que el conflicto se da entre el Self y los objetos, y no es intrapsíquico; teniendo, por tanto como puede visualizarse, una gran importancia el ambiente en la constitución del sujeto. Es de destacar también que Kohut tiene una concepción de borderline distinta de la de Kernberg, concibiéndolos el primero como pacientes que no son psicóticos manifiestos pero que demuestran ser incapaces de realizar transferencias movilizadoras del Objeto/Self. La propuesta de Kohut no se centra en la sintomatología o el trastorno conductual del paciente sino en los factores dinámico-estructurales. Kohut no considera entonces al paciente borderline tal como se lo considera y asume en el presente trabajo; sin embargo, sus aportes acerca del narcisismo son sumamente importantes para comprenderlos. Grotstein, Solomon y Lang (1992) concluyen que es muchos de los pacientes que se diagnostican como borderline establecen con el analista transferencias analizables Objeto/Self, como presenta Kohut, y que son conceptos que serán abordados a continuación. Es válido entonces el trasladar los conceptos de lo que él llama desórdenes narcisistas al borderline aquí considerado. Los pacientes aquí considerados logran establecer los perfiles del Self nuclear específico pero con incompleta estructuración, por lo que las heridas narcisistas producen una debilitación del Self que es temporal; siendo justamente estas heridas narcisistas las causantes de la sintomatología. (Grotstein, J., Solomon, M., Lang, J., 1992)

Ampliando lo aquí planteado, también Slucki y Wikinski (2004) manifiestan, en un artículo que refiere a las personalidades límite, que “Aún cuando Kohut no denomina “borderline” al tipo de trastorno narcisista que describe, y pone mucho cuidado en diferenciar a los casos fronterizos de las estructuras narcisistas, algunas similitudes que pueden establecerse entre ambos cuadros” (p. 278) permitiendo trasladar su descripción a la de los pacientes con trastorno borderline.

Es importante comprender que Kohut concibe al self en tanto emergente en la situación analítica, y se puede conceptualizar bajo la modalidad de una abstracción psicoanalítica cercana a la experiencia, como contenido del aparato psíquico. No es una instancia de la mente, dice Kohut (1986), pero sí una estructura interna de ella, ya que “está catectizado con energía instintiva” (p. 18) y es duradero en el tiempo. Ya que es una estructura psíquica, el self tiene entonces, localización psíquica, encontrando representaciones de él

tanto en el yo, ello o superyó así como en cada una de esas instancias psíquicas. Es el self por tanto como ya se mencionó, contenido del aparato psíquico, pero ninguna de sus instancias. (Kohut, H., 1986) Como ya explicaron Grotstein, Solomon y Lang, Kohut no tiene la misma concepción de borderline que aquí se maneja, por lo que los conceptos que son útiles serán aquí trasladados a fin de tener una mejor comprensión de la temática. Respecto a los desórdenes narcisistas dice el autor que

estos pacientes sufren perturbaciones específicas en el ámbito del self y de aquellos objetos arcaicos catectizados con libido narcisista (objetos del self) que aún se hallan en estrecha relación con el self arcaico (esto es, objetos que no se viven como distintos e independientes del self) (...) estos pacientes permanecieron fijados en arcaicas configuraciones de un self grandioso y/o en objetos arcaicos sobreestimados, narcisistamente catectizados. El hecho de que dichas configuraciones no se integraran al resto de la personalidad tiene dos consecuencias fundamentales: a) la personalidad adulta y sus funciones maduras se ven empobrecidas, en razón de que están privadas de la energía que se halla invertida en las antiguas estructuras, y/o b) las actividades adultas y realistas de estos pacientes se ven estorbadas por la ruptura y la intrusión de las estructuras arcaicas y de sus arcaicos reclamos” (p. 18-19)

Kohut habla también de la sintomatología que presentan los pacientes con trastorno narcisista de la personalidad, y a su respecto sostiene que la sintomatología

suele no definirse bien, y en consecuencia el paciente no está en condiciones, en general, de encarar sus aspectos esenciales, aunque puede reconocer y describir afecciones secundarias (tales como inhibiciones en el trabajo o inclinaciones a actividades sexuales perversas) (...) Es como decir que el ojo no puede observarse a sí mismo.

(...) El paciente describirá sentimientos de vacío y de depresión muy sutiles pero muy penetrantes, los cuales, a la inversa de lo que ocurre en la psicosis y en los estados fronterizos, se alivian tan pronto se establece la transferencia narcisista, y se intensifican si la relación con el analista sufre alguna perturbación. El paciente intentará hacer saber al analista que, al menos a veces (en especial cuando la transferencia narcisista se ha quebrado), tiene la impresión de que no es completamente real, o de que tiene las emociones embotadas; y tal vez agregue que realiza su trabajo sin entusiasmo, que se deja llevar por la rutina, pues parece desprovisto de iniciativa. Estas y otras muchas dolencias similares indican el agotamiento del yo, como consecuencia de tener que defenderse contra los reclamos no realistas de un self grandioso arcaico, o contra la necesidad intensa de un

poderoso proveedor externo de autoestima y otras formas de sustentación emocional en el campo del narcisismo.

(...) movimientos de asenso son, empero, generalmente breves. Tienden a convertirse en desagradable causa de excitación, generan ansiedad y muy pronto los sigue otra vez una sensación crónica de embotamiento y pasividad, sea vivida abiertamente, sea encubierta durante horas y horas por actividades de ejecución mecánica. (...) Un desaire, la ausencia de la aprobación esperada, la falta de interés del medio y otras cosas por el estilo volverán a producir en poco tiempo el estado anterior de agotamiento (p. 30-31)

Como se puede observar, pueden extrapolarse estas teorizaciones al planteo de Kernberg y de esta forma comprender mejor el psiquismo y los fenómenos que se ponen en juego con estos pacientes; ya que Kohut aporta respecto a lo que es el narcisismo y el desarrollo del mismo en este tipo de pacientes.

Antes de abordar los distintos tipos de transferencia que plantea el Kohut, quien escribe considera relevante diferenciar estados estructurales del Self, o niveles de desarrollo del mismo, así como estados patológicos del self, a fin de facilitar la comprensión de dichos tipos de transferencia cuando se haga mención a alguno de los términos.

