



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**APLICACION DE ESTRATEGIAS PSICOANALITICAS
ESPECIFICAS A UN CASO FRONTERIZO**

T E S I S
que para obtener el título de
MAESTRA EN PSICOLOGIA CLINICA
p r e s e n t a
GLORIA E. RODRIGUEZ T.



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

RECONOCIMIENTOS

RECIBAN MI GRATITUD

DOLORES M. DE SANDOVAL, MAESTRA
QUIEN CON SABIDURIA Y GENEROSI-
DAD ILUMINO EL SENDERO QUE CON-
DUCE "DE LA COLERA A LA TERNU-
RA".

Y

ELSA POR BRINDARME LA OPORTUNI-
DAD DE ACOMPAÑARLA.

LA SOLEDAD COMPARTIDA SE TORNA
EN COMPAÑIA.

G.R.

"HAY DOS MODOS DE CONCIENCIA:
UNA ES LUZ, Y OTRA, PACIENCIA.
UNA ESTRIBA EN ALUMBRAR
UN POQUITO EL HONDO MAR;
OTRA, EN HACER PENITENCIA
CON CAÑA O RED, Y ESPERAR
EL PEZ, COMO PESCADOR.
DIME TU: ¿CUAL ES MEJOR?
¿CONCIENCIA DE VISIONARIO
QUE MIRA EN EL HONDO ACUARIO
PECES VIVOS,
FUGITIVOS,
QUE NO SE PUEDEN PESCAR,
O ESTA MALDITA FAENA
DE IR ARROJANDO A LA ARENA,
MUERTOS, LOS PECES DEL MAR?"

ANTONIO MACHADO

I N D I C E

	PAGINA
INTRODUCCION: OBJETIVOS, IMPORTANCIA DEL TEMA, LIMITACIONES	1
CAPITULO I. METODO DE TRABAJO	12
CAPITULO II. REVISION BIBLIOGRAFICA	22
CAPITULO III. HISTORIA CLINICA	79
CAPITULO IV. HIPOTESIS PSICODINAMICA	92
CAPITULO V. DESCRIPCION DEL PROCESO TERAPEUTICO - POR FASES	101
CAPITULO VI. DISCUSION DEL CASO Y DEL PROCESO A LA LUZ DE LOS CONCEPTOS INCLUIDOS EN LA- REVISION BIBLIOGRAFICA	133
CAPITULO VII. CONCLUSIONES	160
BIBLIOGRAFIA	

I N T R O D U C C I O N

El objetivo de ésta tesis es el de describir y -- comprender un proceso psicoterapéutico de corte psicoanalítico en un intento de integrar la teoría y la técnica psicoanalíticas en lo que concierne a la problemática del paciente fronterizo.

En el abordaje del complejo fenómeno de la terapia psicoanalítica por medio de la lógica y el método científico, la meta, al igual que en todo tipo de investigación, es buscar la comprensión de los fenómenos y de su interrelación. En "El esquema del Psicoanálisis" Sigmund Freud señala que "la realidad siempre permanece incognoscible. Lo que la labor científica logre de nuestras percepciones sensoriales primarias consistirá en una visión de las conexiones e interdependencias que están presentes en el mundo exterior, que pueden ser validamente reproducidas o reflejadas en el mundo de nuestros pensamientos, y cuyo conocimiento nos permite "comprender" al mundo exterior, para prevenirlo y posiblemente alterarlo. Nuestro procedimiento psicoanalítico es exactamente igual". Posteriormente modifica la aseveración de la última frase, dado que es imposible pre-

sentar la psicología como una serie de ecuaciones matemáticas como las de la física o la química. Esta imposibilidad reside, nos aclara, en el hecho de la conciencia. Freud -- agrega: "Los procesos conscientes no constituyen series -- ininterrumpidas completas de sí mismas, de forma que sólo -- quepa suponer la existencia de unos procesos físicos o somá -- ticos que acompañen a los mentales que resulten más comple -- tos que las series mentales, puesto que algunos de ellos -- tienen procesos conscientes paralelos, pero otros no". Ade -- más, toda ciencia "se basa en observaciones y experiencias -- obtenidas a través de nuestro aparato psíquico. Pero, como nuestra ciencia tiene como objeto tal aparato, la analogía -- termina aquí. Realizamos nuestras observaciones a través -- del mismo aparato perceptivo, precisamente por la ayuda de -- las interrupciones de la serie de acontecimientos mentales -- conscientes, puesto que llenamos el hueco de las omisiones -- mediante interferencias plausibles y las traducimos al mate -- rial consciente. De esta forma construimos series de aconte -- cimientos conscientes complementarios de los procesos men -- tales inconscientes. La certeza relativa de nuestra cien -- cia reside en la fuerza constructiva de estas interferen -- cias".

Dado que el terapeuta psicoanalítico constituye -- su propio instrumento de trabajo, la validación científica -- de su técnica necesariamente implica que tanto el paciente --

como el mismo terapeuta constituyen los objetos de la disección científica. Es por ello que el intento de conceptualizar lo más objetivamente posible el acontecer terapéutico - plantea una tarea difícil, en tanto que el psicoterapeuta - tiene que funjir simultáneamente como objeto de observación y como observador, como juez y parte. Si bien su instrumento de trabajo es de un refinamiento inigualable, la apreciación de la realidad que estudia siempre será relativa.

La metodología científica es, a fin de cuentas, - una forma de prevenir al investigador en contra del auto engaño. Este necesita convencerse primero de que lo que observa es real, para después buscar la validación consensual que le confirme que esa parte de la realidad que ha observado e intentado comprender, también otros la ven y comprenden en forma semejante. Logrando ésto, sentirá la satisfacción de poder sostener, por lo menos tentativa y temporalmente, que las cosas son así. Más una condición para que - otros compartan su hallazgo es que estén subjetivamente en condiciones de recibir su comunicación; dicho de otra forma, los resultados de una investigación pueden comunicarse - y ser recibidos por aquellos que hayan aceptado las mismas - reglas básicas de la investigación.

El psicoanálisis es hasta ahora la disciplina que más ha contribuido al conocimiento psicológico del hombre, -

por lo que ya es inaplazable su validación científica aunque por lo pronto tenga que ser por medio de los métodos -- que el hombre ha desarrollado hasta la fecha. S. Fisher y R.P. Greenberg han realizado esfuerzos importantes encaminados a este fin en sus dos libros "The Scientific Credibility of Freud's Theories and Therapy" (1977) y "The Scientific Evaluation of Freud's Theories and Therapy" (1978). Estos autores insisten en la necesidad de emprender la tarea, no obstante que muchos de los intentos dirigidos hacia dicho fin, como ellos señalan, resulten burdos y decepcionantes.

No es un hecho accidental el que el hombre haya comenzado a tratar de conocerse psicológicamente hasta tan solo recientemente. Conocer racionalmente su naturaleza, - en gran parte irracional, plantea una tarea nada fácil. Poetas y dramaturgos con su especial captación intuitiva de la realidad humana la han descrito desde siempre, mas tratar - de estudiarla sistemáticamente necesitó de la peculiar tolerancia de Freud para las contradicciones.

El ser humano paradoja viviente, alberga la vida y la muerte, el amor y el odio; los imperativos de la supervivencia individual y la supervivencia de especie lo armonizan y escinden; un eslabón más en la evolución de la - escala animal, se sueña la culminación de la creación divina.

A la luz de las limitaciones señaladas, sería temerario de mi parte pretender que esta tesis reuniése los requisitos de objetividad requeridos por un enfoque estrictamente científico. Me limitaré a describir en la mejor forma que me ha sido posible, a la paciente y al acontecer del proceso terapéutico. Concluyo, con Carl Rogers, que "la ciencia, al igual que la terapia, y al igual que todos los otros aspectos del vivir, tiene sus raíces y se basa en la experiencia interna, total y orgánica que sólo es comunicable parcial e imperfectamente".

Rudolf Ekstein señaló en su conferencia "Psicoanálisis y Educación" dictada en la Asociación Mexicana de Psicoterapia Psicoanalítica, el 29 de marzo de 1974. A.C. cómo el psicoterapeuta, para ejercer su profesión, necesita contar con una capacidad especial para sobrellevar los efectos que la incertidumbre, respecto a la naturaleza humana, nos impone. No es tarea fácil, pero bien vale la pena. Las relaciones humanas y específicamente la relación terapéutica entrañan un valor inigualable, más la captación subjetiva de la relativa validez de mi ejercicio profesional no me basta y, es por ello que intento organizar y comprender el material clínico de este acontecer terapéutico, dentro del marco de referencia de la teoría psicoanalítica, para procurar comunicarlo a quienes comparten inquietudes, intereses e incertidumbres semejantes con el mejor deseo de que de su

lectura deriven algún beneficio.

Una de las principales dificultades inherentes al aprendizaje de la técnica psicoanalítica es la integración de los conceptos teóricos y los clínicos, la posibilidad de aplicar la teoría a la práctica. Si bien es cierto que los textos sobre técnica psicoanalítica suelen ejemplificar con viñetas, no abundan relatos que describan el desarrollo longitudinal que se desenvuelve en el tratamiento de un paciente. Como estudiante de psicología y paciente en psicoanálisis experimenté gran curiosidad por conocer mejor el suceso del proceso terapéutico, ese aprender paulatinamente -- más sobre una misma, en forma casi inadvertible, que se va haciendo patente por sus efectos: el sentir que se es más una misma, más cómoda de ser como se es, el conocer las propias limitaciones y con ello, paradójicamente, encontrar mayores y mejores opciones. Este auto conocimiento y comprensión posibilitan, a su vez, una mejor comprensión de los demás y, por ende, incrementan la calidad de las relaciones interpersonales. Todo ello contribuye a la posibilidad de darle a la vida el sentido que cada individuo necesita imprimirle a la propia.

En este estudio intentaré una aproximación al conocimiento de qué es lo que sucede en un proceso terapéutico desde el punto de vista del psicoterapeuta, esforzándome

me simultaneamente por realizar una integración de la teoría y la técnica psicoanalíticas en lo referente a la psicopatología del paciente fronterizo.

El caso que será objeto de estudio fue seleccionado por varias razones. Una de ellas fue que cada vez acuden con mayor frecuencia en busca de alivio a su sufrimiento pacientes con problemática de tipo fronterizo. Se ha dicho que las cambiantes condiciones socio culturales que se van dando en la historia de la humanidad parecen traer aparejados incrementos en diversos cuadros gnosológicos. Ejemplo de esto sería el que a principios del psicoanálisis, en los albores de este siglo, eran mucho más frecuentes las --histerias, mientras que en la actualidad abundan pacientes que presentan somatizaciones, trastornos de carácter, personalidades narcisistas y cuadros fronterizos. Desde luego cabe preguntar si, mas que a los cambios socio culturales, este incremento pudiera deberse a la actual posibilidad de realizar diagnósticos más certeros. Independientemente de encontrar una respuesta a esta incognita, lo cierto es que durante la última década se ha despertado mucho interés entorno a la patología fronteriza y su tratamiento.

En esa retroalimentación indispensable entre la teoría y la práctica psicoanalíticas, que las ha caracterizado desde su inicio, vemos como en la medida que este tipo

de patología se ha estudiado más ampliamente, también han surgido aportaciones referentes a la aplicación de estrategias terapéuticas adecuadas. Existen divergencias en cuanto a si el tratamiento indicado para el fronterizo sea el psicoanálisis propiamente dicho, o si esta patología requiere de estrategias que incluyan la introducción de parámetros, o sea de modificaciones al modelo psicoanalítico básico, para adecuarlo a las necesidades específicas de estos casos. Seguramente en la medida en que se afine más la comprensión de esta patología y se conozcan mejor los resultados de la aplicación de diversas técnicas, se irá haciendo la luz entorno al reto que hoy en día presentan este tipo de pacientes.

Una de las condiciones para el desarrollo de terapias psicoanalíticas específicas es que la introducción de parámetros se lleve a cabo con la mayor comprensión posible del "por qué" del "cuando" y del "para qué", con el objeto de no caer en la anarquía que, de otra suerte, podría producirse. Este planteamiento es el ideal a seguir, si bien lograrlo en su totalidad es difícil, ya que, como se ha venido reiterando a lo largo de esta introducción, al intercambio que se da en la dñada paciente psicoanalista es de tal complejidad, que conceptualizarlo debidamente será, en el menor de los casos, siempre relativo.

Otra de las razones para escoger este caso en par

ticular es la de que ha sido supervisado desde su inicio, - circunstancia que ha permitido contar con registros de las sesiones y más importante aún, con la valiosa participación de la psicoterapeuta psicoanalítica Dolores M. de Sandoval, quien generosamente ha aportado el fruto de su experiencia a la mejor comprensión de la paciente y del intercambio terapéutico. La supervisión constituye un faro orientador y - un ancla de oportuna objetividad en ese mar de incertidumbre que, en los inicios del ejercicio profesional, amenaza con hacer naufragar al proceso terapéutico. Aunado al psicoanálisis didáctico, la supervisión constituye uno de los pilares del entrenamiento, dirigido a salvaguardar al candidato de la subjetividad excesiva y de la anarquía. Otra de las razones por las que se seleccionó el caso es que ha constituido un verdadero reto profesional.

Para mostrar los elementos y el interjuego que se produce en el proceso psicoterapéutico que nos ocupa, he -- considerado necesarios los siguientes pasos: describir el método de trabajo, realizar una revisión bibliográfica sobre la patología fronteriza y su tratamiento, dar a conocer a la paciente por medio de su historia clínica, aventurar - una hipótesis psicodinámica del caso, describir el proceso psicoterapéutico en la forma más completa y ordenada que -- fuese posible, considerando las limitaciones de espacio, discutir todo lo anterior en un intento de integrar los concep

tos teóricos estudiados en la revisión bibliográfica al material clínico, describir someramente la actividad mental de la terapeuta durante las sesiones, anotar las modificaciones relativas que se han dado en la paciente durante el proceso terapéutico y aportar algunas conclusiones.

En la revisión bibliográfica se incluyen algunas consideraciones generales, así como la clasificación que Roy Grinker y sus colaboradores derivan de su investigación en "The Borderline Syndrome". Las obras de Otto Kernberg "The Borderline Conditions and Pathological Narcissism" y de Cesar Meza "El Colérico (Borderline)" han constituido fuente importante de inspiración para esta tesis, por lo que una síntesis de sus aspectos más importantes son incluidas en la revisión bibliográfica, y utilizadas en la discusión del caso.

Al iniciar el tratamiento de la paciente, a quien llamaré Elsa, partí del supuesto de que la aplicación del modelo psicoanalítico básico, modificado por la introducción de parámetros adecuados podría conducir a cambios en su funcionamiento psíquico, que le permitiesen disminuir su sufrimiento y llegar a vivir una vida más creativa y gratificante. El que dichos cambios llegasen a producirse dependería de que ella contase con fuerza yoica suficiente, así como de la pericia terapéutica que yo pudiera desplegar y de la compatibilidad que pudiese desarrollarse entre ambas.

Esta tesis no pretende comprobar o refutar hipótesis alguna. La posibilidad de reportar hallazgos clínicos que incrementasen la teoría de la técnica psicoanalítica -- igualmente rebasa sus alcances. Su esfuerzo se reduce a -- dar un testimonio de las múltiples vicisitudes, los obstáculos, las limitaciones, los aciertos y los errores de un encuentro psicoterapéutico que ha permitido crecer tanto a Elsa como a su psicoterapeuta.

C A P I T U L O I

EL METODO DE TRABAJO

Para la realización de este estudio se utilizó la metodología de la psicoterapia psicoanalítica que se basa en las premisas científicas del psicoanálisis. Este método consiste en la observación, el registro y la sistematización de las comunicaciones verbales y preverbales del paciente, en el análisis cualitativo de esta información para su uso en las intervenciones terapéuticas.

Antes de proceder a una definición más amplia del método, se resumirán algunos conceptos básicos de la teoría psicoanalítica.

La teoría psicoanalítica nos brinda una serie de conceptos relativos a la personalidad, entendida ésta como organización del aparato mental en general, al igual que conceptos relativos a los procesos que conducen a diferencias específicas del individuo en particular. En esta misma línea, dicha teoría distingue entre los procesos de desarrollo y los de maduración. Estos últimos son los procesos de crecimiento que ocurren con relativa independencia del

ambiente, mientras que los de desarrollo se refiere al despliegue de una predisposición innata, constitucional, bajo el influjo del ambiente. A lo largo de su evolución, la teoría psicoanalítica ha enfatizado primero el estudio de los impulsos, posteriormente el funcionamiento yoico y, en fechas más recientes, las llamadas "relaciones de objeto".

La teoría psicoanalítica sustenta dos hipótesis fundamentales que se interrelacionan, a saber:

- a) El principio del determinismo psíquico, o sea la llamada causalidad que sostiene que en la mente humana, como en el mundo físico, nada ocurre por casualidad o ventura;
- b) La conciencia es más bien un atributo excepcional y no regular de los procesos psíquicos. Dicho de otra forma, los procesos mentales inconscientes son de una gran frecuencia e importancia en el funcionamiento mental tanto normal como anormal.

La teoría y la técnica creadas por Sigmund Freud han ido cambiando y enriqueciéndose a lo largo de su desarrollo. En sus publicaciones de 1887 a 1897, atribuyó gran

importancia a la parte juzgada por las experiencias traumáticas tempranas, particularmente a las seducciones, en la génesis de la patología de sus pacientes histéricas. Le fue muy desconcertante descubrir en 1897 que sus pacientes no estaban enfermos de recuerdos, sino de fantasías.

Freud planteó que el funcionamiento mental se podía explicar mediante un aparato psíquico al que atribuyó tres diversos niveles: el consciente, el inconsciente y el preconscious. Este es el llamado modelo topográfico.

Posteriormente, al restarle preponderancia a los eventos externos en la génesis de la patología, Freud enfatizó la importancia de los deseos, necesidades e impulsos instintivos inconscientes internos y a las formas en que estos se manifiestan en la conducta. En sus tres ensayos sobre una Teoría Sexual consideró que muchos de éstos eran de índole sexual y una repetición de reacciones de la infancia, que el psicoanalista podía traducir al nivel consciente. Si bien al principio la meta terapéutica fue revivir el trauma en el paciente, después lo fue la de hacer consciente lo inconsciente.

En su "Interpretación de los Sueños" Freud muestra cómo los deseos inconscientes en su eterna búsqueda de satisfacción, entran en conflicto con los ideales del sujeto-

y con su evaluación de la realidad. Cuando amenazan con hacerse conscientes, producen malestar y pueden despertar angustia. Este conflicto entre las necesidades inconscientes y las fuerzas represivas y defensivas trae como consecuencia compromisos que representan intentos disfrazados de búsqueda de satisfacción, cuyo resultado en los sueños es el "contenido manifiesto". Por "contenido latente" se entiende la necesidad, el deseo inconsciente. Freud consideró -- que los impulsos instintivos eran "energías" que podían invertirse en diversos contenidos mentales. Llamó "libido" a la energía sexual de los impulsos instintivos y, si bien -- posteriormente llegó a atribuirle igual importancia al impulso agresivo, no llegó a darle un nombre específico. Denominó "proceso primario" al tipo de funcionamiento característico de sistema inconsciente, mismo que se tipifica por ser alógico y atemporal y por regirse por el llamado "principio de placer". Este último es la búsqueda de la descarga de los impulsos instintivos para evitar la tensión displacentera. Los sistemas consciente y preconsciente se gobiernan por el llamado "proceso secundario" que toma en cuenta la realidad externa así como los ideales y estándares éticos de conducta del sujeto, y se rige por el llamado "principio de realidad".

Los impulsos instintivos no se dan en un vacío, -- sino intimamente relacionados con personas significativas --

para el sujeto, desde las fases más tempranas de su desarrollo. A estas personas las denomina, un tanto impersonalmente, con el nombre de "objetos". Una de las fuentes más importantes del conflicto mental es que existen deseos y afectos intensos pero contrarios, dirigidos a estos objetos tan significativos. Los seres humanos nos caracterizamos por la capacidad de amar y odiar simultáneamente a una misma persona, mas esta contradicción a la lógica, posible en el ámbito del proceso primario, es rechazada por el proceso secundario, lo que nos lleva a defendernos de ella manteniendo inconsciente ya sea el amor o el odio, según sea el caso. El conflicto que nace de amar y odiar a la misma persona es la "ambivalencia". Freud sostuvo que en muchas relaciones adultas las personas repetimos, si bien en forma disfrazada, nuestros apegos y conflictos infantiles, y que, frecuentemente, esta tendencia a repetir constituye la raíz de muchos de los problemas psicológicos.

Entre los conflictos infantiles reconstruïdos por medio del psicoanálisis, Freud consideró al de la constelación del conflicto edípico como universal. Descrito muy brevemente, este complejo es el deseo del niño de cuatro a cinco años de poseer sexualmente a su madre y de deshacerse de su rival, el padre. Estos deseos surgen en contraposición y en conflicto con el amor que el niño profesa a su padre, aunado a su temor de ser rechazado por éste y al inten

so temor de sufrir la retaliación, la angustia de ser castrado por el padre. Este mismo cuadro, si bien con variaciones, es presentado por la niña quien desea poseer al padre y deshacerse de la madre. Ella no sufre angustia de castración porque se vive como ya castrada, pero desarrolla la llamada "envidia del pene" y sufre más intensamente el temor a no ser querida. Ambos niñas y niños pueden vivir el complejo de Edipo llamado "negativo", en el que su deseo es el de poseer al progenitor del mismo sexo y deshacerse del rival, o progenitor del sexo opuesto.

A partir de 1923, con la publicación de "El Yo y el Ello", se da un cambio importante en la conceptualización freudiana del funcionamiento mental: aparece el concepto llamado "estructural", que introduce los conceptos de las estructuras denominadas "yo", "ello" y "superyo". El Ello contiene los impulsos instintivos primitivos con sus elementos hereditarios y constitucionales; es dominado por el principio del placer y opera de acuerdo al proceso primario. Debido al proceso de maduración y al de desarrollo, parte de Ello se convierte en Yo. La función primordial del Yo es la autoconservación, funge como mediador entre las exigencias del Ello, del medio externo y del Superyo: pospone la gratificación de los impulsos, o los controla mediante mecanismos de defensa. El Superyo se desarrolla como una especie de precipitado o residuo de los conflictos

infantiles tempranos y de las identificaciones con los padres y con otras figuras de autoridad. Es el vehículo de la conciencia moral, aún de la conciencia moral inconsciente, ya que gran parte del Superyo, así como del Yo, y todo el Ello funcionan, según Freud, fuera de lo consciente.

La función del Yo es mediadora, resolvedora de conflictos . Muchas veces mediante compromisos complejos que pueden resultar en síntomas. Aún cuando los síntomas puedan ser dolorosos para la persona que los vive, representan la mejor adaptación posible lograda por el individuo. Los compromisos establecidos por el Yo forman parte del carácter y de la personalidad, participan en la elección profesional y del objeto amoroso, así como todo aquello que constituye al individuo.

Numerosas aportaciones importantes a la teoría psicoanalítica han surgido después de la muerte de Freud en 1939, entre las que destacan las relativas a la llamada "Psicología del Yo" que enfatiza la importancia de los mecanismos de la defensa en el funcionamiento mental normal, así como la participación de la realidad externa en la psique y las llamadas "áreas libres de conflicto". Entre los exponentes más destacados se encuentran Anna Freud y Heinz Hartman.

Otro de los campos importantes de esta disciplina

que han desarrollado los seguidores de Freud, es el de las "relaciones de objeto". Si bien un análisis de la teoría de las relaciones objetales sobrepasa los alcances de este estudio, si cabe mencionar que adjudica una importancia preponderante a la interacción entre el niño y las figuras significativas que cuidan de él durante sus primeros años de vida. Dada su extremada y prolongada vulnerabilidad, el ser humano depende totalmente de sus progenitores para subsistir y para contar con el mínimo de seguridad que requiere para su desarrollo. Esta circunstancia le permite por una parte, una amplia gama de opciones de aprendizaje que han traído como resultado la cultura y, por otra, ha limitado sus posibilidades de interacción social, dado que los patrones de relación interpersonal que aprende al principio de su vida lo sellan imprimiendo en su funcionamiento mental inconsciente modelos marcadamente definidos y difícilmente modificables. Ya Freud en "La Civilización y sus Descontentos" señalaba que el precio que la humanidad paga por sus logros culturales es el del conflicto mental nacido de las restricciones que la socialización, como la conocemos -- hasta ahora, impone a la conducta humana.

Con tal de conservar a sus objetos primarios y la seguridad que éstos puedan brindarle, el niño va renunciando a la multiplicidad de opciones para las cuales está potencialmente dotado y selecciona entre ellas las que perci-

be le permitirán ajustarse a las expectativas de su madre, de su núcleo familiar primario y de su ámbito social. Este ajuste indispensable para la sobrevivencia puede llegar a lograrse a costa de su equilibrio mental, sometiéndolo a una adaptación patológica, origen de limitaciones más o menos graves en el desarrollo de su intelecto y de sus afectos y al sufrimiento, ya sea propio o de sus semejantes, dependiendo del tipo de patología en cuestión.

El psicoanálisis como técnica terapéutica se basa en el supuesto de que la interacción paciente-terapeuta que se da dentro del "setting" o encuadre específico denominado "modelo básico", aunada a los conceptos clínicos relacionados con dicho modelo básico, ofrece una interrelación humana rectificadora que puede, mediante un nuevo aprendizaje, modificar los patrones de relaciones objetales del paciente, propiciando su mejor desarrollo así como mayores posibilidades de logro y de gratificaciones.

A continuación se describe este modelo básico, mediante una síntesis de lo expuesto por Joseph Sandler y sus colaboradores en "The Patient and the Analyst: The Basis of the Psychoanalytic Process":

1. El paciente como regla general, conoce poco sobre la realidad personal del psicoanalista. Este intenta con

servar esta área de ignorancia relativa.

2. El psicoanalista alienta al paciente a hablar lo más libremente posible sobre los pensamientos que pasen -- por su mente durante las sesiones. Esta forma de expresión verbal encaminada a tratar de decir cuanto le pase por la mente se llama "asociación libre".
3. La participación del psicoanalista normalmente tenderá a limitarse a preguntas para aclarar el material, así como a "interpretaciones, confrontaciones y reconstrucciones", mismas que representan la mayor parte de las intervenciones terapéuticas.
4. En el curso de sus asociaciones, el paciente comenzará a evadir ciertos temas y mostrar "resistencia" a expresar ciertos pensamientos y al procedimiento psicoanalítico.
5. El psicoanalista anticipa que el material producido -- por el paciente, tarde o temprano contendrá referen--cias manifiestas o encubiertas que presentan cierta -- distorsión de la realidad. Dicha distorsión se denomina "transferencia". Es el resultado de la modificación de los pensamientos y percepciones presentes del pa--ciente por el agregado de componentes específicos derivados de deseos, experiencias y relaciones de su pasado.

6. Frecuentemente se establece una distinción entre los - fenómenos transferenciales y la relación de trabajo -- que se desarrolla entre el paciente y el psicoanalista basada, entre otras cosas, en el deseo del paciente de mejorar y de colaborar con el tratamiento. Esta relación de trabajo o "alianza terapéutica" incluye como - parte esencial la motivación del paciente de continuar en análisis, a pesar de sus resistencias.
7. En ocasiones el paciente no traerá verbalmente sus sen timientos pasados y presentes emergentes, sino que los comunicará por medio de conducta y de actuaciones que- podrán también presentar desplazados fuera del consul- torio. A este fenómeno se le conoce con el nombre de "acting out".
8. Si el paciente logra obtener y conservar la comprensión de vínculos entre sus tendencias conscientes e incons- cientes, así como entre el pasado y el presente, se di ce que ha adquirido grados variables de "insight".
9. Aún si las interpretaciones del psicoanalista aparen-- tan aumentar el "insight" del paciente, no siempre se-- rán inmediatamente efectivas en la producción de cam-- bios significativos en el paciente. Es necesario cier-- to tiempo de "elaboración" durante el cual las ramifi-- caciones de las interpretaciones y del material que --

abarquen, sea explorado y ampliado.

10. Hay ocasiones en que, cuando el paciente aparenta haber logrado un progreso importante, pueden darse recaídas paradójicas. Estas pueden ser lo que se conoce como "reacciones terapéuticas negativas", generalmente atribuidas a los efectos de sentimientos de culpa inconscientes relacionados con el significado que la percepción de la mejoría, tiene para el paciente.

11. El procedimiento psicoanalítico naturalmente exige del analista intentos conscientes de comprender el material del paciente para efectuar sus intervenciones. Como contra parte de la asociación libre que pide del paciente, él procura ejercer una "atención flotante" para la captación del material. Por ésta se entiende una disposición a percibir todo aquello que el paciente comunique, reduciendo su atención selectiva a un mínimo posible. Además necesita escudriñar sus propias reacciones ante el paciente en un intento de determinar sus propios bloqueos en la apreciación del significado de las comunicaciones del paciente. Mediante la apreciación de sus propias respuestas emocionales hacia el paciente, puede lograr mayor "insight" respecto a lo que acontece al paciente. Las reacciones emocionales del analista hacia el paciente se conceptualizan como "contra-transferencia".

12. En lo que concierne a los aspectos formales de la situación terapéutica conviene señalar que inicialmente el psicoanálisis se realizaba con una frecuencia de 5 sesiones semanales, con duración de 50 minutos, diseño que suele conservarse en Inglaterra y algunos otros países. En México la práctica común suele ser de 2 a 4 sesiones semanales de igual duración. Otra característica del método es que el paciente se acueste en un diván, de suerte que no pueda observar al analista, si bien puede ser observado por éste.

Obviamente el modelo aquí descrito no es aplicable a todo tratamiento psicoanalítico. Ciertas modificaciones al procedimiento técnico necesitan introducirse, para adecuarlo a cada situación específica. Tales modificaciones se denominan "parámetros". Cuando son más extensos los parámetros y de mayor duración, se habla de psicoterapias psicoanalíticas diseñadas para alteraciones psicopatológicas específicas.

El modelo psicoanalítico básico sirvió como guía para este estudio, si bien se previó que la paciente misma sería quien determinase el curso a seguir, dentro del proceso terapéutico.

Las variables controladas de este estudio han sido:

1. Participantes.

- a) La paciente, mujer de 36 años, proveniente de un país de América del Sur, católica, soltera, con grado de licenciatura en una de las ramas de las ciencias sociales, trabaja como maestra. Acudió a solicitar ayuda terapéutica en búsqueda de alivio a su sufrimiento psíquico, caracterizado por sentimientos de fracaso, soledad, vacío, rabia y deseos de morir. En la historia clínica se aportan mayores datos, si bien algunos de menor importancia -- han sido modificados para preservar la confiden-- cialidad que la ética profesional exige.
- b) La terapeuta, mujer de 45 años, mexicana, casada, - Licenciada en Psicología y Terapeuta Psicoanalíti- ca, dispuesta a ayudar a la paciente a procurar -- alivio a su sufrimiento.

No existía ni existe relación social entre ambas. - Seis años antes de iniciarse el contacto terapéuti- co compartieron una relación transitoria y superfi- cial de tipo académico.

2. Aspectos formales del proceso terapéutico.

- a) El número de sesiones fue de un promedio de 2.5 semanales con duración de 50 minutos, por un lapso - de cuatro años consecutivos. Ambas pacientes y te

rapauta se apegaron a los horarios acordados con - variaciones mínimas, debidas a un reducido número de cancelaciones inevitables por parte de la terapeuta y de la paciente. Ambas fueron puntuales. - Se introdujeron cambios de horario únicamente cuando las exigencias laborales de la paciente así lo determinaron.

- b) La paciente permaneció sentada y en posibilidad de observar a la terapeuta, cara a cara.

3. Estrategia terapéutica inicial.

- a) Introducción de parámetros al modelo psicoanalítico clásico, adicionales a los arriba mencionados, solamente cuando fuesen indispensables, que se mantendrían dentro de un mínimo y serían interpretados siempre que fuese oportuno.
- b) La terapeuta guardaría una posición lo más neutral posible, limitándose a observar, registrar, clasificar y evaluar cualitativamente el material para utilizarlo en sus intervenciones.
- c) Se interpretarían las resistencias y la transferencia.
- d) Se utilizaría la contra-transferencia.

4. Supervisión. El caso se supervisó a razón de una hora

semanal a todo lo largo del proceso terapéutico. Se realizaron registros de cada sesión, elaborados después de las sesiones, en los que se presentaron las comunicaciones intercambiadas entre la paciente y la terapeuta, así como el registro de las reacciones contratransferenciales. Se llevaron apuntes de la supervisión en sí.

Las variables no controladas en un estudio basado en una situación psicoterapéutica son múltiples y aún no han sido definidas suficientemente, por lo que se incluyeron solamente algunas, que son las siguientes: las situaciones vitales, todos los aspectos ambientales de ambas paciente y terapeuta, la forma en que las actitudes conscientes e inconscientes de ambas influyó y estructuró la relación terapéutica y, por ende, los resultados de la misma. Si bien estas variables no se controlaron su descripción constituye uno de los objetivos de este trabajo.

La elaboración de la historia clínica se realizó mediante el análisis cualitativo de la información que la paciente dió sobre sí misma.

El método seguido para la descripción del proceso terapéutico consistió en los siguientes pasos:

- a) Se hizo una síntesis de los registros de las sesio

nes elaborados para los fines de la supervisión.

- b) En base a la síntesis, se realizó una clasificac---ción cronológica de datos distinguiendo los aspectos progresivos y los regresivos del funcionamiento psíquico de la paciente, manifestados en su conducta dentro de las sesiones y en la que comunicó---respecto a su actuación fuera de sesiones.
- c) Esta clasificación permitió detectar siete fases, de duraciones diversas, caracterizadas por modalidades específicas de relaciones objetales, lo que---permitió asignar un título a cada una de ellas.
- d) Este procedimiento condujo a la posibilidad de es---cribir cada fase de acuerdo a la conducta fuera y dentro de sesiones, estados afectivos, modalidades defensivas, conceptualizaciones del "self", fanta---sías, sueños, transferencias y contratransferen---cias, así como modalidades específicas de la estrategia terapéutica.

El marco de referencia psicoanalítica utilizado a lo largo de este estudio para evaluar los efectos atribui---bles al proceso terapéutico, sin que pueda demostrarse sufi---cientemente que se deban exclusivamente a él, es la lista de metas que propone R.P. Knight en "Evaluation of the Re--

sults of Psychoanalytic Therapy", para la terapia psicoanalítica y su modus operandi, a saber:

1. Desaparición de los síntomas presentados.
2. Mejoría real del funcionamiento mental.
 - a) La adquisición de "insight" intelectual y emocional, respecto a las fuentes tempranas del conflicto, la parte que juegan en el conflicto factores precipitantes y aspectos de la realidad, y modalidades defensivas contra la angustia que han producido el tipo de personalidad y el carácter específico del proceso morbido;
 - b) Desarrollo de la habilidad para autoaceptación objetiva, con una buena apreciación de elementos de fuerza y debilidad;
 - c) Logro de libertad relativa de tensiones enervantes y de inhibiciones que limiten la creatividad;
 - e) Descarga de energías agresivas requeridas para la auto preservación, los logros, la competencia y la protección de los propios derechos.
3. Mejoría en la adaptación a la realidad.
 - a) Relaciones interpersonales más consistentes y leales con objetos bien escogidos;

- b) Funcionamiento libre de habilidades en el trabajo - productivo;
- c) Mejoría en la sublimación en actividades creativas- y recreativas.
- d) Funcionamiento heterosexual pleno con potencia y -- placer.

La apreciación de los puntos arriba señalados puede ser el resultado de la conjugación de las evaluaciones del paciente mismo y del terapeuta. La situación psicoanalítica ofrece una oportunidad penetrante, intensa, sistemática de observación y evaluación longitudinal inigualada -- por otros métodos. Por otra parte, debe señalarse que existen dificultades en el uso de la situación terapéutica como generadora de criterios de mejoría, como señala atinadamente Hans H. Strupp en "The Outcome Problem in Psychotherapy-Revisited". Estos inconvenientes aún por resolver son:

1. El problema de conceptualizar, especificar y cuantificar las observaciones multidimensionales realizadas en terapia;
2. La confiabilidad del terapeuta como observador (lo que incluye aspectos más allá de la contra transferencia);
3. Limitaciones inherentes en el encuadre de dos personas, que provee datos representativos pero incompletos res--

pecto a las interacciones del paciente con sus semejantes. Debido a la relación transferencial, el terapeuta tiende a obtener una perspectiva más o menos distorsionada del funcionamiento actual del paciente en la realidad y, hasta cierto punto se ve forzado a aceptar la visión que el paciente tiene de su realidad, aunque generalmente podrá realizar correcciones apropiadas.

Todas las limitaciones que confronta el método -- psicoanalítico mencionadas tanto en la introducción de este trabajo, como en el presente capítulo, así como aquellas -- que no han sido incluídas deben constituir motivo de inte--rés creciente y de estudio incesante, más el estar consciente de ellas no invalida el método psicoanalítico clínico -- con el cual se logran aciertos invaluable.

C A P I T U L O I I

REVISION BIBLIOGRAFICA

El término "borderline" o fronterizo ha sido utilizado en el pasado para referirse a manifestaciones agudas y transitorias en pacientes que se encuentran en tránsito - regresivo rápido de una sintomatología, hacia una reacción-psicótica manifiesta. Pero a medida que los investigadores han afinado la aplicación del término, vemos que este diagnóstico sólo es aplicable a aquellos pacientes que funcionan crónica y establemente en un nivel fronterizo entre la neurosis y la psicosis; nivel que no es ni típicamente neurótico, ni psicótico, sino precisamente fronterizo.