A partir de esto, Akras Velásquez y Marín Acevedo (2007) dicen que el self grandioso es un estado estructural que “describe el self normal, infantil y exhibicionista que se ve dominado por la feliz experiencia de ser el centro omnipotente de toda la existencia” (p. 70), mientras que el self arcaico, por su lado, “es una condición patológica que se da cuando en un adulto perdura la configuración del Self nuclear, propio y normal, solo en la primera infancia.” (p. 70), siendo el self nuclear “la organización incipiente primera que emerge como una estructura cohesiva durante el segundo año de vida” (p. 70)

Como se mencionó anteriormente Kohut habla de dos tipos de transferencia que pueden establecerse con estos pacientes: transferencia especular y transferencia idealizada. En la primera, el paciente busca la aprobación por parte del analista, y se relaciona al self grandioso-exhibicionista. Debido a que la madre falla en lo relativo a empatizar con las necesidades del niño, éste tiene dificultades para mantener su unidad y autoestima, por lo que se presenta fragmentación, intentando entonces el niño ser perfecto a fin de buscar la aprobación de dicha madre, siendo esto una muestra del anteriormente mencionado self grandioso-exhibicionista. Por su lado, la transferencia idealizada, el paciente percibe al terapeuta como un padre todopoderoso, cuya presencia calma y sana. Esto puede relacionarse con una madre que, cuando el paciente niño la necesita, no empatiza con sus

necesidades de idealizarla o no provee un modelo digno de ser idealizado. (Gabbard, G., 2002)

Al respecto a dichas formas de transferencia, Kohut sostiene que,

la transferencia especular y la transferencia idealizadora son las dos formas terapéuticamente activadas de las dos posiciones básicas de la libido narcisista, que se establecen por sí mismas después de la etapa del narcisismo primario. (p. 197)

Las expresiones <<transferencia especular>> y <<transferencia idealizadora>> aluden a la activación terapéutica (...) de configuraciones de la personalidad total más o menos estables y sólidas, independientes del mecanismo o mecanismos psicológicos predominantes que emplean, o que pueden incluso serles característicos. (p. 198)

Profundizando un poco más, en lo referente a la transferencia idealizadora Kohut sostiene que la internalización de objetos edípicos catexizados anteriormente con libido objetal, llevan a que se construya los aspectos del superyó que dirigen al yo las órdenes, prohibiciones, castigos y elogios que anteriormente habían dirigido los padres del niño. Sin embargo, la internalización de “los aspectos de la imago parental con catexia objetal convierte a esta última en contenidos y funciones del superyó; la internalización de los aspectos narcisistas explica la posición exaltada de estos contenidos y funciones respecto del yo” (p. 50) Si se pierde o priva del objeto idealizado durante o antes del período edípico, así como decepciones traumáticas, esto puede interferir en lo concerniente a una básica estructuración del aparato psíquico. Si esto ocurre, al mismo tiempo la óptima internalización no puede producirse, quedando la psique fijada en un objeto del self arcaico; que de hecho no es objeto ya que no es amado o admirado por sus cualidades, ni son objetos anhelados, aunque se los necesita para reemplazar las funciones de un segmento del aparato psíquico que en la infancia no fue establecido. Como esta pérdida influye en el narcisismo, y en equilibrio narcisista de la personalidad, suele suceder que los pacientes buscan en otras cosas un reemplazo de esa carencia en la estructura psíquica, como puede ser el caso de las drogas.

Claramente esta transferencia idealizadora se establece durante el análisis y puede darse de diferentes formas. Dice Kohut a su respecto que en algunos casos las reactivaciones terapéuticas pueden iluminar de forma retrospectiva aquel período en el cual “la imago materna idealizada está todavía casi completamente fundida con la del self” (p. 62), mientras que hay otros en los cuales dichas reactivaciones llevan a momentos posteriores del desarrollo de la libido idealizadora y del objeto idealizado. En estos casos,

cuando la mayoría de los sectores de la relación del niño con sus padres está catectizada con energías objetales, un trauma conducirá a fijaciones narcisistas. Aquellos traumas específicos, como por ejemplo la repentina decepción del objeto idealizado producirán “lesiones patógenas específicas en el desarrollo del narcisismo idealizador que llevan a una idealización insuficiente del superyó, una deficiencia estructural que a su vez produce una fijación en los aspectos narcisistas del objeto idealizado preedípico o edípico” (p. 62) Estas personas constantemente intentarán la unión con el objeto idealizado, ya que, a causa de la pobre idealización del superyó, sólo pueden mantener su equilibrio narcisista a través de la aprobación de las réplicas presentes del objeto del self perdido de forma traumática.

Respecto a las transferencias de tipo especulares, el autor anteriormente abordado, dice que el desarrollo del self grandioso, así como el del self idealizado no depende simplemente de los rasgos narcisistas del niño sino también de las personalidades importantes que rodean al mismo (por lo general, sus padres) Si en esta evolución hay interferencia, puede haber entonces una escisión del yo-realidad, o separarse de él mediante represión, quedando entonces en su forma arcaica. Este desarrollo puede luego reanudarse en la terapia. Al mismo tiempo, este tipo de transferencia consiste fundamentalmente en la reinstalación en terapia de aquel momento en que, en el desarrollo del self grandioso, la mirada materna es la que confirma el autoestima del infante. En terapia entonces el analista funcionará como la madre, teniendo un importante papel en lo relativo a la aprobación.

Las experiencias que podemos llamar patógenas en la vida de una persona pueden desencadenar que el self grandioso no se integre a la organización del yo que se orienta a la realidad, sino que se disocia del resto del aparato psíquico.

En lo que respecta a la función que tiene el analista en el análisis de la transferencia especular, debe buscar analizar las distintas manifestaciones del self grandioso, en la que el analizando le asigna la función de, según Kohut,

reflejar su grandiosidad y exhibicionismo y hacerse eco de estos aspectos, o bien lo confina a una existencia más o menos anónima: la de alguien incluido en el sistema de su self grandioso, o la de alguien que es su réplica fiel (p. 166)

Si el analista comprende las demandas del self de forma auténtica, y entiende que no es adecuado destacar hacia el paciente que son irreales sus demandas, el paciente entonces irá relevando de forma gradual fantasías e impulsos del self grandioso, iniciando entonces el proceso que conducirá a la “integración del self grandioso en la estructura del yo-realidad y a una transformación adaptativamente útil de sus energías” (p. 166)

Distingue Kohut también entre dos tipos de integración defectuosa del self grandioso, que serán descriptos a continuación. Por un lado, personas cuyo self grandioso arcaico está negado o reprimido, que corresponde a lo que Freud denomina la escisión horizontal de la psique, que “priva al yo-realidad del nutrimento proveniente de las fuentes profundas de energía narcisista, la sintomatología es la del trastorno narcisista (disminución de la confianza en sí mismo, depresiones difusas, falta de ganas de trabajar, iniciativa, etc)” (p. 167) Por otro lado, el segundo grupo se compone de casos en los que el self grandioso inmodificado se ve excluido por la escisión vertical de la psique. Dentro de las actitudes manifiestas de estos pacientes son incoherentes; siendo por un lado impertinentes, vacíos y jactanciosos y por otro, tienen un self grandioso reprimido, acercándose sus síntomas a los del primer grupo descrito anteriormente.