Una distinción clara que nos permite captar la diferencia entre los fronterizos y los psicóticos, es que los primeros presentan alteraciones en su relación con la realidad y en sus reacciones afectivas ante la realidad, pero -- conservan la capacidad de prueba de realidad; a diferencia de lo que sucede en las psicosis, en las que esta función -yoica se altera.

Otto Kernber señala que existen dos grupos de au-

tores en lo que se refiere al estudio de los aspectos estructurales de la organización fronteriza de la personalidad; éstos son:

1. Los que enfatizan las manifestaciones inespecíficas de debilidades yoicas, así como la regresión a estructuras cognitivas primitivas, relacionadas con pensamiento de proceso primario; y
2. Aquellos que enfatizan las consideraciones en torno a defensas específicas y características del funcionamiento fronterizo.

Dentro del primer grupo Kernberg sitúa a Rapaport a Gill y a Shaffer, quienes señalan la existencia de pacientes "pre-esquizofrénicos" en quienes se aprecia el predominio del pensamiento de proceso primario en las pruebas psicológicas, así como una debilidad yoica acentuada que contrasta con la del paciente típicamente neurótico. Knight señala las implicaciones que la debilidad yoica presenta en el tratamiento; destaca la severa regresión en la transferencia y la necesidad de modificar el enfoque psicoterapéutico.

En el segundo grupo, Kernberg incluye a Fairbain, Melanie Klein, Rosenfeld y Segal para quienes el mecanismo de escisión es particulamente significativo, así como a --

Edith Jacobsen quien aporta contribuciones valiosas al análisis de los mecanismos defensivos de estos pacientes, y a Karl Menninger quien conceptualiza la relación entre diferentes psicopatologías y los diversos niveles de organización defensiva.

Otros autores que podrían incluirse en el segundo grupo son: Hellen Deutsch, quien realizó una contribución fundamental para el conocimiento del fronterizo y para su tratamiento, al describir a las personalidades "como si". Erik Erikson arroja aún mayor luz sobre el tema con sus conceptos de "difusión de la identidad". Otro autor que estudió al paciente fronterizo en lo relativo a sus aspectos estructurales y al uso de ciertos mecanismos defensivos específicos, así como a la patología específica de las relaciones de objeto fue M.M. Khan.

Muchos de estos autores toman en cuenta los aspectos genético-dinámicos de la patología que nos ocupa y todos atribuyen importancia a los conflictos pregenitales, a la intensidad de la agresión en estos niveles de funcionamiento, destacando de manera singular el sello oral que caracteriza al fronterizo. Describen así mismo la fusión de derivados pregenitales y genitales.

La bibliografía sobre la patología fronteriza de la última década incluye entre otros, a los siguientes auto

res: 'Andre Gree, Donald Rinsley, Margaret Mahler, Louise - Kaplan, Otto Kernber, Leon Grinberg, Colette Chiland, Serge Lebovivi, Roy R. Grinker, John Gunderson, Michael J. Goldstein, William Carpenter, John Strauss, Paul Wender, Gerald- Adler, Howard Hunt, Sarwer-Fonder, Donald Klein, Carence -- Crafoord, Leonard Horwitz, J. Gollum, G. Garu, J. Bergeret, H. Kohut, A. Wolbert, E. Zetzel, C. Paz, Arthur Mandelbaum, Harold Searles, Manuel Furer, James Masterson, Peter Hartco llis, Cesar Meza. R. Ektein ha estudiado niños y adolescentes fronterizos.

Roy Grinker y sus colaboradores en "The Borderline Syndrome" realizan una investigación sistemática de lo- que ellos consideran la calidad esencial del síndrome, a sa- ber: el defecto o desorganización de las funciones yoicas.

Para ello estudian a 51 pacientes mediante un di- seño de investigación basado en un marco de referencia de - funciones yoicas que analiza múltiples variables de rasgos- de conducta. Dichas variables fueron cuantificadas y anali- zadas estadísticamente, para luego traducir los resultados- estadísticos a palabras que describen rasgos de conducta en términos clínicos. Llegan a la conclusión de que existen - cuatro subgrupos de pacientes "borderline" que son los si- guientes:

Grupo 1: "Fronterizo Psicótico".

Estos se caracterizan clínicamente por conductas-inapropiadas y negativas hacia otras personas, ya sea en -- contacto individual, en actividades de grupo o en programas de hospital. Son descuidados en su arreglo personal y si--guen hábitos erráticos tanto en el comer como en el dormir. No aprovechan adecuadamente el medio terapéutico permisivo--del hospital. Esta conducta manifiesta es congruente con -- sus verbalizaciones. Las medidas concernientes a variables relacionadas con la percepción del "self" y de otros, así--como de situaciones y eventos, presentan deficiencias. Su--espontaneidad es limitada. Muestran afectos esencialmente--negativos para con otros pacientes y para con el personal,--mismos que expresan verbal y preverbalmente ocasionalmente. Además presentan depresiones de duración reconocible. En -- síntesis, las características clínicas de este grupo son:

1. Conductas inapropiadas y no adaptativas;
2. Deficiencia en el sentido de identidad del "self" y del sentido de realidad.
3. Conducta negativa y cólera hacia otras personas; y
4. Depresión.

Grupo II: "Síndrome Fronterizo Esencial"

Este grupo se caracteriza por afecto negativo ge-

neralizado que es actuado en varias formas. La conducta de estos pacientes no se aproxima ni a la psicótica ni a la -- neurótica; tampoco presentan una conducta pasiva en su -- adaptación. De hecho, parecen conocer sus identidades, si bien no siempre se conducen de acuerdo a ésto. El escrutinio de las variables deja un sentimiento de confusión en -- los investigadores, mismo que caracteriza exactamente a este grupo. Muestran adaptabilidad y actuaciones negativas, conductas tanto negativas como positivas, afecto negativo -- evidenciando, cuando mucho, poca involucración con los demás. Suelen deprimirse, mas no cuando actúan su hostilidad. Participan en actividades o se rebelan ante el medio, mediante conducta inapropiada. Sus características típicas -- son las siguientes:

1. Involucración vacilante con otras personas.
2. Expresiones de cólera manifiestas o actuadas;
3. Depresión;
4. Ausencia de índices de una identidad consistente del -- "self".

Grupo III: "Personas Adaptativas, Carentes de Afecto, De-- fendidas, "Como sí".

Este grupo se caracteriza por conducta aplanada y adaptativa. Hay poca evidencia de conducta inadecuada o de afecto negativo; pero también carecen de afecto positivo.-

No hay evidencia de que sientan amor por nadie y por nada.- Tampoco se dan indicios de un sentido de auto identidad -- bien desarrollada. Este grupo corresponde a las personas - "como sí" de Helen Deutsch. Sus características pueden resumirse en la siguiente forma:

1. Conducta apropiada y adaptativa;
2. Relaciones complementarias "como sí";
3. Poco afecto o espontaneidad;
4. Retraimiento e intelectualización

Grupo IV: "La Frontera con las Neurosis".

Denotan un nivel alto de afectos positivos dirigidos hacia personas del sexo femenino, lo cual coincide con una depresión con apego infantil. Presentan cuadros semejantes a los de depresivos crónicos. Las características sobresalientes de este grupo son:

1. Depresión de apego tipo infantil (anaclítica);
2. Angustia;
3. Parecido general a los trastornos narcisísticos neuróticos.

Roy Grinker y sus colaboradores describen como características generales del síndrome "Borderline" las siguientes:

1. La cólera parece constituir el principal o único afecto que experimentan estos pacientes y la expresan más o menos directamente hacia una variedad de blancos.
2. Existe un defecto en las relaciones afectivas. Estas son anaclíticas, dependientes o complementarias y raramente recíprocas.
3. Ausencia de indicios de una auto-identidad consistente, la cual parece relacionarse con la carencia de relaciones afectivas consistentes y con la aparición de cólera ante la cercanía. Esta conducta vacilante se asocia -- con una visión confusa del "self" y una frecuente suposición de complementaridad.
4. Depresión que no se caracteriza por los rasgos típicos de gran culpa, auto-acusación, remordimiento y desesperanza, sino más por una soledad que surge cuando se percatan del predicamento que confrontan al no poder com--prometerse en un mundo de individuos que establecen -- transacciones. En el grupo IV la depresión es distinta, en tanto que aparece como más anaclítica, en contraste con la depresión que se da acompañada de cólera.

Los autores establecen un diagnóstico diferencial en relación con el síndrome "borderline" para distinguirlo-

de otros padecimientos, tales como: esquizofrenia, esquizofrenia pseudoneurótica, depresión y trastornos de carácter de la personalidad. En cuanto a la diferenciación entre el síndrome "borderline" y la esquizofrenia, señalan que el fronterizo no presenta, como el esquizofrénico, las siguientes características:

1. Alteraciones en los procesos intelectuales de la asociación;
2. Pensamiento autista y regresivo;
3. Pseudomutualidad en las relaciones familiares;
4. Delirios o alucinaciones;
5. Deficiencias en los aspectos connotivos del lenguaje.

Sin embargo, en el grupo 1 aparecen conductas negativas o inapropiadas que indican proximidad a la desintegración. Cuando aparece la desintegración "psicótica" es transitoria; en ocasiones sólo dura unas horas. Estos episodios calificados como "psicóticos" son distintos a los observados en las psicosis esquizofrénicas y parecen ser provocados por cólera inmanejable, dada la deficiencia de defensas yoicas. Señalan que estos episodios son egodistónicos en el fronterizo. Al reconocer la inminencia de cierto grado de desintegración el paciente voluntariamente busca ayuda. Los autores afirman que existe una tendencia a confundir al fronterizo con el esquizofrénico pseudo-neurótico. Citan a Weingarten y a Korn para apuntar 7 caracterís-

ticas de la esquizofrenia psiconeurótica; a saber:

1. Una fachada social buena, conducta apropiada y apariencia cuidadosa;
2. Logros académicos y laborales.
3. Trastornos del pensamiento subyacente que involucran pensamiento de proceso primario.
4. Respuestas emocionales forzadas o propositivas;
5. Estados tensionales que no ceden y una turbulencia constante;
6. Aceptación egosintónica de trastornos del pensamiento, -reacciones egodistónicas ante la inadaptación social o el fracaso académico;
7. Defensas neuróticas y psicóticas profusas y desintegradas.

En cuanto al diagnóstico diferencial con la depresión, anotan lo siguiente: en el paciente fronterizo la --apariencia depresiva es típicamente un sentimiento de soledad, carente de culpa y remordimiento, acompañado de la expectativa de que el mundo externo les debe gratificaciones y de intentos coléricos de forzar a otros a que se los den. En general, a pesar de que el efecto depresivo se encuentra frecuentemente en el fronterizo, no corresponde al cuadro -encontrado en el síndrome depresivo. La depresión del fronterizo está constituida por sentimientos de soledad y aisla

miento, salvo en el grupo IV, en el que se parece al síndrome anaclítico neurótico dada la voracidad por lograr gratificaciones de dependencia.

La investigación realizada por Grinker y sus colaboradores tiene el mérito de utilizar un modelo de investigación que reporta hallazgos que han permitido una sistematización por grados en la línea continua que va de mayor patología hacia la salud.

— * —

A continuación se presenta una síntesis de las -- aportaciones de Otto Kernberg.

Este autor realiza en "Borderline Conditions and Pathological Narcissism" una importante revisión de la bibliografía en torno al fronterizo y sistematiza los aspectos descriptivos, diagnósticos, genéticos, dinámicos, estructurales y de relaciones de objeto, para posteriormente ahondar en los aspectos terapéuticos propiamente dichos: contratransferencia, principios generales del tratamiento, sus complicaciones e implicaciones técnicas, y pronósticos.

En su análisis descriptivo señala cómo estos pacientes presentan lo que superficialmente parecen ser síntomas neuróticos típicos que incluyen peculiaridades muy espe

ciales, por lo que se requiere de un examen diagnóstico cuidadoso que revela una combinación específica de síntomas. Ninguno de ellos son patognomónicos, pero la presencia de dos y, particularmente de tres, es muy significativa. Enfatiza que el diagnóstico depende de la patología yoica característica y no de los síntomas descriptivos. En la lista de estos últimos incluye los siguientes:

- a). Angustia crónica, difusa, libre y flotante;
- b). Neurosis polisintomática;
- c). Tendencias sexuales polimorfo perversas;
- d). Estructuras de personalidad prepsicóticas -- "clásicas";
- e). Neurosis impulsivas y adicciones; y
- f). Trastornos de carácter de "nivel inferior".

Describe éstos últimos como niveles de funcionamiento defensivo primitivo y establece la diferencia entre la personalidad histérica, en la cual las defensas son de "nivel superior". El funcionamiento de defensas en la personalidad infantil es de nivel medio y se aproxima al campo fronterizo. En la personalidad narcisista, típica del trastorno de carácter, las defensas son de "nivel inferior".

Este autor señala que existe una relación directa entre el nivel de patología caracterológica y el nivel de integración superyoica. Otra característica que describe

es la aproximación al nivel psicótico depresivo que se traduce en desorganización yoica y en un severo retraimiento de vínculos emocionales con la realidad. Concluye que son importantes para el diagnóstico tanto la calidad como la cantidad de la depresión.

En su análisis estructural considera al YO como una estructura general que integra subestructuras y funciones; analiza los derivados estructurales específicos de las relaciones de objetos internalizados, que son particularmente importantes en la patología del fronterizo. Incluye en su análisis estructural los siguientes elementos:

A. Manifestaciones inespecíficas de debilidad yoica.

- a). Ausencia de tolerancia a la angustia;
- b). Carencia de control de impulsos; y
- c). Carencia de canales sublimatorios bien desarrollados.

Lo importante no es tanto el grado de angustia, sino la reacción del Yo ante la carga adicional de ésta. La falta de control de impulsos se caracteriza por la egosintonicidad de éstos durante el lapso en que se da su salida. Este fenómeno es repetitivo y señala la ausencia de contacto emocional entre esa parte de la personalidad y el resto de la auto-experiencia. Es igualmente importante el uso de la negación que secundariamente defiende este rompimiento -

por medio del mecanismo de escisión. La ausencia de capacidad para gozar y para obtener logros creativos son los indicios más significativos de falta de capacidad sublimatoria.

- B. Virajes hacia pensamiento de proceso primario que se detectan particularmente mediante el diagnóstico por medio de una batería de pruebas, ya que aparecen en las menos estructuradas. Este es un indicio importante, -- por lo que se debe considerar que el diagnóstico mediante pruebas proyectivas es un instrumento indispensable.
- C. Operaciones defensivas específicas del nivel de organización de la personalidad fronteriza. Una de las tareas esenciales del desarrollo e integración del Yo es la síntesis de introyecciones e identificaciones tempranas y posteriores para una identidad estable del Yo. En las fases más tempranas del desarrollo, la capacidad integradora aún no se da, por lo que aparece una división de las relaciones de objetos internalizados que se viven como "totalmente buenos" o "totalmente malos". Cuando esta división se continúa realizando activamente en forma defensiva, lo que opera es el "splitting" o escisión. Tal como lo describe Anna Freud, este mecanismo se da normalmente durante el primer año de vida, pero va siendo suplantado por otros más evolucionados como la represión, la formación reactiva y el aislamiento. -- Cuando su uso persiste, se activan estados alternativos

y contradictorios del Yo, mismos que se mantienen aislados unos de otros, con la finalidad de evitar angustia. Este fenómeno obstaculiza los procesos integradores que normalmente cristalizan en una identidad yoica estable. En estos casos, subyace el síndrome de difusión de identidad, descrito por Erikson.

Para que se logre la internalización de relaciones de objeto, necesitan darse dos tareas esenciales que el Yo debe realizar en rápida sucesión:

a). Diferenciación de imágenes del "self" y de imágenes del objeto que forman parte de introyecciones e identificaciones tempranas; y

b). La integración de imágenes del "self" y del objeto, construídas bajo la influencia de derivados del impulso libidinal, con sus correspondientes imágenes, debidas a la influencia de derivados del impulso agresivo. Tanto la gratificación excesiva, como la frustración en demasía, interfieren con la primera de estas tareas; la segunda logra que se integre n los objetos "totalmente buenos" con los "totalmente malos" y que lo mismo suceda con las imágenes del "self". Cuando ésto se logra, contribuye a una mayor diferenciación entre las representaciones del "self" y del objeto, que también se tornan más realistas, o sea "buenas y malas".

El principal defecto en el desarrollo de la organización fronteriza consiste en la incapacidad para sintetizar introyecciones e identificaciones positivas y negativas. Para Kernber, el exceso de agresividad puede surgir tanto de los impulsos agresivos, determinada constitucionalmente, como por una frustración temprana severa. Cabe señalar que Kernberg utiliza el término de "splitting", o escisión, en forma restringida para referirse al proceso activo de mantener separadas las introyecciones e identificaciones de calidad opuesta. La escisión interfiere con la neutralización de la agresión, privando al Yo de una de sus fuentes de energía, y, por lo tanto, debilitándolo.

Los principales mecanismos utilizados por el fronterizo son: escisión, idealización primitiva, formas tempranas de proyección, especialmente la identificación proyectiva, negación, omnipotencia y devaluación.

D. La patología de las relaciones de objetos internalizados. Esta se caracteriza por la incapacidad de sintetizar las introyecciones e identificaciones "buenas" y las "malas", debido a que la agresión primaria, o la consecuente a la frustración, son excesivas. Los efectos de la persistente escisión entre introyectos puramente buenos o malos son múltiples:

a). En primer lugar, la falta de interpenetra---

ción de derivados de los impulsos libidinales y agresivos - interfiere con la modulación normal y con la diferenciación de disposiciones afectivas del Yo;

b). Se da una tendencia crónica a la salida de - afectos primitivos.

c). El Yo no logra experimentar depresión, preocupación, ni culpa cuando no se logran unir los introyectos positivos y los negativos. La capacidad yoica para la depresión depende, aparentemente en gran medida, de la tensión entre imágenes contradictorias y diferentes del "self", que se desarrolla cuando ambos tipos de imágenes se integran; - de tal suerte que la propia agresión puede reconocerse. Dicha capacidad para deprimirse también depende de que los objetos dejen de verse como totalmente "buenos" o "malos", para que la combinación de amor y agresión hacia los objetos-integrados y "totales" pueda reconocerse, motivando culpa e interés por el objeto. Debido a la incapacidad de sentir - culpa e interés, las reacciones depresivas de estos pacientes adoptan formas de rabia impotente. Se sienten derrotados por fuerzas externas. No viven el duelo ante la pérdida de objetos buenos, ni se arrepienten de su agresión hacia otros, o hacia sí mismos.

La imposibilidad de percibir a los objetos totales interfiere seriamente con la integración superyoica. --

Los componentes primitivos sádicos del Super Yo, que representan imágenes de objetos internalizados, relacionados con los conflictos pregenitales, son intolerables y por lo tanto, proyectados como objetos externos malos. De igual manera, la sobreidealización de representaciones de objeto y de imágenes del "self" totalmente buenas, solamente crea ideales irreales de poder, grandeza y perfección impidiendo demandas y metas más reales, que serían logradas mediante la integración del Super Yo. Cuando esta situación se da, al paciente le es imposible integrar las demandas realistas de los padres.

En síntesis, imágenes del "self" primitivas, irreales y contradictorias persisten en el Yo. Por lo que un -- autoconcepto integrado no se desarrolla; de igual forma, - las imágenes de objeto no se integran, por lo que interfieren con una evaluación real de los objetos externos. La -- constante proyección de representaciones del "self" y del - objeto totalmente "malas" perpetúa un mundo peligroso de objeto amenazante, contra el cual se utilizan defensivamente las imágenes del "self" totalmente "buenas", llegándose a - constituir auto imágenes ideales megalomaniacas. Estos pacientes logran mantener suficiente delimitación entre el -- "self" y los objetos, o sea que logran estabilidad en sus - fronteras yoicas, para permitir una adaptación práctica ante las demandas de la realidad; pero la falta de la integra

ción le representaciones del "self", de los objetos y del Super-yo impide una mayor internalización de la demanda de la realidad, particularmente de la realidad social. De allí que su capacidad empática se vea interferida, impidiendo calor y profundidad en sus relaciones interpersonales. Esta superficialidad en las relaciones también se debe al temor a su intensa agresión, y les permite defenderse de la idealización del objeto, ante el cual sentirían la necesidad de someterse y fundirse. También se defienden así de la rabia potencial que se despierta ante la anticipación de la frustración de sus necesidades pregenitales, que se movilizan ante los objetos idealizados. Kernberg describe a este tipo de pacientes como agresivos, demandantes, explotadores, manipuladores y desconsiderados; devalúan a los objetos y necesitan controlar el ambiente para defenderse de la erupción de reacciones más primitivas. Cuando se ven en la necesidad de retraerse, recrean en su fantasía relaciones interpersonales en las que expresan todas sus necesidades ambientales, pero bajo estos sentimientos aparecen fantasías omnipotentes, y actitudes narcisistas. Presentan, debido a la patología antes mencionada, una calidad "como si", camaleónica, en su aparente adaptación a la realidad. Esta calidad se debe a lo que Erikson llama "difusión de identidad".

En su análisis genético dinámico, Kernberg señala que es un hallazgo común en pacientes con organización de

personalidad fronteriza, el que durante sus primeros años - hayan vivido frustraciones extremas y agresión primaria o - secundaria intensísimas. Las agresiones oral y anal excesivas tienden a proyectarse y causan la distorsión paranoide de las imágenes maternas tempranas. La madre es vivida como peligrosa y el odio hacia ella se extiende hacia ambos - padres, que son vividos como una unidad. La falta de diferenciación entre ambas figuras tiende a producir en ambos - sexos una imagen peligrosa combinada de padre-madre, lo -- cual les lleva a vivir toda relación sexual posterior como - peligrosa y llena de agresión. Además se da un desarrollo - defensivo y prematuro de necesidades genitales que, a su -- vez, se ven contaminadas y suelen llevar a tendencias polimorfo-perversas.

Los análisis descriptivo, estructural, y genético y dinámico le permiten al autor plantear que los pacientes -- con trastornos de personalidad de tipo fronterizo presentan el siguiente cuadro:

1. Constelaciones sintomáticas, tales como: ansiedad difusa, formas especiales de neurosis polisintomáticas, patología caracterológica "prepsicótica", y funcionamiento defensivo "inferior".
2. Ciertas constelaciones defensivas del Yo; una combinación de manifestaciones de debilidad yoica inespecífi--

cas y un cambio hacia procesos primarios de pensamiento, así como mecanismos defensivos primitivos tales como: - escisión, idealización primitiva, formas tempranas de - proyección, identificación proyectiva, negación, omnipotencia y devaluación.

3. Patología específica de las relaciones de objetos internalizados; y
4. Vicisitudes instintivas específicas como son la condensación patológica particular de metas pregenitales y genitales bajo la influencia arrolladora de necesidades - agresivas pregenitales.

Kernberg se ocupa ampliamente de la contratransferencia y destaca el riesgo de que el analista juegue la contraparte en la identificación proyectiva que tanto usan este tipo de pacientes. También destaca el estancamiento que puede darse en la contratransferencia, cuando se descuida - el análisis permanente y sistemático de la transferencia negativa.

Es fácil que el terapeuta caiga en una contratransferencia crónica, misma que nace debido a que el paciente- destruye la identidad yoica madura y estable del terapeuta, quien tiene que tolerar regresiones propias y la reactivación de sus propias relaciones conflictivas tempranas. Surgen impulsos agresivos en el terapeuta, que éste necesita -

controlar y utilizar en beneficio del paciente. El esfuerzo por manejar la contratransferencia, manteniendo la tolerancia y neutralidad para con el paciente, para conservar - el contacto emocional con éste, aumenta mucho el "stress"-del terapeuta. La conducta agresiva del paciente mina la - autoestima y el autoconcepto del terapeuta. De ahí que frecuentemente tenga que luchar simultaneamente con el surgi--miento de sus propios impulsos primitivos; con la tenta---ción de querer controlar al paciente, en su afán de contro--lar sus propios impulsos; con la tentación de someterse al esfuerzo controlador del paciente. Esto puede llevar a si--tuaciones de estancamiento transferencial-contratransferen--cial, en cuyos casos, es conveniente la introducción de mo--dificaciones a la técnica y puede llegar a necesitarse la - hospitalización.

Kernberg enfatiza reiteradamente la necesidad de anali--zar sistemáticamente la transferencia negativa latente y manifiesta, simultánea al bloqueo del "acting out" de la transferencia. Todo lo anterior, unido al enfoque constante di--rigido hacia el fortalecimiento del Yo observador, ya que - considera estas condiciones indispensables para que se dé--el cambio y el crecimiento del paciente. Recomienda que la interpretación de la transferencia negativa sea mayormente--en el aquí y el ahora, así como en la vida inmediata del paciente. Se interpretará mucho menos en referencia a los --

conflictos inconscientes del pasado; pero puede hacerse -- cuando dichos conflictos sean conscientes.

Señala también como estos pacientes tienden a disociar la transferencia puramente positiva de la negativa, - debido al uso de la escisión. Es muy importante enfocar y aceptar la transferencia positiva para deshacer la autoimagen de "maldad total" del paciente. Para el manejo de la - escisión, aconseja unir e integrar lo que en la superficie parecen estados yoicos alternantes y emocionalmente independientes, sin buscar material inconsciente.

El paciente se vale de la idealización primitiva - para proteger al terapeuta de la proyección de toda su propia agresión. Entonces el terapeuta se convierte en un Super-yo exigente.

Cuando predominan núcleos narcisistas en el terapeuta, se corre el riesgo de caer en un círculo mágico de - admiración mutua. Es necesario manejar simultáneamente los aspectos irreales de la transferencia y reconocer los sentimientos positivos que también existen. Bajo la idealiza--- ción suelen subyacer temores paranoides y sentimientos agresivos muy intensos.

Kernberg considera como característica indispensable en el terapeuta el que éste sienta un genuino interés - por servir al paciente, así como el contar con capacidad pa

ra acompañar al paciente a revivir su pasado, sin perder el presente.

Para ubicar el tipo de terapia que recomienda, -- Kernber señala que quizá el autor que mejor ha definido la distinción entre el psicoanálisis clásico, de las terapias de corte analítico ha sido M.M. Gill quien señala que, en sentido estricto, el psicoanálisis involucra:

- a). Un apego consistente del analista a la regla de neutralidad,
- b). El desarrollo en el paciente de una neurosis de transferencia regresiva, y
- c). La resolución de la transferencia, exclusivamente mediante técnicas interpretativas.

A diferencia de lo anterior, las terapias de corte analítico se caracterizan por:

- a). Un menor apego a la regla de neutralidad;
- b). El reconocimiento de los fenómenos transfe-- renciales y de las transferencias resis-- tenciales pero,
- c). El uso de diversos grados de interpretación-- de estos fenómenos, sin propiciar el desarrollo de neurosis de transferencia.
- d). La resolución de la transferencia no se da - únicamente por medio de la interpretación.

Los métodos terapéuticos utilizados por diversos autores fluctúan en la línea continua que se dá desde un extremo en el que se ubica el análisis "clásico" hasta el otro, en el que encontramos las llamadas terapias de "corte psicoanalítico".

Fissler ahonda más en la distinción establecida por Gill describiendo lo que llama "parámetros de la técnica" que implican modificaciones al encuadre analítico que suelen ser necesarias en el manejo de pacientes con distorsiones yoicas severas. Recomienda que tales parámetros se introduzcan sólo cuando sean indispensables, manteniéndose en un mínimo, y cuando se utilicen, sea bajo circunstancias que permitan su autoeliminación y su resolución mediante la interpretación, antes de terminar el análisis. Esto permite que una terapia se convierta posteriormente en análisis.

Por su parte, Kernberg se sitúa en la media de esta línea continua pero aclara que existen algunos fronterizos susceptibles de ser psicoanalizados, en el sentido estricto de la palabra. El autor señala la conveniencia de introducir modificaciones cuando éstas sean necesarias para controlar el "acting out" dentro de la situación terapéutica, limitándolo abiertamente cuando sea excesivo. Incluye medidas como: hospitalización, si se hace necesaria; frecuencia de sesiones y la concesión o ausencia de contactos fuera de sesiones; aclaraciones de realidad que abarcan mu

chas de las comunicaciones terapéuticas, así como sugerencias directas y consejos implícitos que son difíciles de evitar en algunos casos. También recomienda un manejo cara a cara para enfatizar los aspectos de realidad. Es indispensable mantener siempre la necesidad de interpretar las defensas típicas del paciente, ya que sólo así se va logrando el fortalecimiento yoico. Insiste en la necesidad de manejar adecuadamente la transferencia negativa latente para poder evitar estancamientos, "actings" serios, o la interrupción del tratamiento. Concluye que la disolución consistente de la transferencia negativa latente y manifiesta es probablemente el requisito indispensable para la ampliación del Yo observador y para la soldificación de la alianza terapéutica. Siguiendo a Strachey, señala que primero tiene que darse la modificación cualitativa del Super-yo, y segundo, la expresión más libre de los impulsos, lo que permite al analista señalar la discrepancia entre la percepción que tiene el paciente de él, como un objeto de la fantasía arcaica y lo que es el analista, como persona real. El paciente así va captando lo excesivo e inapropiado de su agresividad hacia el objeto externo y va logrando "insight" con respecto al origen de su reacción. Esto disminuye gradualmente su necesidad de proyectar tal agresión hacia su terapeuta. Para que ésto suceda, se requiere de un Yo observador. Poco a poco se va dando un refuerzo mutuo entre el Yo observador y la interpretación de los ciclos proyecti

vo-introyectivo.

En cuanto al enfoque y análisis sistemático de -- las transferencias negativas latente y manifiesta, recomien da que el manejo se limite al aquí y al ahora y que se re-- fiera sólo parcialmente a los orígenes genéticos y a los -- conflictos originales inconscientes. Debe, así mismo, com-- plementarse con un exámen sistemático y un análisis de las-- manifestaciones de transferencia negativa, fuera de las re-- laciones terapéuticas, en la vida inmediata del paciente, - en todas las áreas de sus relaciones interpersonales. Esto lo fundamenta en el hecho de que el paciente de por sí tie-- ne dificultad para distinguir al terapeuta como persona -- real, de los objetos transferenciales proyectados. Si se - utilizan reconstrucciones genéticas se abren canales regre-- sivos, lo cual puede disminuir aún más la prueba de reali-- dad. Sin embargo, los elementos conscientes que el pacien-- te tenga de su pasado, pueden incluirse porque sirven para-- ayudarlo a distinguir entre la transferencia y la realidad. El deflexionar la transferencia negativa, tiende a fomentar la prueba de realidad y a dar considerable apoyo al fronte-- rizo. También es sumamente importante no descuidar la trans-- ferencia positiva, misma que debe enfatizarse para dismi--- nuir la distorsión del paciente en la percepción de su "self" como totalmente "malo".

Al considerar al aspecto del pronóstico del fronterizo, Kernber destaca la importancia de contar con:

- a). Un diagnóstico caracterológico del paciente;
- b). Una evaluación del grado y calidad de la debilidad yoica.
- c). El conocimiento del grado y calidad de la patología y del Super-yo, y
- d). La calidad de las relaciones objetales.

También destaca como particularmente importante - la pericia y la personalidad del terapeuta. El diagnóstico basado en el uso de mecanismos defensivos es particularmente importante. La falta de control de impulsos es un signo pronóstico serio que afectará el tratamiento en cuanto al "acting out" de la transferencia. A mayor actuación, mayor será la necesidad del terapeuta de apartarse de su actitud-neutral y, por lo tanto, menor será la analizabilidad del paciente. No recomienda psicofármacos para reducir la angustia, salvo cuando ésta alcance límites casi psicóticos.

La falta de canales sublimatorios bien establecidos es un factor pronóstico crucial y difícil de evaluar. - Los principales índices de capacidad sublimatoria son la posibilidad de gozar del trabajo y de la vida, así como la capacidad de realizar logros creativos; ésto debe distinguirse de la eficiencia. El autor vincula la capacidad sublima-

toria con las relaciones objetales, en tanto que la capacidad de desarrollar relaciones con objetos totales, así como la capacidad de integrar aspectos de amor y de odio en la relación con otros y con uno mismo, son un pre-requisito para desarrollar plenamente la sublimación. La capacidad de establecer o mantener valores que trasciendan a uno mismo es un eslabón entre las vicisitudes de las relaciones de objeto internalizadas, por una parte, y la capacidad de beneficiarse por medio de la relación psicoterapéutica, por la otra.

La prueba de realidad, estrictamente concebida como la capacidad de diferenciar entre el mundo intrapsíquico y los eventos percibidos en el afuera, es una función yoica que los pacientes fronterizos conservan. Pueden perderla transitoriamente bajo situaciones de tensión, bajo el influjo del alcohol y de drogas, así como durante la psicosis de transferencia. Todo esto, a diferencia de lo que acontece en el esquizofrénico, en el que dicha pérdida es permanente. Otra diferencia entre ambos tipos de pacientes son las alucinaciones y los delirios, ausentes en fronterizos.

En síntesis, algunos factores de fuerza o debilidad yoica tienen importancia pronóstica definitiva, particularmente las manifestaciones inespecíficas tales como: el control de impulsos, la tolerancia a la angustia y el potencial sublimatorio. Mientras que factores tales como la --

prueba de realidad, el predominio de procesos primarios de pensamiento y el predominio de mecanismos de defensa son importantes para el diagnóstico, pero no para el pronóstico.

Kernberg destaca el nivel de desarrollo superyoico como sumamente importante para el pronóstico. Será mayor dicho desarrollo en la medida en que estén presentes estructuras superyoicas despersonificadas, abstractas o integradas, lo cual se reflejará en su capacidad para involucrarse e interesarse en los demás. Otro índice es la capacidad para sentir culpa, de presión e "insight", así como el grado y las implicaciones estructurales de las tendencias antisociales. Finalmente, la calidad de las relaciones de objeto tiene también, como se ha venido mostrando, un alto valor diagnóstico.

Los índices pronósticos deben utilizarse desde las entrevistas iniciales para la selección ya sea del modelo psicoanalítico "clásico", o de la aplicación de las modificaciones señaladas por el autor. Agrega que el pronóstico depende también de varios procesos y variables que se refieren a desarrollos y cambios que se van dando como parte del intercambio terapéutico y que incluyen:

- a). El grado en que algunos rasgos egosintónicos pueden llegar a ser egodistónicos;
- b). El grado de introspección;

- c). El grado en que los pacientes puedan desarrollar relaciones de objeto auténticas con sus terapeutas y
- d). El grado en que pueda resolverse la reacción terapéutica negativa.

Una última variable que revisa el autor, misma -- que, teniendo implicaciones pronósticas importantes, no depende del paciente, es la pericia y la personalidad del terapeuta. Kernberg sostiene que los pacientes con poca fuerza yoica requieren de terapeutas con gran pericia, ya sea para tratamientos de apoyo o para los de tipo expresivo. Insiste en que el terapeuta necesita una gran habilidad y experiencia para crear la estructuración justa durante las sesiones y en la vida del paciente, así como para preservar -- simultáneamente una posición esencialmente neutral. Cada paciente pone a prueba, en formas nuevas, la capacidad del terapeuta; determinando así un acomodo único que constituye una variable también única dentro del pronóstico. Sin embargo, es sumamente difícil separar la influencia de las características de la personalidad del terapeuta, de factores contratransferenciales, así como de la técnica utilizada; mas no por ello la personalidad del analista deja de -- constituir una variable pronóstica sumamente importante en el tratamiento del fronterizo.

Resumiendo, Kernberg propone una estrategia terapéutica psicoanalítica general para pacientes fronterizos - que consiste en:

1. La elaboración sistemática de la transferencia negativa en el aquí y el ahora, sin intentar reconstrucciones genéticas completas;
2. La interpretación de constelaciones defensivas características de estos pacientes en la medida que entran en la transferencia negativa;
3. La fijación de límites para bloquear la actuación de la transferencia utilizando tanta estructuración de la vida externa del paciente como se considere necesaria para proteger la neutralidad del analista. Esta estructuración puede llegar a incluir la hospitalización en algunos casos.
4. Evitar la interpretación de los aspectos moderados y -- más tardíos de la transferencia positiva con el objeto de propiciar el desarrollo gradual de la alianza terapéutica.
5. La formulación clara de interpretaciones para que las - distorsiones de las intervenciones del analista y de la realidad actual, particularmente de sus percepciones durante la sesión, puedan ser clarificadas sistemáticamente.

6. Elaboración primero de la transferencia distorsionada, en algunos momentos hasta de naturaleza casi psicótica, que refleja las relaciones de objeto internas, relacionada con alteraciones yoicas tempranas, para luego abordar la transferencia relacionada con sus experiencias infantiles reales.

El supuesto general en que se sustenta esta estrategia terapéutica es el de que la interpretación de las defensas primitivas características del fronterizo, así como de las relaciones primitivas internalizadas de objetos relacionadas con tales mecanismos defensivos, fortalecen al Yo del paciente y producen cambios estructurales intrapsíquicos que resuelven la organización fronteriza de la personalidad.

Añade a los señalamientos anteriores los siguientes:

1. Un mínimo de dos sesiones semanales.
2. Manejo cara a cara.
3. No sujetarse a la regla básica de libre asociación, sino pedir al paciente que se exprese tan libre y abiertamente como le sea posible, en cuanto a lo que le pase por la mente y en lo relativo a sus preocupaciones diarias. Se le indica que hable de lo que considera importante. Frecuentemente se dan constelaciones de comuni-

cación bizarras y contradictorias, en cuyos casos recomienda se le plantee ésto al paciente, para aclarar sus percepciones en relación a las intervenciones del terapeuta.