Para la terapia es importante que el analista sea capaz de identificar puntos de apoyo que posibiliten al paciente la movilización y remoción de los obstáculos endopsíquicos que impiden el abordaje de aspectos reprimidos e inaccesibles del self grandioso arcaico.

Realizadas estas distinciones, manifiesta el autor también respecto a la transferencia de pacientes con trastornos narcisistas, como él llama y que aquí son considerados borderline; que para que se obtengan buenos resultados de la tarea analítica, claramente hay que mantener una zona de cooperación entre paciente y analista.

Por otra parte, la transferencia idealizadora y la transferencia especular son los *objetos* del análisis; o sea que la parte observadora y analizadora del yo del analizando, en cooperación con el analista, los confronta y, mediante la paulatina comprensión de su importancia dinámica, económica, estructural y genética, intenta gradualmente llegar a dominarlos y renunciar a las demandas vinculadas con ellos. El logro de tal dominio es la meta terapéutica esencial y específica del análisis de los trastornos narcisistas.

La distinción clara entre las transferencias narcisistas y el vínculo realista que se establece entre analizando y analista es importante desde el punto de vista teórico, pero lo es aún más si nos atenemos a consideraciones prácticas y clínicas. Desde una perspectiva teórica (...), el vínculo realista entre analista y analizando no es una transferencia en el sentido metapsicológico, sino una relación basada en tempranas experiencias interpersonales benéficas que, si bien han sido gradualmente neutralizadas y, de este modo, inhibidas de finalidad, continuaron influyendo en todas las catectizaciones de objeto en la vida adulta del paciente, incluso en su relación con el analista. Según la elaboración del modelo estructural de la psique (...) estos lazos

objetales no pertenecen al *área de la transferencia* sino al *área de la neutralización progresiva*. (p. 192-193)

Respecto a los tipos de transferencia anteriormente mencionados, el autor abordado al respecto manifiesta que “la transferencia especular y la transferencia idealizadora son las dos formas terapéuticamente activas de las dos posiciones básicas de la libido narcisista, que se establecen por sí mismas después de la etapa del narcisismo primario.” (p. 196)

Respecto al tratamiento, manifiesta Kohut que a través de las interpretaciones será que el analizando tomará más conciencia de las conexiones que existen entre los mecanismos psicológicos y su self activo y reactivo.

en muchos casos, la remodelación de las estructuras narcisistas y su integración a la personalidad debe estimarse como un resultado terapéutico más genuino y válido que el hecho de que el paciente acepte a duras penas que los pedidos de que transforme su narcisismo en amor objetal. Hay, por supuesto, momentos en el análisis de algunas personalidades narcisistas en que será oportuno un señalamiento enérgico como paso final para persuadir al paciente de que las gratificaciones obtenidas a partir de fantasías narcisistas inmodificadas son espurias. (p. 205)

El paciente narcisista es proclive a reaccionar ante el recuerdo de un *faux pas* con vergüenza y autorrechazo excesivos. Su pensamiento vuelve una y otra vez al momento doloroso

(...) Durante largos períodos, el analista debe participar con empatía en el desequilibrio psíquico que sufre el paciente, mostrar que comprende el doloroso desconcierto de este y su rabia porque el acto cometido no puede anularse. Entonces, gradualmente, es posible enfocar la dinámica de la situación y, otra vez en términos de aceptación, identificar el deseo de elogios que experimenta el paciente y el papel perturbador de su grandiosidad y exhibicionismo infantil. Estos últimos aspectos tampoco tienen que ser recriminados. Por una parte, el analista ha de mostrar al paciente de qué modo la intrusión, en este ámbito, de reclamos infantiles no modificados le ocasiona desconcierto real; pero, además, debe aceptarse con benevolencia la legítima posición de estos impulsos considerados dentro de un contexto genético reconstruido en forma empática. (p. 211-212)

Todo análisis también debe tender a cierto cambio. En el caso de este tipo de personalidades, Kohut habla también de transformaciones terapéuticas, a saber:

Por un lado, **aumento y expansión del amor objetal**, ya que anteriormente los lazos afectivos libidinales habían sido bloqueados por el narcisismo regresivo. Si esto se trabaja en la psicoterapia, el hecho de que haya más libido idealizadora hará que el sujeto se sienta más cómodo con el amor, por ejemplo (cambios no específicos) Al mismo tiempo el self estará más cohesivo, generando entonces que el sujeto sea percibido de forma más autónoma e independiente.

Por otro, **avances progresivos e integradores dentro del ámbito narcisista**. Respecto a la parte idealizadora, se destaca que el sujeto tenga los ideales más claros, una percepción de futuro acerca de lo que le gustaría ser; por tanto el polo idealizador estará más maduro. En la parte del self grandioso, se transforma la grandiosidad infantil en ambición madura, mejorando también el autoestima ya que no tratará de alcanzar lo imposible. Al mismo tiempo, se espera que sienta mayor placer con sus éxitos y acciones, no necesitando de otro que constantemente se los reconozca.

Es importante recordar que lo anteriormente mencionado es un ideal acerca de lo que Kohut espera del tratamiento, pero que lógicamente no se cumplirá con todos los pacientes de la misma manera.

Se describen también cambios relativos a la maduración normal, como el hecho de que la capacidad de empatía esté, la persona puede tener sentimientos por otras personas, sin envolverlas, y puede sentir lo que al otro le está pasando o si está sufriendo.

### 3. Caso clínico

Marge tiene treinta y cinco años. Es técnica de laboratorio. Cuenta que realizó terapia durante diez años con otro terapeuta que se mudó a otra ciudad, y en total, 23 años. En su presentación se evidencia, a partir de lo corporal y verbal, depresión, angustia y ansiedad. Además de eso, se ponen de manifiesto intentos de suicidio, abuso sexual de parte de su padre, desórdenes alimenticios, pensamientos psicóticos episódicos más la cantidad de años de terapia; hechos que hacen que se la piense como una paciente con trastorno límite de la personalidad.

Describe el terapeuta que en un comienzo no quería tratarla, sin embargo, accedió. Desde el comienzo de la terapia, la paciente realiza al terapeuta numerosas llamadas en estado de crisis, fuera de la sesión. En estas llamadas Marge tartamudeaba con cada palabra, y por lo general, amenazada con suicidarse, tras sentir que mujeres de su edad (artículo editorial acerca de la esposa del terapeuta; y asistencia a la conferencia de una filósofa joven) eran exitosas y ella no, comparándose y siempre sintiéndose menos. A pesar de los múltiples intentos del terapeuta por hacerle notar que ella también era valiosa y exitosa, siempre fracasaba. En ese caso puntual, tras hacer notar a la paciente que ella también realizaba un trabajo con los desamparados que era digno de ser reconocido.

Al mismo tiempo, cuando se encontraba en estos estados, tartamudeaba, y desfiguraba la cara en una mueca que la afeaba, hecho que se analiza como una defensa contra la sexualidad, ya que ocurrían en el momento en que se percibía una amenaza sexual interior o exterior. Luego de una de las llamadas narradas anteriormente, Marge comenzó la sesión hablando de eso:

*“Tengo treinta y cinco años. He estado enferma mentalmente toda la vida. Veo psiquiatras desde los doce años y no puedo funcionar sin ellos. Tendré que vivir medicada el resto de mi vida. Lo mejor que puedo esperar es que no me internen en un hospital de enfermos mentales. Nadie me ha amado nunca. Jamás tendré hijos. Nunca he tenido una relación prolongada con un hombre ni tengo esperanzas que esto suceda en el futuro. Carezco de la capacidad de hacerme amigos. Nadie me llama para mi cumpleaños. Mi padre, que abusó de mí cuando era niña, ha muerto. Mi madre es una loca amargada, y cada día me parezco más a ella. Mi hermano ha pasado la mayor parte de su vida en un psiquiátrico. No tengo ningún talento ni habilidad especial. Siempre tendré un trabajo inferior. Siempre seré pobre y gastaré mi sueldo en la atención psiquiátrica (...) Usted me dice que tenga paciencia. Me dice que no estoy lista, que no estoy lista para finalizar la terapia, ni lista para casarme, ni para adoptar un hijo, ni lista para dejar de fumar. He*

*esperado. He esperado toda la vida. Ahora es demasiado tarde, demasiado tarde para vivir.” (p. 267)*

A pesar de lo que había dicho la paciente, y tras procesarlo un tiempo, el terapeuta se da cuenta de que en realidad era la depresión quien hablaba, depresión que había aparecido a lo largo del tratamiento en otras ocasiones, y que habían terminado. Tras plantearle esto a la paciente y juntos analizar que su autoestima fluctuaba de acuerdo con los hechos externos, Marge se fue de esa sesión mucho mejor; volviendo a la próxima animada, y manifestando que “Es casi maravilloso cómo usted, en tan poco tiempo, puede sacarme de un pozo. Estoy muy contenta de que sea mi psiquiatra” (p. 270)

Unas semanas después, y tras una mala semana de Marge, en un momento de la sesión, *“de repente cerró los ojos, nada desusado en sí ya que muchas veces entraba en un estado autohipnótico durante la sesión. Yo había decidido de antemano no tragarme el anzuelo – no seguirla hacia el estado hipnoide – y tratar de sacarla de él.*

*-Marge – le dije – y estaba a punto de terminar la oración, induciéndola a volver en sí, cuando oí una voz extraña y poderosa que emergía de ella.*

*-Usted no me conoce.*

*Estaba en lo cierto. Yo no conocía esa persona que hablaba. La voz era tan diferente, tan enérgica, tan autoritaria, que miré a mi alrededor un instante para ver si había entrado alguien.*

*-¿Quién es usted? – le pregunté.*

*-¡Yo! ¡Yo! – Y luego la transformada Marge saltó y empezó a pavonearse por el consultorio, escudriñando los libros en los estantes, enderezando cuatros, inspeccionando los muebles. Era Marge, pero no era Marge. Todo había cambiado, excepto la ropa: su porte, su rostro, su autoseguridad, su manera de caminar.*

*Esta nueva Marge era vivaz y escandalosa, aunque deleitosamente coqueta. Siguió hablando con una extraordinaria voz de contralto. Mientras insistía en fingir que es un intelectual judío – dijo – lo mejor es que decore su consultorio de acuerdo con el estilo apropiado. El tapizado de ese sofá sería bueno para una institución de beneficencia – si se lo reciben – y el empapelado se está cayendo ¡gracias a Dios! ¡Y esas fotos de la costa de California! ¡Librame Dios de las fotos caseras de los psiquiatras!*

*Se mostraba astuta, obstinada, muy sexy. Era un alivio este cambio, que dejaba atrás la voz monótona y el gemido constante de Marge. Pero yo empezaba a sentirme incómodo;*

*esta dama me resultaba muy atractiva. Pensé en la leyenda de Lorelei, y aunque sabía que podía resultar peligroso prolongarlo, persistí un poco más.*

*-¿Por qué ha venido? – le pregunté—. ¿Por qué hoy?*

*-A celebrar mi victoria. He ganado, sabe.*

*-¿Ganado qué?*

*-¡No se haga el tonto conmigo! ¡Yo no soy ella, y lo sabe! No todo lo que dice usted es maravilloso. ¿Cree que va a poder ayudar a Marge?*

*Su rostro era magníficamente móvil, y pronunciaba las palabras con el tono despectivo con que hablaría el villano de un melodrama victoriano. Siguió hablando de una manera burlona, maligna.*

*-Usted podría tenerla en terapia treinta años, sabe, pero yo siempre ganaría. Soy capaz de demoler en un día el trabajo de un año. Si es necesario, puedo hacer que se tire frente a un camión.*

*-Pero ¿por qué? ¿Qué gana usted con todo esto? Si ella pierde, usted pierde.*

*Quizá me estaba demorando con ella más de lo debido. Estaba mal hablar de Marge con ella. No era justo con Marge. Sin embargo, la atracción de esta mujer era fuerte, casi irresistible. Por un breve instante sentí una oleada de extraña náusea, como si estuviera observando, a través de un desgarrón en la trama de la realidad, algo prohibido, los ingredientes en bruto, las fisuras y las costuras, las células y blástulas embriónicas que no deben ser vistas en la criatura humana terminada. Tenía la atención clavada en ella.*

*-Marge es una cretina. Usted sabe que es una cretina. ¿Cómo soporta estar con ella? ¡Una cretina! ¡Una cretina! – Y luego, en la representación teatral más sorprendente que he visto, procedió a imitar a Marge. Todos los gestos que yo había presenciado en esos meses, cada mueca de Marge, cada acción, pasaron frente a mí en orden cronológico. Ante mí estaba Marge, tímida, cuando me vio por primera vez. Luego se enroscó en un rincón del consultorio. Y después vi sus grandes ojos llenos de pánico, suplicándome que no la abandonara. Luego la vi en un trance autoinducido, con los ojos cerrados y los párpados temblorosos cubriendo una actividad frenética, de un movimiento ocular rápido. O con su cara con espasmos, como Cuasimodo, horriblemente distorsionada. Apenas si podía hablar. Luego se agazapó detrás de una silla, como hacía Marge cuando estaba asustada. A continuación se quejaba melodramática y burlonamente de un terrible dolor punzante en el*

útero y en el seno. Ridiculizaba el tartamudeo de Marge y remedaba con sus comentarios familiares.(...)