4. Una vez que el terapeuta haya comprendido una constelación transferencial predominante, con relación a un desarrollo emocional significativo durante la sesión, podrán aclararse e interpretarse la auto imagen, la imagen del objeto y el afecto involucrado.

El autor plantea algunos de los problemas especiales en el manejo de las fases iniciales del tratamiento, tales como: la retención consciente del material, la consistente devaluación de toda ayuda recibida, el desarrollo crónico de percibir una falta de significado en la interacción terapéutica, la retención y control paranoides, el "acting-out" temprano y acentuado, el mal uso de información anterior relativa al tratamiento, la calidad predominante de las reacciones de separación y, finalmente, la relación del terapeuta con el equipo del hospital, en aquellos casos en que se requiera hospitalización.

No obstante las críticas que algunos autores hacen a Kernberg particularmente aquellos que discrepan con su planteamiento de modificaciones al modelo analítico clásico, porque sostienen que los pacientes fronterizos deben-

ser tratados mediante el análisis sin modificaciones, es indudable que las aportaciones de Kernberg constituyen un esfuerzo metódico e importante que debe conocerse. Quizá la mayor virtud de su obra estriba en la síntesis que hace de aportaciones anteriores, así como en el énfasis, en ocasiones un tanto repetitivo, de la importancia que tienen las relaciones de objeto y el abuso de mecanismos defensivos tempranos. Por otra parte, son de sumo valor el cuidado y precisión con los que describe la técnica para analizar dichos mecanismos.

Es de toda justicia reconocer que, si bien su obra no había sido estudiada cuidadosamente durante las primeras seis fases del tratamiento objeto de este estudio, el posterior contacto con sus conceptos contribuyó en forma muy importante a la comprensión requerida para la elaboración del Capítulo V de esta tesis.

*

A continuación se presentan citas de las principales aportaciones de Cesar Meza, quien en su libro "El Colérico" plantea con singular sensibilidad las vicisitudes que confronta el terapeuta que acepta el reto de trabajar con este tipo de pacientes.

Basándose en la revisión de 16 casos, el Dr. Meza concreta y define los elementos componentes y el conjunto de la situación y circunstancia conocida como "borderline"-enfocando las causas y los efectos, la interrelación de estos elementos y su propósito, así como la evolución del proceso psicopatológico y su íntimo significado. Plantea 10 conclusiones que se señalan a continuación, ampliadas para incluir conceptos particularmente significativos del mismo autor.

1. "La casuística ofrecida demuestra que el llamado "borderline" es un colérico".
2. "Persistentemente se comete el error diagnóstico de ver esquizofrenia en el "borderline".
3. "En el colérico "borderline", la cólera varía de intensidad desde la violencia que, debidamente o no, ha requerido de hospitalización, hasta la depresión neurótica y la parálisis colérica. En todos los casos se trató de un mismo síndrome etiopatogénico y de un mismo cuadro psicodinámico y metapsicológico. Colérico sólo hay uno, aunque en amplia y variada gama de intensidad".
4. "El colérico está caracterizado por un conjunto histórico clínico constante, formado por la cólera permanente y los padres encolerizantes".
5. "El factor genético lo constituyen los padres encoleri-

zados, compuesto, a su vez, por uno de ellos atropellante (la mayoría de las veces el padre) y otro inefectivo (generalmente la madre o la madre substituta), incapaz de dar afecto, ni refugio, ni protección. La gama de variantes es grande pero siempre hay uno activamente humillante y otro pasivo e irritante. El progenitor pasivo puede tornarse activo o estar ausente de modo total. A la anterior conclusión cabe agregar que también señala el narcisismo y el sado-masoquismo como los elementos más nocivos de estos padres. Todo lo anterior, precedido por un factor inicial: el futuro colérico no fue hijo deseado".

6. "Las conclusiones 4 y 5 son refutables: el que sufre de cólera permanente se encuentra, en razón directa a su propia protección, su estímulo generador (uno de los padres atropellante y otro inefectivo) o viceversa: encontrada esta combinación, puede encontrarse también al hijo sumido en cólera permanente".
7. "La cólera es una defensa somatopsíquica ontogenética - con asiento neurológico cerebral y desarrollo psicodinámico".
8. "Psicodinámicamente el colérico responde a las expresiones "no valgo nada" y "no me quiere nadie", o sus equivalentes, asentadas sobre un terreno de cólera permanente

te. (Dichas expresiones no perfilan un colérico cuando no se asientan sobre esa cólera permanente). Los síntomas y la evolución corresponden a este concepto; en cambio, el tratamiento y las medidas preventivas encuadran dentro del reverso equivalente a "si valgo" o "si soy - querido y aceptado", correspondiendo entonces a medidas constructivas que apuntalan y consolidan la identificación".

Otras de las características principales que incluye el autor son: además de la cólera, la desesperanza y el resentimiento; una actitud permanente también de agresividad defensiva que llega a ser sintónica, expresándose espontáneamente, se torna incontrolable y llega a ser satisfactoria y fuente de orgullo.

De su cólera obtiene energía para detener la agresión de los padres y, después, encaminarse a buscar su identidad. Otros síntomas adicionales e íntimamente relacionados con todo lo anterior son: una acentuada exigencia, sin la menor consideración para los demás; miedo a ser agredido, a devolver la agresión o a provocarla; miedo a ser más rechazado, simultáneo a la necesidad vindicativa y recuperativa de la identidad. Fácilmente estalla en cólera contra aquellos que no le dan esa sensación de valer que tanto necesita, o contra sí mismo, por autoreprobarse su necesidad.

Los coléricos ocasionalmente presentan auto destrucción violenta, que los puede llevar al suicidio, pero ésta carece de la continuidad y permanencia con las que se da en el masoquista. Se rigen por el principio de "todo o nada". Desprecian a los demás, antes de ser despreciados. Tienden a ser derogativos, minimizantes. Esta tendencia fluctúa entre alzas y bajas, en las que se muestra con agudeza o desaparece. La culpa no se dá en grandes proporciones. Pronto pasan de su propia culpa a hablar de su cólera. Esto podría vincularse con otro factor que señala el autor que es la abundante proyección, la tendencia a inculpar a otro por todo y en todo. Ante la muerte de quienes los atropellaron, puede surgir lástima o dolor, pero no una culpa honda y permanente. Prevalece el deseo de venganza. Es frecuente que ante dichas muertes digan "no sentí nada".

Como explicación de todo lo anterior, Meza señala que las fuentes de identificación han sido principalmente agresivas, por lo que su formación yoica no podrá ser otra que la de aprestarse siempre a devolver el golpe. El aprendizaje equilibrante de estímulos negativos y positivos no se dió.

Las funciones yoicas que enjuician, reconocen, se leccionan y sintetizan la realidad se mantienen en general adecuadas; de consiguiente, entra en juego la integración-

colérica: buscan con cólera permanente la identidad maltrecha y desorientada que les dejaron; la regresión hacia los procesos de pensamiento primario está frenada por la cólera, como defensa ontogenética que impide una mayor alteración de las funciones intelectuales. Esto nos conduce a la siguiente conclusión:

9. "Metapsicológicamente son gentes de ego bastante bien-integrado: su defecto esencial está en la identificación negativa que invalida la estructuración de la -- identidad. El proceso de integración colérica permite que la regresión yoica sea egosintónica. Otros datos son los siguientes: cuentan con un ego bien delimitado, y con la posibilidad de una pronta reintegración en el área laboral. PUeden diferenciarse "para con los objetos". Por otra parte Meza describe una distorsión en el concepto de realidad en tanto que predominan en el cólerico el egocentrismo y la omnipotencia, imitados de los padres; crecen creyéndose marginados del mundo, pero poseyendo en su identidad la fuerza y la agresividad indispensable para creer también que podrían hacer lo rendirse; van por la vida golpeando y rechazando - porque suponen que ésta es la única manera de no ser golpeados de nuevo".

10. "La psicoterapia fundamenta su éxito en la observancia continua de la contratransferencia. Entre sus objeti-

vos comprende:

- a). Aceptar al colérico como representante de valores negativos;
- b). Facilitar constantes fuentes positivas de identificación;
- c). La espera paciente de la Catarsis colérica y su resolución; y
- d). Que el psicoterapeuta conozca su propia cólera -- personal".

En lo que a su evolución concierne, Meza señala - que: "algunos logran trabajar o volver al estudio y a la - universidad cuando se han sometido a psicoterapia. Pero -- los otros, los que no tienen esta oportunidad porque son -- considerados esquizofrénicos, a los que les pueden ofrecer - nada más que electroshock o el tratamiento químico de los - tranquilizantes, solo subsisten viviendo cierto grado de in - validez. Los que no han sufrido el grado intenso de la vio - lencia y se han podido quedar dentro de algún grado de de - presión o somatización, quizá si puedan sobre llevar una vi - da de cierta amargura, también químicamente tranquilizable, a menos que recurran a la psicoterapia. Entre éstos, circu - lan por la calle y el trabajo los irritables y querulantes, los "amargados" inclinados a somatizar y eventualmente a mo - rir jóvenes, entre los que, muchos posiblemente sean los -- que se quedan en el accidente de tránsito".

"Otra posibilidad y uno de los grandes peligros - en el colérico, es el que sus amenazas de suicidio se vuelven efectivas y fatales... valer y ser querido están entre los objetivos que, una vez conquistados, llevarán a poder - ver lo opuesto del atropello: el lado de calor y ternura.- Una ternura dadivosa, capaz de entregarse a los demás, sin la retribución egoísta y succionante, podrá ser la pauta -- que inconscientemente decida si la vida aún debe interrumpirse; en caso afirmativo, la pauta no se ha alcanzado".

"La psicoterapia deberá continuar indefinidamente hasta cuando, en vez de cólera, haya ternura. Cuando este objetivo llegue a parecer tedioso y se le ocurran modos de determinar el tratamiento (espaciarlo, por ejemplo) lo posible es que esté operando la contratransferencia. Así, el - curso del proceso psicoterapéutico podrá indicarlo, el grado de resolución de la cólera al paso paralelo sincrónico - de la capacidad para dar ternura, recordando que a mayor cólera menor ternura. Esa relación inversa de cólera-ternura podrá ser relevante, en cierta proporción, de la posibilidad suicida".

"El querulante y exigente se va quedando solo. Al gunos llegan a comprender que su explosividad provoca su soledad, otros no lo podrán entender nunca; los que logran - entenderlo buscarán ayuda. Estos son los que aún pueden -- contemplar la esperanza, entreverla o escuchar que si puede

haber otro camino. Los incorregibles, porque no ven la posibilidad de cambiar, seguirán ampliando su soledad a fuerza de aislar con su grosería a los demás. En ocasiones encontrarán al masoquista que sobrellevará la imposición y la demanda para satisfacción de su íntima morbosidad. La psicopatización masoquista puede depararles otras oportunidades de contacto más o menos superficial, más o menos -- breve. La depresión puede invadirlos ahora ya con carácter genuino de autoacusación y autocastigo; el suicidio es contemplado hasta poderse llevar a cabo, si es que la somatización no los ha conducido a morir un final más convencional".

El método de tratamiento recomendado por el Dr. Meza es la psicoterapia de orientación psicoanalítica. El criterio con el que dice "orientación psicoanalítica", es el de "utilizar las concepciones freudianas básicas en las que no se desperdicia la oportunidad de investigar material inconsciente y escuchar la asociación libre; elementos que no se imponen con calidad de indispensables del método, como tampoco se hace gran uso de la interpretación, sino que manteniendo una actitud dispuesta a recurrir a estos instrumentos, sobre todo cuando el tratamiento se considera avanzado por tiempo indeterminado, sin delimitaciones rígidas y dentro de fluctuaciones graduales, la mayor parte del trabajo enfoca el acontecer diario a niveles de la conciencia y de la razón, del sentido común y de la lógica. Método --

asentado sobre un firme y consistente basamento afectivo. - Después, andando ya un largo, azaroso y arduo camino psicoterapéutico, eventualmente podrán utilizarse más y mejor -- los instrumentos psicoanalíticos". En la experiencia de Meza, el método lo determinaron los enfermos mismos.

Describe su experiencia en la siguiente forma:

"Conforme con el grado de tolerancia de su propia angustia, al principio (los pacientes) no pudieron usar el diván, su asociación libre fue escasa y así lo fué, en consonancia, la investigación del material inconsciente. No -- se pudo practicar psicoanálisis clásico; su angustia se -- desbordó en exigencia que llegó a culminar en el estallido colérico, con el que se opusieron las indicaciones del método. Con ésto, ilustran la concepción psicodinámica de su -- continua inclinación a imponer su criterio, expresión de -- búsqueda y afirmación de su identidad. Para satisfacer las descargas de su cólera esperaban la respuesta del psicoterapeuta, la expresión del tono en su voz y la sutileza del -- significado estricto de sus palabras y gestos. Cuando ocasionalmente alguno aceptaba recostarse en el diván, su contribución adquiría el tono de sometimiento. Se acuestan mecánicamente y así es como hablan, cayendo en un desesperante estancamiento. Cuando llegan a protestar, es para ya no volver. Resultado negativo debido a no tomar en cuenta las

proporciones de angustia mutua (paciente y terapeuta) que conviene que dirijan el tratamiento; descuido fincado en preconcepciones intelectuales defensivas para protección -- del psicoterapeuta".

"El desarrollo del tratamiento está lleno de zozo bras. Unas por lo desagradables que estas gentes son, por su naturaleza colérica en sí, otras porque su exigencia (ne cesidad de obtener aceptación total, absoluta) los obliga a mantener la constante amenaza de terminar el tratamiento, - finalmente, porque el psicoterapeuta puede llegar a no so-- portar más. Es el psicoterapeuta quien carga con la mayor responsabilidad; la racionalización y la sacudida de hom-- bros parecen descargarlo pero, en realidad, debe estar convencido de antemano de:

1. La clase de enfermos con los que no está capacitado para trabajar (intelectual o emocionalmente), o deberá -- preocuparse por saberlo, de manera de no hacerse cargo de los que en particular lo inhabilitan. Eliminando es te escollo y convencido de que sí le interesa el colérico; recordando que hay de coléricos a coléricos, entre los que habrán unos con los que sí se podrá trabajar - mejor que con otros; aquellos con los que no se podrá permitir por mucho tiempo sino mínimas cercanías. El - empeño deberá ser dirigido hacia:

darios que después vienen a ser obstáculos en el curso del tratamiento. Pero ese reconocimiento tácito deberá ser demostrado inalterablemente con la atención, simpatía y juicio con que se responde interpretativamente o no, al relato y examen de tantísimas experiencias cuajadas en cólera, demanda y desagrado, que una y otra vez emergen dentro del momento psicoterapéutico; así será entonces, y en la siguiente vez, indefinidamente, hasta cuando el paciente alcance alguna saciedad. Más, si este curso es mencionado, el paciente no tardará en intelectualizarlo y la meta ya no se alcanzará, como ordinariamente debería ocurrir, sino que se llenará de dificultades tediosas y de apariencias insuperables. La intelectualización tendrá que ser minada y vencida lenta y cuidadosamente, sustituyéndola por la introspección sin auto engaño, por el examen de la participación sin temor a un nuevo rechazo. No anunciar ese curso, será tolerarlo, significará aceptar tanta negatividad por interminable que parezca, luego, con el correr del tiempo, después de años de escuchar y de seguir demostrado que sí se quiere ayudar, la saciedad que en el fondo del enfermo ha venido siendo satisfacción íntima de ser aceptado, a pesar del lastre negro de dolor y odio, dará lugar para perdonar a los que tanto daño le hicieron. Perdonar será el alivio de su cólera y la meta de su resolución".

C A P I T U L O III

HISTORIA CLINICA

Esta historia, al igual que la hipótesis psicodinámica fueron elaboradas al inicio del tratamiento; por lo que las edades anotadas no coinciden con las actuales.

Elsa tiene 38 años, es soltera, de apariencia -- agradable, sin ser bonita; tiene buen cuerpo, ojos negros y grandes, facciones un poco toscas y ligeras huellas de acné. Cuando acudió a consulta, vestía en forma muy juvenil, y sus vestidos de largo mini y entallados mostraban gran -- parte de sus piernas bien formadas. Cuenta con estudios de postgrado en una rama de las ciencias sociales y trabaja en el campo de la docencia. Nació y creció en un país de Sudamérica. Proviene de una familia de clase media de provin--cia, caracterizada por rigidez y catolicismo acentuados. En su familia el trabajo y el ahorro son sumamente valorados, - en detrimento de la capacidad hedónica. En ninguno de sus miembros existe amplitud de criterio o intereses culturales. La mayoría de las mujeres han permanecido solteras y pocas han estudiado o trabajan; excepción honrosa a este patrón- fue una tía paterna.

Tanto la familia materna como la paterna son originarias de poblados pequeños. En ambas es notoria la ausencia de demostraciones afectivas.

El padre solo cursó cuarto de primaria, mientras que la madre estudió comercio, logro poco común en una mujer de su medio y época.

El tuvo un comercio casero pequeño y pudo, en base a su esfuerzo y al de la madre, quien siempre lo ayudó, comprar algunas propiedades urbanas. El núcleo familiar es tuvo integrado por los padres, la abuela materna, cuatro hijos varones y dos hijas, así como por la nana. La abuela materna vivió con la familia desde el matrimonio de los padres y murió durante la adolescencia de Elsa. Esta la describe como "una mujer amargada, egoísta y peleonera", quien en sus últimos años presentó síntomas seniles importantes. Esta abuela quedó huérfana de madre a los 4 años de edad.

El padre falleció en la quinta década de la vida, de un padecimiento cardio vascular, después de un padecimiento prolongado, cuando Elsa tenía 14 años. Era un hombre silencioso, distante, aparentemente depresivo. Al parecer, presentó crisis convulsivas en alguna época de su vida.

La madre, de 66 años es, a los ojos de Elsa, una mujer dominante, egoísta, violenta que "no ha querido a nadie, ni a su propia madre, ni a su esposo, ni a ninguno de-

sus hijos". Personas ajenas a la familia la admiran, "porque con ellos es distinta".

El hermano mayor, soltero de 45 años, no terminó la secundaria, ha padecido un trastorno neurológico desde la adolescencia; ha tenido empleos esporádicos, mal remunerados; siempre ha vivido con la madre, de la cual es muy dependiente y actualmente no trabaja.

El segundo hermano es un varón de 43 años, profesional, casado, con hijos. La paciente lo considera inteligente y siente que los padres le estropearon la vida; muestra de lo cual es el hecho de que, habiendo sido un niño -- alegre, durante la adolescencia vivió un período de 5 años -- en que se distanció notoriamente de la familia guardando un silencio ominoso. Elsa lo considera un "fracasado".

La tercera fue una mujer que murió a los tres -- años de un padecimiento gástrico, antes del nacimiento de Elsa.