*“Yo” dijo que Marge debería escribir su autobiografía y titularla (lo dijo con un cloqueo) Nacida para ser patética. (...)*

*De repente - ¡presto! – todo terminó. “Yo” cerró los ojos por un par de minutos y cuando volvió a abrirlos había sido reemplazada por una Marge llorosa y aterrorizada. Se puso la cabeza entre las rodillas, inhaló hondo y lentamente recuperó su compostura. Durante un momento sollozó y luego habló acerca de lo que había pasado. (Recordaba muy bien lo que acababa de ocurrir)” (p.273-276)*

En la siguiente sesión, la “otra Marge” intentó aparecer en numerosas ocasiones, a lo que el terapeuta, a pesar de su deseo de que ésta apareciese, la hacía volver en sí. Sin embargo, luego de que esto ocurriera varias veces, el terapeuta decide pedirle que hable por ella, que piense qué diría si ella estuviese allí; a lo que aparece así como lo hará en otras ocasiones. En los restantes meses de terapia, el trabajo terapéutico se centró en engordar a Marge a expensas de la otra; lo cual resultó y hubo mejoras. Sin embargo, próximo al cierre del tratamiento, la paciente tuvo momentos de llanto, ideas suicidas, fines de semana en cama, entre otras cosas.

Para terminar, luego de que la terapia hubo terminado, el terapeuta recibe una carta de Marge en la que se lee:

*“Siempre imaginé que usted me escribiría algo. Yo quería dejar una impronta en su vida. No quiero ser sólo una paciente más. Quería ser especial. Quiero ser algo, cualquier cosa. Siento que soy nadie. Si dejara una impronta en su vida, quizá podría ser alguien, alguien a quien usted no olvidara. Entonces existiría” (p. 282)*

#### 4- Análisis del caso

El caso comienza planteando la sintomatología que presenta la paciente. A partir de numerosos rasgos, puede inferirse la presencia de un trastorno límite de la personalidad. Encontramos en la paciente algunos de los rasgos que desde el DSM IV se presentan para diagnosticar un trastorno límite de la personalidad, siendo los más evidentes:

Relaciones interpersonales inestables, que se alternan entre la idealización y la devaluación.

Imagen de sí inestable.

Amenazas suicidas recurrentes.

Inestabilidad afectiva.

Sentimientos de vacío.

Síntomas disociativos.

También Kerberg refiere a una sintomatología, y enumera rasgos de ella, de los cuales, se destacan, en la paciente:

Ansiedad.

Reacciones disociativas.

Otro de los autores abordados, Kohut, en la definición de pacientes con trastorno narcisista, habla de

Perturbaciones en el ámbito del self.

Sentimientos de depresión y vacío muy penetrantes.

Embotamiento emocional.

Como puede visualizarse, algunos de ellos se corresponden, y coinciden. Sin embargo, se plantea en el presente apartado realizar un análisis no de tipo categorial sino el buscar comprender de dónde provienen estos síntomas o a qué se vinculan.

En un primer momento, cuando ella refiere a su soledad, dependencia a los psiquiatras y su enfermedad, se visualizan claros síntomas de depresión, que, además de los ya mencionados, se destaca la última frase que utiliza la paciente ("Ahora es demasiado tarde, demasiado tarde para vivir"), así como los anteriormente presentados por el terapeuta, a saber:

- Otros intentos de suicidio anteriores.
- Variadas llamadas en la noche al terapeuta, fuera de sesión, y en estado de crisis, amenazando con un intento de autoeliminación.

- Comparación con otras mujeres de su edad y percepción de que éstas eran más exitosas que ella, sintiéndose entonces menos.
- Falta de esperanzas de que la situación cambie a futuro.

Como ya se mencionó, en ese pasaje, anteriormente el autor refiere a numerosas llamadas en estado de crisis, donde la paciente amenazaba con suicidarse. Dentro de esos estados de crisis, Marge tartamudeaba, y, dice el terapeuta, realizaba muecas faciales que la afeaban. Si bien esto no es un síntoma de conversión propiamente dicho, ya que en la conversión, si bien el paciente convierte el conflicto en un trastorno físico, éstos trastornos físicos son del orden de la incapacidad de utilizar los sentidos de forma normal o mover ciertas partes del cuerpo; quien escribe considera que puede relacionarse con éste, representando entonces la paciente la manera de resolver un conflicto de índole sexual. Dicho conflicto, se cree, está relacionado con el abuso sexual de parte de su padre cuando Marge era pequeña, aunque es una inferencia, debido a la falta de información.

Otro de los factores que aparece, posterior a las llamadas, es la falta de relaciones interpersonales de la paciente, que, se evidencia en el discurso de ella, cuando hace referencia a que nadie nunca la quiso; no tiene pareja estable, amigos, posibilidad de tener hijos, y que además tiene una familia que también se muestra enferma. Respecto a esta falta de relaciones interpersonales, podemos visualizar en Marge algunas de las características que se desprenden de los planteos de Kernberg acerca de la patología de las relaciones objetales internalizadas; como por ejemplo el hecho de que no hay, o hay muy poca capacidad para evaluar a los demás de forma realista (incluso a sí misma) lo cual se visualiza con claridad en el momento en que habla de la esposa del terapeuta o la filósofa joven, atribuyéndoles a las mismas características simplemente buenas. También es de mencionar las relaciones superficiales, o, como es el caso, incluso cierta falta de las mismas.

Lo anteriormente dicho más lo ya presentado, muestran sentimientos de vacío. Respecto a ellos, Freud dice que, en la medida que el desarrollo del narcisismo primario sea traumático, hay un sentimiento crónico de vacío y un consecuente aislamiento, temiendo de la intrusión del objeto así como de su pérdida. También Kohut habla de sentimientos de vacío y depresión sutiles pero que resultan muy penetrantes, que se alivian al establecer transferencia narcisista. Es de destacar en este punto que terapeuta y analizante descubren que el autoestima de la última fluctuaba de acuerdo con los hechos externos, lo cual se asemeja en gran medida a cuando Kohut define a los pacientes narcisistas, y habla de la necesidad de un proveedor externo de autoestima.

En este punto, quien escribe también considera que no sólo habla la depresión, sino que se encuentra aquí un rastro del Yo ideal, manifestado a partir de la crueldad consigo misma, que se piensa, está vinculado a una perfección inalcanzable, a saber: “No tengo ningún talento ni habilidad especial. (...) He esperado toda la vida. Ahora es demasiado tarde, demasiado tarde para vivir” En sus formas más extremas, este Yo ideal es que pauta un grado tan grande que crueldad e intolerancia hacia sí mismo, que lleva a los deseos de muerte. Posteriormente, cuando se disocia, también dice respecto de sí: “Marge es una cretina (...) debería escribir su autobiografía y titularla Nacida para ser patética”

El hecho de que su autoestima fluctúe de acuerdo a los hechos externos, hace pensar también en que la paciente no tiene una identidad yoica estable, lo cual se relaciona con el mecanismo de escisión. Acerca del mismo y de los mecanismos de defensa profundizaremos a continuación. Respecto a la escisión, clínicamente se visualiza como la división de los objetos en “totalmente buenos” y “totalmente malos”, coexistiendo ambos. En el caso aquí presentado, se ven escindidas partes del yo de la paciente, presentándose primero tímida e insegura, y posteriormente, con una personalidad completamente diferente, escandalosa y segura. A decir de Yalom “Todo había cambiado” Ni siquiera fue necesario que pasara un día, fue en el momento de la misma sesión. Conviven en la paciente ambas personalidades, contradictorias. Con respecto a las representaciones objetales, se percibe un rápido viraje sobre la persona del analista, percibido indistintamente como totalmente bueno, al punto de ser “maravilloso” en un primer momento; hasta llegar a la devaluación del mismo, utilizando también la misma palabra (maravilloso) pero dotándolo de un significado completamente opuesto. “¡No se haga el tonto conmigo! ¡Yo no soy ella, y lo sabe! No todo lo que usted dice es maravilloso”

Respecto a este “ser maravilloso” que manifiesta en un primer momento, podemos relacionarla con otro de los mecanismos de defensa vinculados a la escisión: la idealización primitiva, exacerbando la paciente entonces las características de “bondad” del analista, creando de él, en ese momento una imagen completamente buena y no realista, casi mágica.

Al mismo tiempo, también vinculados a la escisión, se puede inferir cierta devaluación y omnipotencia. Éstas últimas características son visibles fundamentalmente ante la aparición de lo que Yalom denomina “la otra Marge”, o “yo”. La devaluación no sólo se manifiesta hacia la persona del terapeuta a partir de las críticas ante sus intervenciones, y decorado del consultorio, sino también hacia la Marge temerosa y depresiva. La omnipotencia también se manifiesta ante esta “otra” Marge, que cree que todo lo puede

omnipotencia, como ya fue mencionado en la articulación teórica, activan estados del yo que muestran un sí mismo grandioso con respecto a los demás, que se ven como una representación degradada y despreciada.

Al mismo tiempo, y vinculado con la escisión, que en Marge hace que ésta no tenga una identidad yoica estable, se encuentra el síndrome de difusión de identidad, que se visualiza en la dificultad de formar un concepto integrado de sí misma, quedándose simplemente con sus características más negativas, y destacándose la dificultad de reconocer sus cosas buenas, o de que pueda sentirse bien consigo misma, sin la necesidad de compararse con otros. El hecho de que Marge tenga falta de relaciones con los otros, y sentimientos (y necesidad) de aislamiento también es clínicamente relevante. Como se mencionó también cuando se habló de la depresión, su visión de que a futuro la situación no cambiará, es parte del síndrome de difusión de identidad presente en este tipo de trastornos de la personalidad.

Retomando el caso, y como si adivinara lo que fuera a acontecer, Kohut refiere a que los movimientos de asenso son por lo general breves. Esto ocurre casi instantáneamente, desde el momento en que la paciente se va conforme de terapia y al poco tiempo, presentando síndrome de disociación/aislamiento intrapersonal. A partir de aquí, la paciente que aparece es completamente distinta, mudándose también la transferencia que el terapeuta establece con ella (desde “positiva”, podemos decir, a partir de lo maravilloso del terapeuta, hasta “negativa”, creando, esta nueva Marge, un vínculo de hostilidad)

Aquí puede hablarse de síntoma de disociación, pero Yalom refiere a aislamiento intrapersonal, diciendo que el sujeto está aislado del mundo, de los demás y de sí mismo, siendo la forma más extrema la múltiple personalidad, hecho que ocurre en el presente caso. Respecto al aislamiento y a las teorizaciones de Yalom en lo referente a él, Marge presenta aislamiento de los dos tipos: intrapersonal, ya que carece de interacciones sociales íntimas, y a eso ya se hizo mención; e intrapersonal, separándose de sí misma, fragmentándose.

Respecto a los planteos de Kohut acerca del narcisismo, en el caso clínico pocas cosas se saben acerca de los padres de Marge: que su padre abusó de ella cuando era pequeña, y que su madre es “una loca amargada” Planteados de esta forma, se puede inferir que el desarrollo del narcisismo en esta paciente no ha sido del todo exitoso, debido a algunas situaciones que podemos concebir como traumáticas (de las cuales, de hecho, sólo conocemos el abuso) y que hacen que el paciente sufra perturbaciones en el ámbito del self, no pudiendo establecer una relación empática con los objetos del self arcaico. Es la búsqueda de este narcisismo perdido lo que activará en la relación analítica los distintos

tipos de transferencia que plantea Kohut, tomando entonces el analista el lugar del objeto del self, pero ahora sí (no como los padres) de forma empática. Se encuentran en el caso ciertos rasgos de los dos tipos de transferencia planteados por Kohut. Aquí es importante recordar que, al tratarse el caso de un recorte, las afirmaciones que puedan realizarse respecto del mismo suponen una hipótesis y no un conocimiento acabado. Igualmente, debido, justamente a la falta de información, se prefiere hablar de transferencia narcisista, fundamentalmente en aquellos momentos en los que la paciente exige que el terapeuta actúe como una madre, empatizando con sus necesidades y buscando su aprobación, así como también como un padre cuya presencia sana y calma.

La aprobación anteriormente mencionada se hace muy evidente hacia el final del tratamiento, cuando ella en realidad busca al terapeuta en tanto le dé existencia. Lacan habla de que la formación del Yo comienza en la medida de la mirada de Otro que lo reconozca. Eso es lo que Marge busca en el terapeuta: el yo ideal, y la ilusión de completud en él. El paciente busca al analista en tanto espejo donde reflejarse y donde existir. En este punto es de gran importancia que el terapeuta sí pueda actuar como espejo, pero no devolviéndole un reflejo y réplica fiel de lo que es, sino una imagen distorsionada, a fin de que el paciente pueda generar una mejor integración de sí, iniciando entonces un proceso que Kohut refiere como integración del self grandioso en la estructura del yo-realidad, y posterior adaptación de las energías, transformadas.