El cuarto es un varón de 41 años que no terminó la secundaria, casado, con hijos, tiene un empleo mal remunerado y es considerado "tonto" por Elsa.

La paciente ocupa el quinto lugar y el sexto, un varón de 37 años, soltero, profesional, relativamente exitoso, quien ha tenido varias novias y siempre ha vivido con la madre.

Nona, la nana, trabajaba con la abuela materna y se incorporó a la familia desde su inicio, permaneciendo -- con ésta hasta su muerte, cuando Elsa tenía 7 años de edad.

Meses antes de que naciera la paciente, la hermana enfermó y falleció. Ambos padres siempre tuvieron recuerdos amables de la muerta, a quien consideraban bonita, inteligente y graciosa. Sin embargo, la madre se quejaba de todos los cuidados que tuvo que prodigarle durante su padecimiento. Elsa tiene la impresión de que sus padres hubieran deseado que viviera la hermana y no ella.

No ha proporcionado información de sus primeros años, pero sabe que desde antes de que naciera, estuvo en casa Nona, la nana quien siempre cuidó de ella. No era una mujer manifiestamente cariñosa, pero Elsa se sabía querida y mimada por ella. Mientras que con la madre se negaba a comer, Nona pacientemente la persuadía. Cuando la madre -- obligaba a Elsa a tomarse la leche, ésta solía negarse terminantemente, o si la madre se salía con la suya, la vomitaba. Cuando dejaban a Nona encargada de dársela, se coludía con Elsa y acababan tirándola. Nona le daba "sopita de porotos" que comía con agrado y también le ayudaba a escoger la pieza de pan que se comería.

Otros de sus recuerdos son los siguientes:

1. La vistieron de "ballerina" para una fiesta de Kinder, cuando la iban a fotografiar, sintió el horror de la madre ante la "indecencia" de que sus brazos y piernas estuviesen descubiertos.
2. Un día pidió pan a la madre y ésta le respondió: "quieres pan, baila el can can".
3. Aproximadamente a los 7 años de edad, murió Nona. Dice no haber sentido nada y que tanto ella como su hermano menor anduvieron jugando "como si nada". Sin embargo, durante la terapia logró captar la diferencia de expresión que se aprecia entre dos fotos de ella, tomadas una antes y otra después de la muerte de Nona. En la primera se ve sonriente y bonita, mientras que en la segunda se ve "triste y fea".
4. Recuerda como le impactó el que un día después de uno de sus frecuentes berrinches, la madre disgustada le dijo que cuando se iba al colegio, levantaba los brazos dando gracias al cielo. Se sintió sumamente rechazada.
5. Le daban muy pocos regalos de Navidad. Uno de ellos consistió en un cochecito de muñecas que recuerda muy frío, sin siquiera una muñeca o una cobijita. En otra ocasión le regalaron una pelota que después le quitaron en el colegio las religiosas.

6. Un día estaba jugando a estar embarazada, la madre la sorprendió y la regañó fuertemente.
7. Dos de los recuerdos particularmente perturbadores fueron éstos: la madre le pidió que pusiera la mesa; lo hizo y al terminar, la madre la golpeó furiosa, exigiéndole que reconociera qué era lo que se le había olvidado poner. Continuó golpeándola, hasta que uno de los hermanos se apiadó de ella y le dió la respuesta. Pensó en irse de la casa, pero no tenía a donde ir. El otro recuerdo fue de cuando ambos padres estaban golpeando a uno de los hermanos por haber sustraído dinero. Lo compadeció muchísimo y se sintió desamaparada, sin tener a quien recurrir.
8. Después de la muerte de Nona, tuvo juegos sexuales con una primita y con dos de sus hermanos mayores. Esto último lo ubica entre los 8 y 10 años de edad. Recuerda que se escondían en una ropería. Cree recordar que dichos juegos le agradaron, hasta que se enteró en la adolescencia de lo que era la virginidad y sintió mucho coraje, por suponer que la había perdido.

De niña se recuerda sola, triste, aburrida y permanentemente enojada. La madre le tenía terminantemente prohibido jugar con sus hermanos por ser varones. No encontraba alivio en la escuela. Allí el ambiente era

igualmente prohibitivo "no juegues, no brinques, no te rías, no platiques con tus compañeras". Todo era pecado. Odiaba el uniforme, tener que hacer el aseo de -- las aulas, tener que hacer regalos para su madre. También le molestaba que el colegio de religiosas fuese - para niñas de pocos recursos económicos.

Los fines de semana la familia iba a visitar a la abuela paterna y Elsa sentía que no eran bien venidos. No se recuerda jugando, sino solo pasando el tiempo abu-- rrida, en el papel de observadora de las vidas igual-- mente aburridas de sus padres. Cuando trataba de escuchar las conversaciones de los adultos, la madre le decía que se retirara.

9. Otro recuerdo doloroso fue como una vez, desesperada, quiso acusar a la madre ante el padre. Esta le respondió retante, "¡Nada más atrévete!, no te hará caso, -- aquí mando yo".
10. Guarda muy pocos recuerdos del padre; alguna vez le - mostró ternura sentándola en sus piernas para repentinamente alejarla, por lo que se sintió muy rechazada. - Le decía que tenía una cara muy bonita, pero ella se - sintió siempre fea y en desventaja con sus amigas.

En las tardes cuando el padre llegaba, le daba la

impresión de que le costaba mucho esfuerzo trabajar para -- mantener a la familia; llegaba triste y cansado y se encerraba en su cuarto. La madre les prohibía que hicieran ruido para no molestarlo.

En alguna ocasión, no precisa su edad, vió cómo - el padre trataba de besar a la madre y cómo ésta lo rechazaba. Siente que él la quiso más y que la madre no le correspondía. Siente que el padre le puso a la madre de ejemplo a seguir seguro de que jamás podría llegar a emularla suficientemente.

Solo guarda dos recuerdos de la madre que difie-- ren de los anteriores en cuanto a los sentimientos que suscitan en ella: Uno es de cómo su madre cantaba con mucha -- tristeza "tengo una muñeca vestida de azul"; y el otro es de como se "emberrinchinó" exigiéndole que le comprara una-bolsita de mano. Le entristece recordar cómo su madre accedió a su petición.

Compartió el dormitorio conyugal, utilizando un - catre incómodo, hasta la muerte del padre, y continuó en el mismo cuarto con su madre hasta los 28 años, cuando se negó a seguir allí. Para ese entonces ya había iniciado su primer intento terapéutico y considera que esto le permitió el valor para tomar la decisión en contra de la voluntad materna. No recuerda haber presenciado nunca la escena primaria.

Padebió enuresis hasta los 13 años. No recuerda la reacción de su madre al síntoma, pero si que la llevó a consultar a un médico. La desaparición de la enuresis coincidió con la menarca.

Tenía 14 años cuando murió su padre y asegura no haber sentido nada. Más bien se dedicó a observar las reacciones de los demás. Esa noche sintió gusto porque no había hecho la tarea y se vería exenta de la obligación de ir a la escuela al día siguiente. Más que dolor por la muerte del padre, le molestaba que sus semejantes sintiesen compasión por su orfandad. Le preocupaba no contar con el apoyo económico que sus amigas tenían en sus respectivos padres. La madre le obligó a guardar luto, en contra de su voluntad, durante año y medio. La depresión de la madre se hizo evidente en su descuido del aseo de la casa,

Al iniciar la secundaria, ingresó con un grupo de amigas a otro colegio de mejor categoría. Allí, por primera vez, una maestra religiosa la tomó en cuenta. Ella le cobró mucho afecto y, cuando la religiosa fue trasladada a otra ciudad, Elsa le escribió varios versos. Le fue muy difícil relatar este incidente por sentir que evidenciaba tendencias homosexuales.

Cursó la secundaria sin pena ni gloria. Sus calificaciones eran buenas, pero no recibió reconocimiento ni -

en la escuela ni en casa. Otra religiosa la puso en ridículo cuando ella quiso participar en la clase.

Consideraba a sus amigas superiores a ella: todas eran "bonitas, inteligentes y ricas". Hacía lo que ellas - decían sin atreverse a sugerir nada. Envidiaba como las demás jugaban en el recreo y ella se sentía impedida para - brincar, jugar o reirse. Al terminar la preparatoria, quería ingresar a una academia con sus amigas, en las que las prepararían para ser buenas amas de casa. La madre se opuso, argumentando que no tenía el dinero para comprarle los materiales tan caros que exigían, pero si estuvo dispuesta a pagar la colegiatura y libros para que entrase a una universidad, también de religiosas. Por otra parte, la madre le daba más dinero que a los hermanos y también le compraba ropa. En la universidad tuvo solo compañeros varones y fue muy retraída sin lograr establecer amistades.

Tuvo algunos noviazgos que terminaron porque ella se oponía a todo contacto físico, mismo que la atraía y horrorizaba. No se dejaba "ni tomar de la mano". Se atormentaba por el temor de haber perdido su virginidad con los - hermanos. Consultó a un ginecólogo quien le aseguró que - "podía llevar la frente en alto", pero sus temores persistieron. Al terminar la carrera, enfrentándose con lo que - suponía tendría que ser necesariamente su paso siguiente, - el matrimonio, se cubrió de acné.

Por esas fechas, a los 24 años, fue a tomar un -- curso de verano al extranjero. Posteriormente, decidió cur sar la maestría, para lo cual vino a vivir a México, D.F. - Aquí llevó una vida social muy restringida. Luego volvió a su lugar de origen y se puso a trabajar. Al terminar uno - de sus noviazgos, desesperada por su problema para relacio-- narse heterosexualmente, buscó ayuda terapéutica.

Después de tener dificultades con su analista, -- quien le hizo ver que si continuaba manteniendo silencios - tan prolongados durante las sesiones, tendría que terminar- se el tratamiento, ella le rogó que la aceptara. Así fue, - pero al año y medio de haberlo iniciado, lo interrumpió.

Apoyada por el analista, decidió continuar sus es tudios y volvió a México. Aquí tuvo dos empleos, renunciando a ambos, de suerte que pasó una temporada de casi un año desesperada, sin poder conseguir trabajo. Frecuentó duran- te varios años la compañía de chicas mucho más libres que - ella y se relacionó superficialmente con varios varones.

Inició un segundo tratamiento que tuvo una dura-- ción de año y medio, al igual que el anterior. Sentía que- no le servía para nada, tanto por culpa del terapeuta, como porque ella "no aportaba nada". Hacia el final tuvo un se- rio enfrentamiento con el analista, a decir de ella, porque éste insistía en que usara el diván y ella se negó rotunda-

mente. El le sugirió que buscara una terapeuta mujer porque el tratamiento no estaba siendo efectivo. Recurrió a dos, quienes por diversas razones, no la tomaron.

Cuando acudió a su actual terapia, tenía un novio con el que se permitía caricias sexuales. No recordaba haberse masturbado nunca, pero sí la culpa al tener que confesarlo ante un sacerdote. Percibía en sí misma una contradicción importante entre lo que pensaba y lo que sentía con respecto a la sexualidad: intelectualmente la aceptaba, pero le producía culpa. Se reprochaba la facilidad con que había acabado aceptando caricias sexuales de hombres a quienes acababa de conocer y con quienes sólo establecía una relación superficial pasajera. Consideraba tener un problema serio en tanto que se sentía incapaz de vivir una sexualidad adulta y temía ser homosexual.

SITUACION PRECIPITANTE

Solicitó ayuda empujada por graves conflictos en su noviazgo. Había convencido al novio de que buscasen terapia conjunta, pero la terapeuta a quien consultaron se negó a tomarlos y la refirió.

El novio era un profesional, divorciado, alcohólico, inestable, quien le juraba amor eterno y matrimonio, para luego insultarla, dando por terminado el noviazgo. Esta

relación había durado año y medio, deteriorándose gravemente hacia el final. Ambos ejercían control irracional uno sobre el otro. Ella le llamaba a todas horas de la noche e incluso iba a su casa para cerciorarse de su infidelidad.

Presentaba problemas graves en sus relaciones interpersonales: peleaba constantemente con las demás inquilinas de la casa de huéspedes en donde vivía, confiaba su problemática a quien estuviese en disposición de escucharla, peleaba acaloradamente en la calle por dificultades de tránsito. Sus relaciones familiares eran sumamente conflictivas. Recientemente había visitado a la madre y tenido una explosión de rabia contra ella diciéndole que por su culpa deseaba morir. Se sentía desolada, desprotegida, fracasada, sola y vacía.

C A P I T U L O I V

HIPOTESIS PSICODINAMICA

Elsa nació en un medio represivo, lleno de tabúes, de padres abrumados por su propia patología, por apremios económicos, por la enfermedad del padre y por la muerte de la primer hija. Elsa no fue una niña deseada, hija de una madre atropellante, con graves problemas de identidad, con -- una relación sumamente conflictiva con su propia madre, rechazante con los hombres, temerosa de su sexualidad, agresiva y amarga, encadenada a una moral sumamente rígida. La abuela materna quedó huérfana de madre a los cuatro años de edad. Este caso constata la hipótesis de la Dra. Raquel -- Berman de que la orfandad temprana en la mujer puede alterar gravemente su maternalidad debido a la problemática narcisista que suscita. La psicopatología de la abuela materna de Elsa produjo efectos en la segunda y la tercera generaciones.

Por otra parte, la madre de Elsa contó con suficiente fuerza yoica como para proveer a sus hijos de bienes materiales al quedar viuda y supo impulsar a la paciente para que cursase una carrera. Logró tolerar, aunque ambiva--

lentemente, que su hija se separase físicamente de ella para continuar sus estudios. Cuando se enteró de la decisión de Elsa de poner su departamento aquí en México, la amenazó: "Si lo haces, me clavarás un puñal en el pecho". El padre fue un hombre débil, ineficaz, dominado por la esposa, incapaz de defender a Elsa de las agresiones de la madre. Si bien ésta se interponía entre el padre y la hija, él tampoco propició ningún acercamiento. Permitió que su esposa -- fuera la ejecutora de su propia hostilidad pasiva, tanto -- con los hijos varones, como con Elsa. Los pocos intentos -- de cercanía con ésta se vieron frustrados por su probable -- incapacidad afectiva.

Elsa fue utilizada por ambos padres para frenar -- su propia sexualidad conflictiva. Pudiendo Elsa compartir el dormitorio de la abuela, se vió obligada a compartir el -- de ellos, mientras que su hermano mayor tuvo que dormir con la abuela. Por una parte se propiciaba en el hogar la so-- bre estimulación, mientras que por la otra había una prohi-- bición explícita de la sexualidad.

De ser válida la hipótesis del Dr. Luis Feder res-- pecto a que las tendencias suicidas del hijo coinciden con fantasías filicidas de sus progenitores, la vivencia de Elsa de que sus padres desearon que no naciera, prefiriendo -- que hubiese sobrevivido su hermana, quizá haya coincidido -- con la realidad, en tanto que en ella hay fantasías suici--

das importantes. También parece ser válida su percepción de la patología de la madre, a juzgar por sus pleitos constantes con la abuela materna, por la devaluación de los hombres - hijos y esposo -, y por los fracasos laborales y/o afectivos de todos sus hijos. Incapaz de aceptar su propia feminidad, la madre prohibió la feminidad de Elsa; incapaz de aceptar su propia libido, inhibió la de su hija; incapaz de gozar, inhibió la capacidad hedónica de Elsa. Su mensaje fué: Tú no vales, "no seas mujer, no quieras, no goces" y lo enforzó a base de rechazo y golpes. Por otra parte, le mostró durante su adolescencia un trato preferente "por ser mujer". Le tenía mayor confianza que a los hermanos en asuntos de dinero, le compraba más ropa y la impulsó a que fuese profesional. Estaba dispuesta a favorecerla en su testamento por ser "soltera y mujer". Buscó su propia realización intelectual a través de Elsa. No obstante los aspectos positivos que hayan podido darse en su relación, la paciente siempre percibió narcisismo en los actos de la madre: "no lo hacía por mí, sino por ella misma". Su mensaje fue: "Yo te protejo siempre y cuando seas una profesional soltera, asexuada, devaluada e infeliz".

El duelo no elaborado por la muerte de su primera hija, seguramente impidió a la madre brindarle a Elsa durante la fase oral, cuidado suficiente, carencia que fue reforzándose por su dificultad para la maternalidad. Podemos su

poner ausencia de maternalidad suficientemente buena durante la fase oral. La comida juega un papel preponderante en la dinámica de la paciente. Valora sus relaciones interpersonales en función de si le dan o no de comer y su agresión oral se manifiesta en sus deseos de escupir a sus terapeutas y en las nauseas que la invaden al revivir el desprecio que tiene hacia sus hermanos. Podemos suponer que Nona haya suplido, en alguna forma parte de las carencias de fase oral, pero no lo suficientemente como para aliviar el dolor del rechazo materno.

El nacimiento del hermano menor al año y medio vino a agravar la situación, seguramente interfiriendo con su desarrollo, precario de por sí, durante la subfase de individuación. A juzgar por su necesidad de terminar noviazgos y terapias exactamente al año y medio, podemos suponer lo traumático que fue el abandono de la madre a esta edad, produciendo una herida narcisista sumamente seria.

Es por ello que ahora Elsa repite activamente lo que antes sufrió pasivamente: proyecta en el otro el abandono rechazante y hostil, cuando es ella quien lo propicia activamente. Podemos suponer que el rompimiento brusco, aunque no total, de la relación simbiótica negativa con la madre, en este momento crítico del desarrollo, interfirió seriamente su evolución. Según Mahler, normalmente a esta edad se da una vulnerabilidad en la auto-estima que puede -

sufrir descalabros; el nacimiento del hermano contribuyó a dichas alteraciones en su camino hacia la autonomía. En El sa predomina una importante auto-devaluación. Por una parte necesita el apoyo del objeto simbiótico y, por otra, surge su necesidad imperiosa de auto-afirmación "rabiosa", con matices de berrinche, de pánico a la cercanía. La separación del objeto simbiótico le impidió llegar a aprender a compartir sus experiencias. Su vivencia es de que la única forma de relación es por medio del control: siente el vínculo con el objeto como atropellante, la cercanía le dá pánico de ser absorbida, sus logros no son propios, porque el objeto se los apropia. Para afirmar su identidad tiene que entrar en oposición colérica contra el objeto: la madre, figura de autoridad, amistades y terapeuta. La madre ha intentado mantener la liga simbiótica negativa, viviendo a El sa como una prolongación de sí misma.

Las fijaciones importantes en las fases oral y -- anal la llevaron a vivir la fase edípica con serios "handicaps", que se vieron agravados por la sobre-estimulación al compartir el dormitorio de los padres, por el rechazo materno a su sexualidad, por la distancia del padre y, para colmo, por la muerte "abandono" de Nona a los 7 años. Esto debió ser particularmente traumático porque Nona era el único refugio con el que contaba: ella le daba afecto deshaciéndose de la leche-veneno de la madre, para alimentarla con -

la sopita de porotos devaluada, pero sabrosa. No resulta difícil suponer que quizá Elsa hubiera preferido que muriera la madre, en cuyo caso seguramente sufrió sentimientos de deslealtad y culpa. Por otra parte, Nona la dejó, porque Elsa era "mala", maldad que la madre confirmaba al dar gracias al cielo cuando se iba a la escuela, al golpearla por no saber poner la mesa, o porque tenía necesidades eróticas y fantasías de maternidad.