“Quiero ser algo, cualquier cosa (...) entonces existiría” dice la paciente al final. Esto puede analizarse como una imagen de sí distorsionada, que necesita del sentimiento de otro que le dé existencia para existir a partir de allí. Al referirse al narcisismo Freud (1914) habla de esto, diciendo que el ser amado aumenta el sentimiento de sí y no serlo lo disminuye. Este tipo de paciente necesita del reconocimiento del otro, de otro que le devuelva una imagen de sí que le permita existir, *ser algo*.

\*\*\*\*\*

Al mismo tiempo, y como ya fue mencionado, en toda terapia psicoanalítica, para analizar el material que el paciente presenta, el analista utiliza en este caso, las siguientes técnicas: señalamiento, confrontación, interpretación y construcción. ¿Cómo puede esto llevarse a cabo en el tratamiento de pacientes borderline? Se intentará entonces a continuación analizar si ellas son visibles o no en el caso.

Debido a la problemática desplegada, se considera que con este tipo de pacientes las técnicas que se pueden emplear son más el señalamiento y la confrontación; debido a su

incapacidad de una autorreflexión profunda así como al hecho de que priman defensas primitivas, y por tanto, la interpretación así como la construcción se verían muy dificultadas.

En un primer momento, cuando el terapeuta hace notar el trabajo de Marge con respecto a los desamparados (cuando ella se siente inferior por el éxito de otras mujeres), y que ella pueda también visualizarlo como algo bueno, puede esto concebirse como una confrontación, presentando a la paciente áreas que aparecen como contradictorias: el sentirse que no vale nada y que ella no merece admiración versus el exceso de admiración a otras personas.

Al decir Yalom, “¿Por qué ha venido? ¿Por qué hoy?” también se encuentra una cierta confrontación, pero no del tipo que se tendría con un paciente típicamente neurótico, buscando la reflexión (cosa muy difícil), sino tratando de hacerla hablar. La confrontación se encuentra respecto a la realidad, básicamente, y no con respecto a situaciones contradictorias. Debido al pensamiento primario, con este tipo de paciente, rige el principio de placer y la inmediatez de la satisfacción; sin embargo, es de suma importancia llevar esto hacia el principio de realidad.

Al mismo tiempo, la pregunta de “¿Ganado qué?” refiere a un señalamiento, repitiendo la misma palabra que ella utilizó y transformándola en una pregunta, para que la paciente pueda explayarse mejor acerca de la temática.

Otra de las cosas que se plantea del caso son las numerosas llamadas que la paciente realiza al terapeuta. Estas llamadas son en estado de crisis y siempre amenazando con quitarse la vida. Se observa aquí depresión, como ya se había mencionado desde un primer momento. Es de destacar también la ruptura del encuadre, el hecho de que las llamadas son realizadas fuera de horario de sesión y exigen al terapeuta responder ante una crisis. Kernberg (2001) refiere a que en las psicoterapias el encuadre va modelándose, refiriéndose a que, entre otras cosas, la neutralidad se abandona de forma constante; la interpretación se utiliza fundamentalmente como confrontación, y más del orden de “aquí y ahora” Respecto al tratamiento con dichos trastornos de personalidad, el mismo autor (libro largo) habla de la posible modificación en el encuadre de los contactos extraterapéuticos, así como el esclarecimiento de la realidad, realizando sugerencias al paciente. Como meta terapéutica, se plantea también la del fortalecimiento del yo, y eso es exactamente lo que ocurre en el caso aquí presentado. Jaroslavsky también hablaba de un encuadre estable pero que sea flexible, así como también los encuentros fuera del tratamiento (encuentros no pactados dentro de la terapia, utilización del teléfono)

Como podemos observar, también es de gran relevancia el establecimiento de distintos focos de trabajo, que, si bien Yalom no habla de ellos con ese nombre, sí los ejecuta; o al menos lo ejecuta: plantea el “engordamiento” de Marge a partir de la otra, y no por ejemplo, profundiza acerca de su familia, punto que en un Psicoanálisis clásico (y con otro tipo de paciente) hubiese sido fundamental. Es el analista, en este tipo de cuadros quien debe realizar una focalización; siendo ésta de tipo inducida, como se mencionó, dada la incapacidad del paciente por hacerlo él mismo.

Como eje de la terapia, Kohut refiere a la importancia de identificar puntos de apoyo. En este caso, Yalom, como se dijo en el párrafo anterior, plantea el “engordar” a Marge a partir de su otra personalidad, siendo ésta el punto de apoyo.

## 5- Conclusiones

Luego de visualizar los síntomas y diferentes manifestaciones del abanico borderline, en esta apartado se planteará la posibilidad del establecimiento de una psicoterapia psicoanalítica con estos pacientes. En las primeras páginas de la presente monografía se hacía referencia a que, para que una psicoterapia sea psicoanalítica es necesario que, no sólo el marco de referencia sea el Psicoanálisis sino que también exista determinado encuadre. En este punto, nos encontramos ya con un problema: este tipo de pacientes “rompe” constantemente el encuadre; sea por ausencia a la sesión, llamados telefónicos fuera de hora, hospitalizaciones, entre otros. Quien escribe la presente monografía, considera pertinente introducir la idea de que dicho encuadre, si bien es moldeable y plástico, ya a que, de otra manera, es imposible trabajar con este tipo de paciente, debido a su constante desborde; es importante que también sea rígido, y que sea el terapeuta el que establezca el *límite* entre lo que es pertinente en psicoterapia y lo que no.

Por otra parte, respecto a los elementos de la técnica, como ya fue abordado en el análisis del caso, no se utilizan de igual forma que con un paciente típicamente neurótico; siendo centrales el señalamiento y la confrontación. Estos elementos buscan hacer pensar al paciente, generar una movilización en él, y, a partir de la misma, pensarse. En el sujeto borderline, debido al pensamiento primario, prima fundamentalmente el principio de placer. Es importante entonces que a partir de los elementos de la técnica se puedan movilizar algunos aspectos hasta llevarlos al principio de realidad. De esta manera, también los objetivos de la psicoterapia cambian, pudiendo ser la toma de conciencia de la escisión, integración de los aspectos buenos y malos de sí como de los otros, búsqueda de remoción de las defensas primitivas, entre otros, según cada caso.