Elsa interpretó su situación vital en la siguiente forma: para retener el objeto primario, tenía que ser "pobre Elsa, triste, enojada, sola, mala, devaluada, asexual y resentida". Así la concebía su madre y así tenía que ser para conservar a su objeto. Pero ésto le provocaba muchísima rabia. No logró una identificación femenina positiva.

Fue tal su desamparo al morir Nona, que recurrió a los juegos sexuales con sus hermanos como único alivio. La madre la empujó a ello con su rechazo atropellante, con sobre estimulación visual y con sus prohibiciones. En la exagerada prohibición de contacto con los hermanos, iba implícita la orden. El padre no acudió a su rescate, por lo que Elsa lo buscaba a él, a través de sus juegos eróticos con los hermanos. Vivió ésto como gratificación libidinal fuertemente masoquista: era usada, agredida, "orinada". Su exigua fuente de satisfacción era mezcla de goce y rabia.

Todo ello durante la fase de latencia en que, idealmente, debería estarse dando la represión de impulsos. La prolongación del síntoma enurético hasta los 13 años pudo haber sido tanto la manifestación de su rabia, como un equivalente auto erótico.

Al aparecer la menarca, desaparece el síntoma enurético. Aunque no reporta ningún material con respecto a su primera menstruación, podemos suponer que no existió -- preparación alguna para este paso tan significativo en la vida de toda mujer. Así como fué fuertemente reprendida -- por jugar a estar embarazada, por atreverse a sentirse mujer, el advenimiento del ciclo menstrual debe haberle causado perturbaciones serias; era la confirmación de que era lo que no debería ser: mujer. Actualmente suele deprimirse con cada menstruación.

A los 14 años sufre una tercera pérdida por la -- muerte del padre, duelo que no elabora. Lleva el luto impuesto por la madre, viviéndose como "mala" por no dolerse de la muerte del padre, y colérica, por la exigencia materna. Envidia a sus amigas la presencia de padres protectores, mas no logra llorar la ausencia del padre.

La madre le marca definitivamente el camino a seguir: será profesional, no esposa y madre como los serfanas amigas. En la universidad se repite la situación vivi-

da en casa: está rodeada de compañeros varones y vigilada por las religiosas prohibitivas. Se aísla totalmente para defenderse de sus pulsiones sexuales. Al terminar la carrera y confrontar la posibilidad de dar el siguiente paso, el matrimonio, se llena de acné para rechazar a los hombres, temerosa del rol femenino que le ha sido prohibido y que para entonces, ella se prohíbe.

Durante los próximos 10 años se dedica a trabajar y estudiar sin sensación de logro. Por otra parte, se aleja de la madre, por lo menos físicamente. El medio más permisivo de la capital mexicana y los años de represión sexual excesiva, comienzan a debilitar sus controles. Inicia "ligues" callejeros con hombres de nivel social inferior, repitiendo el patrón de gratificación con el objeto devaluado - - Nona - y las escapadas sado-masoquistas con los hermanos.

Finalmente se vincula con un hombre que no la requiere sexualmente, que la llama "virgencita" y simultáneamente "puta", que le permite reproducir el vínculo controlador y atropellante mantenido con el objeto primario. El inminente rompimiento con este novio la inunda de angustia.

El cuadro que presenta al iniciarse la terapia es, en síntesis, el siguiente: relaciones de objeto sumamente patológicas, soledad ("no tengo a nadie"), sensación de fracaso ("no he hecho nada en mi vida, no tengo logros, estoy-

vacía"), pérdida de control con sensación de locura inminente y angustia, rabia permanente, ideas suicidas, capacidad-hedónica seriamente disminuída y somatizaciones. Estas últimas consistían en fiebres no diagnosticadas y hormigueo constante en brazos y manos, del que no se percató sino hasta que desapareció, después de dos años de iniciado el proceso terapéutico.

Su fuerza yoica estribaba en: buena inteligencia, capacidad de logro evidenciada en su nivel académico, eficiencia laboral conservada, sentido práctico en la solución de algunos problemas, conciencia de enfermedad suficiente - como para llevarla a solicitar terapia, - si bien muchos de sus síntomas eran egosintónicos, y prueba de realidad conservada, aunque disminuída en el momento de crisis.

C A P I T U L O V

DESCRIPCION DEL PROCESO TERAPEUTICO

Como se señaló en el capítulo referente al método de trabajo, la estrategia inicial fue la siguiente:

- a) Introducción de parámetros al modelo psicoanalítico clásico solamente cuando fuesen indispensables, que se mantendrían dentro de un mínimo y serían interpretados oportunamente;
- b) La terapeuta guardaría una posición lo más -- neutral posible;
- c) Se interpretarían las resistencias y la transferencia;
- d) Se utilizaría la contra-transferencia.

Si bien este sería el lineamiento general a seguir, como en todo tratamiento psicoanalítico, sería la evolución del mismo el que iría señalando el camino.

La supervisión se inició paralelamente con el tratamiento.

Antecedentes y Algunos Aspectos del Contacto Inicial.

Elsa y yo nos habíamos conocido antes del encuentro terapéutico. Nuestro contacto había sido breve y superficial dentro de una situación académica, pero obviamente influyó en que ambos tuviésemos elementos reales en los cuales fincar la relación inicial.

Yo la recordaba como una chica atildada, inteligente, rígida, recatada y distante. Su apariencia física me sorprendió: había aumentado aproximadamente ocho kilos, lo cual le engrosaba las facciones, se había teñido el pelo de tonos claros y llevaba un vestuario inapropiadamente juvenil, mostrando gran parte de sus muslos. Había desaparecido el recato anterior. La gravedad de sus síntomas también fue motivo de sorpresa.

Elsa dijo haberme escogido entre las personas que le fueron recomendadas "porque te conocía y siempre reconocí que eras más capaz que yo". Rápidamente se hizo patente una transferencia intensa y marcadamente ambivalente. Por una parte me vivía como "capaz, felizmente casada, sexualmente satisfecha, comprensiva" y, por otra, "como mala terapeuta, con problemas familiares, asexuada, capaz de castigarla severamente". La transferencia negativa era una reedición de la imagen materna parcial, totalmente negativa y buscada como objeto controlador que le pusiera los límites-

que estaba perdiendo. La transferencia positiva correspondía a su búsqueda de la madre idealizada y deseada, "totalmente buena". Elsa reconocía que la transferencia negativa correspondía claramente al desplazamiento de la madre mala en mí, lo cual no impedía que me continuara viviendo como mala.

Comprendí fácilmente que la hostilidad era transferencial, pero me costaba trabajo identificar la transferencia positiva, como transferencia.

La alteración de las relaciones objetales de Elsa se hacía patente en el efecto que me producía. Parecía captar mi presencia sólo parcialmente, sin lograr vincularse; no me veía, sólo me dirigía miradas furtivas ocasionales. Interrumpía su discurso repentinamente y se quedaba viendo el piso fijamente. Daba la impresión de estar hablando consigo misma. Pudo expresar el hecho de que le costaba mucho esfuerzo escuchar lo que yo le decía. Cuando yo le hablaba, parecía no oír nada. Desde la primera sesión se evidenció su afán manipulador: inicialmente no aceptó la proposición de dos sesiones semanales, argumentando problemas económicos. Sus ingresos eran de \$ 3,200.00 mensuales, pero al finalizar la sesión, ella misma planteó la conveniencia de dos sesiones. Estaba anunciando su patrón de vivir toda relación como sometimiento o imposición de una de las partes: víctima o verdugo.

El material vertido durante las primeras sesiones me producía una sensación de estar siendo vomitado. Me sentía inundada por Elsa. El hecho de que ya dos psicoanalistas hubiésemos acabado deshaciéndose de la paciente me alertó ante el probable desenlace a futuro. Pero también sentí deseos de aceptar el reto de intentar lograr lo que los otros no habían logrado. Esto último coincidió con las comparaciones favorables que hacía Elsa: "Tú si me vas a poder -- comprender por ser mujer", "a tí te he podido decir cosas - que a ellos nunca les dije", "tú sí tienes kleenex, no como fulano que ni eso me daba". Así iniciamos el arduo camino- que describiré a continuación.

P R I M É R A F A S E

"ESTOY LOCA ... MEJOR LOCA QUE MALA"

Duración: Nueve meses

Esta fase se caracterizó por el caos tanto fuera- como dentro del tratamiento. Elsa se sentía loca y eso le permitía actuar su locura, siguiendo una modalidad peculiar: en el trabajo continuaba cumpliendo razonablemente bien, -- aunque con pleitos esporádicos. En contraste franco, de no che se desataba. Era, "bella de noche": llamaba compulsivamente al novio, se permitía "ligues" con desconocidos, pe leaba, gritaba, lloraba.

Pronto se dió una situación agravante. Después - de la sexta sesión me llamó fuera de sí, pidiendo consulta-extra. Se la concedí. Llegó desarreglada, llorando, se -- sentó en el suelo cerca de mí. Se había encontrado al no-- vio con otra, los había agredido en público y no había dejado de llorar. Dentro de su desconsuelo y desorganización - pudo hacerme saber que no quería ensuciar mis muebles y por ello se sentaba en el suelo. Me produjo la sensación de que necesitaba contacto físico para aliviar su desolación. En-- respuesta, le ofrecí un té, que comenzó a beber lentamente, se fué recuperando y acabó sentándose en el sillón.

Llamaba la atención la rapidez alternante con que se daban la rabia y la depresión: deseos de cortarle la cabeza a su rival, partirla con un hacha, deseos de suicidarse cortándose las venas, asfixiándose con gas, o dándose un tiro, deseos de brincar sobre el sillón, de jalarme los pe-- los. Esto último era verbalizado sin afecto. La actuación del impulso agresivo se daba en peleas callejeras. Chocó - e insultó a otro automovilista. Buscaba "ligues", con cualquier desconocido para besarse y acariciarse; iba a la casa del novio a todas horas de la noche para constatar su infidelidad y acababa reconciliándose y peleándose en rápida-- sucesión. Lo llamaba compulsivamente varias veces en una - noche y llegó a jalarle el pelo. Insultaba a gritos a su - rival. En una ocasión trayendo copas de más, se bajó del -

auto del novio a las tres de la mañana, para luego compar--
tir sus penas con el taxista que la recogió. Le parecía --
ver a la rival "en todas partes", si bien se percataba de -
que ésto no era real, sino imaginado.

Todo lo anterior me alarmó y accedí a su insistencia
de consultar a un psiquiatra. Le referí buscando faci-
litar un poco su manejo, mediante psicofármacos. Escéptica
a la recomendación del médico, no siguió el tratamiento que
le indicó.

A los tres meses de iniciada la terapia y, habiendo
recibido un aumento de sueldo, solicitó tres sesiones semanales.
Dada la conveniencia, acepté su petición.

La estrategia terapéutica consistió en: recibir-
su locura y ayudarle a ver que habiéndose declarado loca, -
se sentía en libertad de actuar como tal: "mejor sentirse-
loca, que mala"; señalarle la necesidad de que aprendiera-
a protegerse; mostrarle permanentemente su enojo constante,
vinculando su cólera a los atropellos a que había sufrido -
de niña. Le hice ver como devaluaba todo lo propio, parti-
cularmente sus logros laborales. Apoyé la conservación e -
incremento de su trabajo. Acepté sus peticiones de cambios
de horarios, siempre que las exigencias laborales lo ameri-
tasen, lo cual era bastante frecuente. Sus "actings" llega-
ron a preocuparme tanto que opté por plantear como condi---

ción para el tratamiento, que dejara de arriesgarse agrediendo al novio y a la rival a todas horas de la noche y madrugada. Corría el riesgo de acabar en una delegación policíaca y/o dañada físicamente.

La transferencia positiva fue la de ver en mí a - Nona, acompañándola, ayudándola a escoger, a cuidarse, pero ante los límites que le puse con respecto a sus "actings", - reaccionó como era de esperarse, ambivalentemente: sentía que era una imposición arbitraria que evidenciaba mi convicción de que había perdido control, lo cual le provocó mucha rabia, pero también reconocía mi interés de protegerla. Rápidamente pasaba yo de ser Nona, a ser su mamá y de nuevo - Nona.

Sus constantes "actings" y amenazas de suicidio - llegaron a preocuparme seriamente. También sentía verdadero interés por ayudarla y me alentaba el hecho de que hubiese podido conservar el área laboral. Mi falta de experiencia y mi temor me llevaron a buscar ayuda más allá de la supervisión, por lo que accedí a que consultase al psiquiatra, para así compartir la responsabilidad de un posible suicidio.

El señalamiento consistente de que se lastimaba - buscando compulsivamente al novio no hacía mella alguna en su conducta.

S E G U N D A F A S E

"SOY MALA ... PERO NO ... LOS MALOS SON ELLOS".

Duración: Siete meses.

Esta fase se caracterizó por una marcada substitución de la actuación hostil, por la depresión. Ahora la -- hostilidad era dirigida hacia sí misma y hacia la madre, en alternancia rápida y permanente.

El Yo observador le permitía denominar "locuras"-- a algunos de sus "actings" y se percató de cómo se exponía a ser dañada. Veía que el actuar como sus amigas, 10 años-- menores que ella, pudiese ser inapropiado. Me utilizaba como Superyo externo, se contenía de hacer algunas "locuras"-- al pensar en mí, y en mis advertencias de que se cuidara. -- Se inició una leve modificación en el Superyo, pudo comen--zar a v alorar su éxitos profesionales, aunque se percataba de que se sentía culpable al reconocer cualquier tipo de logro. También comenzó a disfrutar un poco al comprarse ropa así como la compañía de algunas de sus amistades.

Pudo versu rechazo a la maternidad, mismo que le producía la convicción de ser "anormal" y "mala", así como el temor a tener un hijo que la dañase, como ella sentía haber dañado a su madre y el temor a dañarlo, como su madre -- la dañó a ella. Fluctuaba entre ser ella la mala, o malos-

su madre y sus semejantes.

Continuaron las ideas suicidas, particularmente - los fines de semana, en los que caía en una espiral de auto devaluación. Describía cómo, al caminar por la calle sentía una desolación y desamparo dolorosísimos. A diferencia de todo mundo, ella era una pobre desdichada, "anormal" y solitaria. En esos momentos se veía compelida a llamar al ex-novio.

Al terminar una sesión particularmente depresiva, conmovida puse mi mano sobre su hombro al despedirme. Esta actuación mía desató pánico homosexual y la petición de reducir a dos el número de sesiones. El intento de analizar la petición antes de llegar a un acuerdo, fue vivida ambiva lentemente por ella; estaba siendo sometida, controlada y simultáneamente, aceptada. El pánico homosexual y la rabia por una cancelación que vivió como profunda herida narcisista, la llevaron a un nuevo "acting": "Allanó", según su -- propio calificativo, la casa del ex-novio y acabó besándose con él, estando la rival en el cuarto contiguo. Esa misma tarde, provocó un choque serio, con consecuencias materia-- les. Pidió sesión extra para relatar el incidente con el -- novio y la rival, en un tono exaltado, maníaco y dirigiéndo me miradas directas y triunfantes. Acudió a su siguiente - cita seriamente deprimida: había tenido contacto sexual in completo con el novio y se sentía sumamente mal, con deseos

de morir. En esta sesión relató el siguiente sueño: "Estábamos las dos (terapeuta y paciente) en la cama... era como si tú fueras hombre. Tú me acariciabas y me decías que te acariciara para que aprendiera a querer. Yo sentía que nopodía". Su enorme necesidad de objeto y el pánico a la relación homosexual eran muy acentuados. Ante su alusión a - que se sentía tan mal como en la sesión en que le dí té, le ofrecí uno. A la siguiente sesión relató este sueño: "Tevolví a soñar. Tu consultorio era como una recámara y estabas acostada en una cama. Como en el otro sueño, querías en señarme a acariciar, a querer. En un momento me tendiste - la mano ... como sentí cuando me ofreciste el té en la última sesión. Querías que me tomara un líquido morado que preparabas en unas probetas como de laboratorio. Yo pensaba - que no debería tomármelo, porque no eras médico. Me lo tomaba".

La ambivalencia era evidente. Yo era la madre rechazante, desinteresada, que le daba leche envenenada, o la nana a quien le pedía que le ayudara a tomar decisiones, -- que la cuidara. En rápida sucesión, era luego vivida como la madre mala, quien, al privarla de amor, la obligaba a meterse en la ropería con sus hermanos-papá-novios, como en - el siguiente sueño: "Iba en un tren con X (novio). También iba su mamá y por eso no nos podíamos tomar de la mano. X- y yo nos metíamos en el baño de mujeres, se apagaba la luz-

y de repente él me comenzaba a orinar. Yo me enojaba y le reclamaba, pero pensaba que era algo que tenía que hacer".

Reconocía sentirse mejor, no obstante el predominio de estados depresivos. Aceptar su mejoría le era muy difícil, porque era abandonar su papel de "pobre Elsa" y -- darme gusto a mí, obedecer mis "órdenes", medidas de mi propio narcisismo y no de un interés genuino por ella. Lo vivía como una derrota en su lucha contra mí.

Conscientemente decía no registrar el menor afecto positivo o negativo hacia mí. Solo admitía a regañadientes: "te necesito, pero no te quiero". Más bien sus respuestas a todo intento de analizar transferencia era "no siento nada hacia tí".

Mi ambivalencia fluctuaba entre la empatía con su sufrimiento, la gratificación por su mejoría y el deseo de evitarme al desaliento ante sus persistentes deseos suicidas.

Fuera de los momentos depresivos o de rabia que alternaban rápidamente, en los que su comunicación iba cargada de afecto, el tono predominante era monótono y recitativo. Continuaba evadiendo mi mirada y su vínculo conmigo era muy tenue.

Las líneas de manejo anotadas anteriormente, fue-

ron continuadas y se comenzó a traer a la luz más insistentemente la transferencia negativa.

T E R C E R A F A S E

"TU ERES LA MALA".

Duración: Tres meses.

Afloró la transferencia negativa. Ya estaba por concluirse el año y medio, previsto como probable duración de la terapia en base a su patrón repetitivo. Estaba por agotarse la posibilidad de contar con mi "regazo". Ahora - dirigió su hostilidad hacia mí. Por un momento me vivió literalmente como una religiosa quien se había burlado de ella, ridiculizándola en público; o era yo la madre que la empujaba a tener logros, exclusivamente para satisfacción mía. En estos momentos era muy frágil su prueba de realidad. Rápidamente se daba un cambio y me decía: "pero también siento que te interesas por mí, que me quieres proteger. Te siento tierna". A renglón seguido surgía de nuevo la rabia y me percibía burlesca, poniéndola en el banquillo de los acusados, como aseguraba lo habían hecho sus anteriores terapeutas.