Es importante también el reconocer el vínculo que existe entre analista y analizado, evitando caer en un estado de fusión o de réplica, sino devolviéndole una imagen distorsionada, a partir de la cual puede visualizarse una mejora en el paciente, en el self y en las relaciones con los objetos. Respecto a esto, se considera de gran relevancia las ideas de Yalom (1984), ya que en la relación con ese otro, en la medida que le devuelva una imagen diferente, el paciente podrá avanzar. El autor plantea que

lo que cura es la relación real; y contemplar la relación terapeuta-paciente como un vehículo para transportar la mercancía curativa (el conocimiento profundo, el descubrimiento de los hechos prematuros de la vida, etc.) es confundir el recipiente con el contenido. La relación es la mercancía curativa (p. 485)

Para finalizar, a partir del tránsito por la Facultad de Psicología, en numerosas asignaturas se habló acerca de la importancia de que, como futuros psicólogos, pongamos el cuerpo en situación, y utilicemos la “caja de herramientas”; no ciñéndonos a una única teoría desde la cual llevar adelante nuestra práctica, sino buscando la riqueza en todas ellas. Con este tipo de pacientes, el plantearse desde un único marco teórico resulta muy difícil, cuando no, imposible. Se hace por tanto necesario hablar de una clínica en constante movimiento, que se piense y transforme a sí misma. En palabras de Joaquín Rodríguez Nebot (2004),

Por clínica móvil entendemos (...) una clínica en vías de desarrollo, en vías de posible inscripción en la medida que se adosa a problemáticas subjetivas y va pudiendo desarrollar micro espacios en las estructuras mentales que permitan el desarrollo de una reflexión o el desarrollo posible de una potenciación del devenir. En este sentido se trabaja fundamentalmente con un esquema multiterapéutico y con la articulación de diferentes referentes teóricos y de articulaciones tecnológicas diferentes. (p. 36)

A modo de síntesis, también el autor anteriormente mencionado refiere al trabajo clínico como un “proceso de producción en donde lo que se juega es no solamente el sufrimiento, sino que también se juega la esperanza de ese mundo posible” (p. 39), de la construcción a partir de la cual se desarrollen las potencialidades de la persona, el paciente.

## 6- Bibliografía

- Acaso, E., Jarsoslavsky, E., Hornstein, L. (2009) Los estados límites y la clínica actual. En Marrafini, P. (Coordinador) Mesa redonda. Recuperado en <http://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/numero6/mesaredonda-6.htm>
- Akras Velásquez, R.; Marín Acevedo, A. (2007) Otto Kernberg y Heinz Kohut, dos conceptos diferentes del trastorno límite (trabajo de grado). Universidad de San Buenaventura. Medellín.
- Ávila Espada, A. (1989). Psicoanálisis, psicoterapias de orientación psicoanalítica y efectividad terapéutica. *Clínica y Análisis Grupal*. (50) p. 51-74.
- Azpiroz, M.; Prieto, G. (2011) Trastornos de la personalidad (2da. Ed.) Montevideo: Psicolibros.
- Caparrós Sánchez, N. (2007) Perspectiva psicoanalítica del tratamiento de los trastornos de personalidad. *Clínica y Salud* (18) p. 363-380 Recuperado en [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1130-52742007000300007](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742007000300007)
- DSM IV-TR (2002) Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson.
- Elkin, D. (1998) Psiquiatría Clínica. Madrid: Mc GrawHill.
- Erikson (1985) El ciclo vital completado, Buenos Aires: Paidós.
- Fernández-Belinchón, C. y Rodríguez-Moya, L. (2013). Tratamiento psicoanalítico de los trastornos de personalidad. [Psychoanalytic treatment of personality disorders]. *Acción psicológica*, 10 (1), 57-64. Recuperado en <http://scielo.isciii.es/pdf/acp/v10n1/monografico6.pdf>
- Fiorini, H. (1973). El concepto de foco. En *Estructuras y abordajes en psicoterapias psicoanalíticas*. Buenos Aires: Nueva Visión. p. 85-100.
- Fiorini, H., Defey, D., Elizalde, J., Menéndez, P., Rivera, J. (1996) Focalización y Psicoanálisis (2da. Ed) Montevideo: Prensa Médica Latinoamericana
- Freud, S. (1938) La escisión del yo en el proceso defensivo, en Obras Completas tomo XXIII, Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914) El narcisismo, en Obras Completas. Buenos Aires: Amorrortu.

- Gabbard, G. (2002) *Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Grotstein, J., Solomon, M., Lang, J. (1992) *El paciente borderline. Conceptos emergentes en diagnosis, psicodinámica y tratamiento*. Buenos Aires: Catari.
- Kernberg, O. (1979) *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Barcelona: Paidós.
- Kernberg, O. (1987) *Trastornos Graves de la personalidad: estrategias psicoterapéuticas*. México, D.F.: El Manual Moderno, S.A. de C.V.
- Kernberg, O. (2001) *Psicoanálisis, Psicoterapia Psicoanalítica y Psicoterapia de Apoyo*. En: Bernardi, R., Fiorini, H., Fonagy, P. Kernberg, O. y otros: *Psicoanálisis. Focos y Aperturas*. Montevideo: Psicolibros.
- Kohut, H. (1986) *Análisis del self: el tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires. Editorial: Amorrortu
- Lacan, J. (1981) *Seminario I. Los escritos técnicos de Freud*. Buenos Aires. Editorial: Paidós.
- Laplanche, J., Pontalis, J-B. (2004) *Diccionario de Psicoanálisis*. (6ta. Ed.) Bs.As.: Paidós.
- Malzoni, T. (2015) Clase 5: Modalidades de intervención (video de clase) Recuperado en <http://open.psico.edu.uy/media/clase-5-intervencion>
- Millon, T. (2006) *Trastornos de la personalidad en la vida moderna*. (2da. Ed) Barcelona: Masson.
- Nasio, J.(1996). *Enseñanza de los 7 elementos cruciales del psicoanálisis*. Barcelona. Editorial Gedisa.
- Pérez, L. (Agosto 2011) Trastorno límite (borderline) de la personalidad. Psicoterapia focalizada en la transferencia. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*. 75 (1), p. 20-25. Recuperado en [http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/04\\_LP.pdf](http://www.spu.org.uy/revista/ago2011/04_LP.pdf)
- Rodríguez Nebot, J. (2004) *Clínica móvil: el socioanálisis y la red*. Montevideo: Psicolibros – Narciso
- Schneider, J. (1985) *Objetivos terapéuticos y criterios de curación en la obra de Heinz Kohut*. *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados* 11 (4) Recuperado en <http://www.elpsicoanalisis.org.ar/old/numero4/schneider4.htm>

Slucki, D.; Wikinski, M. (2004) Una aproximación psicoanalítica a las personalidades límite. *Revista Argentina de Psiquiatría* 15 (58) 374-379 Recuperado en <http://www.editorialpolemos.com.ar/docs/vertex/vertex58.pdf>

Yalom, I. (1984) *Psicoterapia existencial*. Barcelona: Editorial Herder S.A.

Yalom, I. (2000) *Psicología y literatura. El viaje de la psicoterapia a la ficción*. Bs.As.: Paidós.

Yalom, I. (2013) *Verdugo del amor*. Bs.As.: Planeta.