Surgió la rabia a tal grado que las fantasías agresivas se acentuaron: odiaba a todo el mundo, sentía de

seos de arrancarse los pelos, de chocar, tuvo una imagen en que apedreaba a la madre: "quien esté libre de culpa, que lance la primera piedra". Ella tenía derecho a hacerlo. -- Quería cortarse las venas y la cara. Volvió a sentir que se estaba volviendo loca. Quiso suspender la terapia en -- vista del "rotundo fracaso", del cual me culpaba a mí, simultáneamente, llorosa, reconocía necesitar su terapia: "es lo único que tengo". Registraba por momentos lo inapropiado de sus reacciones hostiles y comenzaba a ver bondad en algunos de sus conocidos; reconocía también su necesidad de ocultarme sus aspectos progresivos, tales como el aumento de su capacidad hedónica y sus logros. Pudo cambiarse a un departamento y abandonar la incomodidad de la casa de -- huéspedes. No tenía teléfono, lo cual constituía un control externo para dejar de llamar al ex-novio. Por primera vez en su vida se sintió tranquila, "totalmente tranquila" durante un fin de semana, sensación completamente nueva. Invitaba a sus amistades a comer y llegó a registrar un indicio de ternura hacia un varón. También logró "insight" en cuanto a que quería mantener su papel de "pobre Elsa". Cambiarlo le era muy amenazante.

Sus constantes agresiones hacia mí, me provocaban enojo y frustración. Su cólera manifestada en expresiones faciales, tonos de voz y contenido de verbalizaciones me resultaban muy desagradables. Su intensa ambivalencia encon-

traba eco en mí. A pesar del desagrado que me provocaba en algunos momentos, también sentía gusto por sus logros, así como deseos continuados de ayudarla y comprenderla.

Las únicas alternativas que veía eran: irse furiosa del tratamiento o quedarse, sintiéndose sometida. Se quedó.

C U A R T A F A S E

"SOY MALA O BUENA", "MAMA, TU, LOS OTROS SON MALOS O BUENOS".

Duración: Cinco meses.

Se comenzó a dar una paulatina modificación en las representaciones del "self" y de los objetos. Percibía momentáneamente algunos aspectos buenos en sí y en los demás. Consecuentemente apareció un cambio en sus relaciones de objeto: sintió gran asombro al percibir la posibilidad de que yo le tuviese aprecio, extrañándose de que ésto pudiera ser verdad: "¡nunca me imaginé que esto pudiera pasarme", "no me lo esperaba de nadie". "Debes sentirte muy mal cuando vengo, como ayer, hablando de que me quiero suicidar". Surgieron por primera vez, deseos de ver a la madre. Reconoció la honradez de su segundo terapeuta cuando éste le señaló la conveniencia de referirla, dado el estan-

camiento al que habían llegado. Quería mostrarles su cariño a sobrinos, alumnos y amistades. Reconoció fugazmente su mejoría y me expresó su agradecimiento.

Desapareció el hormigueo constante en brazos y manos, que había sufrido desde que tuvo memoria y que, por lo mismo, no reconocía como síntoma.

Reportó el siguiente sueño:

"Te decía que te quería y te daba un beso".

Desaparecieron también los "ligues" callejeros -- que había considerado anteriormente como "mejores que mi homosexualidad".

Simultáneamente sentía que yo le imponía mis propias decisiones; externalizaba en mí su propio deseo de controlarse y de dar afecto; era que yo se lo estaba exigiendo. Me vivía como una interferencia en sus relaciones heterosexuales. Cuando registraba sus propios deseos de gustarme "como mujer" decía que yo pensaba que no valía nada, que yo la despreciaba. Por esa época soñó que un "cochino" le olía los genitales y se asqueaba de su hedor.

Ante la culpa y el asco que le despertaban sus escarceos sexuales, caracterizados ahora por mayor capacidad de demora, me vivió por un momento prohibidora como la abuela paterna: dominante, lejana, poderosa, rechazante y rega

ñona.

Al igual que antes, continuó manejándose la transferencia negativa latente. Interpreté su "homosexualidad" como necesidad de ternura; la dificultad para registrar su cariño hacia su madre y hacia mí, ~~sólo~~ por el temor de vivirse sometida y atropellada; percibía una relación de víctima o verdugo en todo contacto.

Las interpretaciones transferenciales se vincula**ba**n tanto al aspecto genético consciente, como a situaciones actuales externas. Permanentemente se le intentaba ha**ce**r ver que además de odiar, quería, y cómo le era más fá**ci**l recordar sólo lo negativo, porque de aceptar lo positivo en la relación con la madre, tendría que aceptar también la necesidad de ir modificando su enfoque hacia la vida. Lo anterior fue dándose ante su propia perplejidad, al recono**ce**r los aspectos positivos de su progenitora. La interpre**ta**ción de la proyección le permitió ir reconociendo el patrón de relación sado-masquista con la madre. Pudo recono**ce**r también el miedo que despertaba en ésta con sus berrin**che**s. Se le manejó su modalidad de "todo o nada" en rela**ci**ón a su proclividad a devaluar cuanto pudiésemos dar su madre, los demás y yo; o sea que en cuanto sospechaba el menor indicio de rechazo, las evidencias de afecto positivo eran negadas totalmente.

Q U I N T A F A S E

"TU ERES LA MALA" Y, EN UN SEGUNDO TIEMPO: "YO - SOY MALA".

Duración: Tres meses.

En un primer tiempo, surgió de nuevo la transferencia negativa de lleno: quería suspender la terapia, no le había servido para nada; retenía información intencionalmente porque era "suya" y no quería intromisión en sus asuntos íntimos; yo no la quería y ella no me necesitaba, se las podía arreglar sola. Su objetivo había sido que la terapia la llevara a casarse, al no lograrlo, estaba tirando su dinero. Por momentos me vivía como deseosa de que ella buscara una relación heterosexual duradera y en seguida yo era el Super-yo prohibitivo. Insistía en reducir a dos sesiones. No quería escuchar lo que yo pudiera decirle. Todo mundo se aprovechaba de ella porque no tenía un hombre que la defendiera, (al igual que su madre la atropelló por la ineficacia del padre). La intensidad de sus ataques me provocó deseos de correrla, pero pude manejarlos suficientemente como para que la transferencia negativa aflorara con mayor intensidad que en el brote anterior; sin embargo, me llegó a ser difícil manejar sus agresiones verbales permanentes. Estaba amenazando demasiado mi auto estima y provocándome demasiado enojo. Como no cedían sus ataques, por

estar interrumpida totalmente la alianza, hice acopio de -- control, y, consciente de que tenía que recuperar la alianza dirigiéndome a su Yo, le dije lo siguiente: "Respeto lo que tu sientes, pero no estoy de acuerdo en que aquí no hayamos hecho nada y que la terapia y yo no sirvamos para nada. Este es tu tratamiento, si no quieres continuarlo, estas en libertad de interrumpirlo, pero necesito que sepas - que yo considero que no te conviene dejarlo. No has logrado casarte como dices que quieres, pero has logrado otras - cosas. Ya hemos visto que sí quieres casarte, y que no -- quieres casarte. Quizá pudiéramos replantear objetivos, -- siempre que tú así lo desees".

Esta intervención produjo un cambio, sin embargo, semanas después continuó insistiendo en reducir el número - de sesiones; ya no con la modalidad de berrinche, sino más yoiicamente. Acepté su decisión. En aquel entonces me convenció de que eso le convenía; ahora me pregunto si no era también un alivio para mí y por ello accedí a su insistencia.

Por esas fechas, vino la madre a visitarla. Es - probable que su presencia haya influido parcialmente en el viraje de la agresión que se produjo en esos días. Pero -- las causas principales fueron: mi anuncio de vacaciones -- por un mes y la reducción del número de sesiones que ya habíamos iniciado. El cambio consistió en que la hostilidad-

que había estado dirigiendo hacia mí, fue canalizada hacia la madre. Revivió vividamente las escenas en que ésta la atropellaba impunemente y comenzó a reclamarle violentamente cuánto le había dañado de niña. La culpó de todo su sufrimiento pasado y presente y la amenazó con suicidarse al término de un mes, fecha que coincidía con el inicio de mis vacaciones. La madre reaccionó diciéndole que ella también se quería morir y optó por irse, no sin mostrarle antes, de seos de reconciliación. Elsa comenzó entonces a sentirse "mala", se iba a dejar morir paulatinamente porque era una "anormal sin remedio", no quería a nadie, no contaba con na die, sentía que sus hermanos y madre la repudiarían, era -- "Como si se hubiesen muerto". A pesar de todo, lograba ver los aspectos buenos de la madre, así como mis deseos de ayu darla. Logró salir de la depresión antes de iniciarse las vacaciones.

S E X T A F A S E

"SOY BUENA O MALA", MAMA, TU, LOS OTROS SON
BUENOS O MALOS"

Duración: Nueve meses.

Esta fase se caracterizó por la tendencia progresiva, en la que se continuaron intercalando tendencias regresivas y momentos depresivos, si bien menos acentuados y-

más esporádicos que en fases anteriores.

Tuvo logros profesionales significativos: se le confirió un nombramiento para puesto de confianza, aceptó un empleo docente a nivel profesional, decidió hacer su tesis de postgrado, tomó un curso en el extranjero, disfrutó y aceptó sus logros y el reconocimiento de sus jefes. Pudo sentir que quería a su madre y se lo expresó, diciéndole -- que le agradecía que siempre la hubiese impulsado a ser profesional y que haría su tesis de postgrado para complacerla. Aceptó que la madre sí la cuidó de niña, de mala gana, pero la cuidó. La invitó a visitarla y le pidió que la enseñase a cocinar algunos platillos. Comenzó a dar protección y -- afecto a algunos alumnos varones así como a una amiga y a una conocida jóvenes.

Valoraba a los demás y se sentía valorada por -- ellos. Perdió mucho el miedo a sus jefes y logró convivir en un plano de mayor igualdad con sus colegas.

Se percató de que ya podía manejar mejor sus depresiones. Al aparecer ideas suicidas, pensaba "ahora es -- distinto, porque sé que me quieren Carmen, Dora (amigas) y tú".

Rentó un nuevo departamento con teléfono y lo decoró con entusiasmo. Ya no se sentía compelida a llamar al novio. Sintió deseos de verse femenina. Se preguntaba qué

podría ella aportar a una relación heterosexual, en lugar - de sólo demandar que se le diese. Por primera vez canceló- una sesión, y se fue a comer con un conocido de varios años; tuvo una relación sexual fallida, por falta de erección del compañero. Tiempo después entabló una relación con otro co conocido de varios años, percatándose sorprendida, de que nun ca antes había sido penetrada vaginalmente. Vivió el coito como "tener hambre y comer". Esta relación duró algunos me ses, encontrando escollos, pero con matices distintos a las anteriores. Lo que vivía como rechazo no llegaba a tener - calidad de herida narcisista grave, sino que más bien se -- planteaba los problemas y deficiencias de su compañero y la posibilidad de terminar la relación para no exponerse a ser dañada. Después de tener sus primeras relaciones sexuales- completas, surgieron fantasías de que la madre había muerto; logró ver la relación entre su conducta y la fantasía de -- pérdida de objeto. Si lograba ser mujer, sentir placer, ma taría a su madre.

En su relación conmigo logró expresar agradeci--- miento; externalizó en mí su propio deseo de efectuar el - coito y simultáneamente la prohibición; sintió que su mejo ría la colocaba en un plano de igualdad conmigo. Esto le - provocó miedo que se llegó a manifestar tanto en su actitud corporal como en temblor; yo seguía siendo por momentos No na y debía ayudarla a escoger, para inmediatamente conver--

tirme en una "metiche", la madre que quería controlar su vida íntima. Durante una epidemia de gripa, acudió con síntomas iniciales. Me sobre identifiqué con ella y actué, pa--sándome de los límites de neutralidad acostumbrados. Le sugerí que buscarse ayuda médica esa misma tarde, antes de que se instalara de lleno el proceso gripal agudo. Al intentar analizar con ella lo acontecido, dijo que lo vivía como flexibilidad de mi parte y como genuino interés.

En cada depresión o cuando constataba su dificultad para relaciones heterosexualmente, me culpaba; aseguraba que su terapia no le había servido, pero lograba reconocer que el primer año se había caracterizado por un incremento considerable de sus ingresos. Efectivamente, sus ingresos se habían quintuplicado. Aceptó que el segundo año había logrado tranquilidad por primera vez en su vida. Comenczó a plantear su deseo de asistir a una sola consulta semanal.

En una sesión guardó un silencio tranquilo que dudé en considerar como debido a transferencia negativa, lo cual solía ser el caso, o a un momento de elaboración. Lo interrumpió riéndose, para luego decir: "Fíjate lo que me está pasando, estoy sintiendo que los logros que he tenido son culpa tuya, en lugar de darme cuenta que son cosas buenas"

A diferencia de lo que aconteció muchas veces durante la primera fase en que asociaba libremente, no por -- atenerse a la regla básica, misma que no se le dió, sino -- por fallas en el proceso secundario del pensamiento; ahora después de guardar silencios, aclaraba que le estaban pasando por la mente muchas cosas inconexas y, después de aclararrarlo, pasaba a enumerarlas. Después de aclarar que se trataba de una "asociación libre", dijo: "estoy pensando quequiero llenar mi departamento de plantas bonitas. Las quiero poner en todos lados, hasta en el baño y en la cocina... siento que quiero vivir".

Durante la primera fase del proceso terapéutico - perdió peso, posteriormente lo recuperó y se excedió del -- que tenía al llegar. Ahora comenzó a preocuparse por con--servar la línea. Comenzó a vestir en forma más apropiada a su edad, si bien solía descuidar su arreglo en momentos de--presivos. Al principio me había producido la sensación de--estar hablando sola, como si yo no estuviese presente; ahora era distinto, en cuanto que se vinculaba a mí, percatándose de mi presencia. Me veía directamente a los ojos con mucha mayor frecuencia y solía reír. Después de algunas se--siones me daba las gracias, aclarando que le habían sido -- particularmente provechosas.

Frecuentemente, cuando externalizaba Ello o Superyo, aclaraba: "objetivamente sé que no es así, pero eso -

es lo que siento"; simultáneas a la tendencia progresiva, - continuaron dándose las sensaciones de ser "mala", "homosexual", "anormal", "sin derecho a logros"; sentía que la terapia no servía porque continuaban sus deseos suicidas, se sentía "monstruo", continuaba peleando con la madre, no quería oírme, aseguraba "¡tú no me entiendes!" Provocó un choque de consecuencias materiales en el momento en que iba -- pensando que tenía demasiadas cosas que hacer.

Uno de sus últimos sueños de esta fase fue el siguiente:

Sonriente y contenta relató: "es la primera vez que esto me pasa, que no aparece esa mujer sin cara a quien todo le parece mal. En el pueblo de mi mamá, cuando íbamos, yo tenía 14 años y tenía pretendientes. A mamá no le gustaban porque dizque eran gente pobre. Pero ya ves como la -- gente de los pueblos parece que es pobre y luego resulta -- que tiene bastante dinero. Allí había una señora, "la chatica", me acuerdo que nos invitaba a su casa y nos daba de comer. Era bien buena gente. En el sueño, (sonriendo) yo estaba con un muchacho. Eramos como novios... Yo sentía - que me quería mucho... lo sentía por la forma en que me -- veía. ¡yo me sentía tan bien! allí estaba la "chatica"... le agradaba lo que estaba pasando. Luego ya nos separá-- mos y quedábamos de vernos. Yo siempre he tenido sueños en que hay tres personas, pero es la primera vez que la señora

esa que siempre aparece, se sonrío".

S E P T I M A F A S E

EN CAMINO HACIA: "NOSOTROS SOMOS BUENOS Y MALOS"

Duración: Un año.

Por primera vez, al ver a una pareja, fantaseó -- que pudiesen ser felices. Comenzó a pensar en la posibilidad de vincularse a un varón que tuviese condiciones socio-económicas semejantes a las de ella. También comenzó a dar se permiso de ser mujer y profesional simultáneamente, si bien sus éxitos profesionales continuaban provocándole miedo y culpa. Surgió su deseo de llenar los requisitos para terminar su postgrado, signo concomitante a su deseo de terminar la terapia, posibilidad que planteó abiertamente. Inmediatamente surgió el temor de que con tales indicios de progreso yo dejara de aceptarla. Trató material abundante con respecto a: su éxito como maestra a nivel universitario; el cariño auténtico que sentía hacia sus alumnos y a la gratificación que todo ello le producía. Sentía que daba a sus alumnos lo que recibía de mí. Surgió su gratitud. Sobrevinieron momentos depresivos en que, al revisar sus logros, pesaba mucho en ella el hecho de no haber encontrado un compañero. Reconocía que ya se sentía "normal" pero que quería continuar su terapia para contar con mi afecto y com

prensión, situación que sería inadecuada a largo plazo. Yo no podría continuar indefinidamente ocupando el papel que debería tener sus relaciones extra terapéuticas. Sentía hondamente el deseo de que su mamá la quisiera.

Si le cancelaba alguna sesión, se enojaba con otros y captaba el desplazamiento. Hubieron momentos en que sentía que ante su mejoría había dejado de importarme, ahora yo me preocupaba más por pacientes más enfermos que ella.

Pudo apreciar claramente las cualidades y defectos de uno de sus pretendientes, decidiendo que le convenía apartarse de él.

Tuvo una ligera regresión que fué interpretada como una manera de poner a prueba mi afecto. Cuando se deprimía y llegaban a aparecer ideas suicidas, buscaba compañía, se ponía a trabajar, o pensaba que sus alumnos necesitaban de ella. También reaparecieron reacciones paranoides y temor a la homosexualidad.

Me expresó repetidamente su cariño, llegando en varias ocasiones a llorar conmovida por el agradecimiento que sentía para conmigo.

Tomó bajo su protección a una chica lisiada a la que le brindó dedicación y tiempo, logrando ver cómo estaba reparando en ella, la relación dañada que guardaba con su

hermano enfermo. Por primera vez le reconoció a éste cualidades de bondad, cultura y buen humor.

Ante su marcado bienestar, su sensación de logro, las buenas relaciones con sus compañeros de trabajo y el -- gusto por contar por temporadas con las atenciones de varios pretendientes, quienes la cortejaban, aparecía la sensación de no tener el derecho a nada de ésto.

Cuando la culpa surgía ante sus logros, renacían- temores que la llevaban a ponerse obstáculos artificiales.- También sintió temor de no poder manejar la voracidad de -- uno de sus alumnos, concomitante al temor a su propia voracidad. Esta circunstancia le permitió analizar ampliamente como pretendía dar a sus alumnos lo que ella deseó tener de niña y pudo ir poniéndole límites al chico, al aceptar su - propia voracidad y como con ella, no me había dañado. Otro- de sus temores fue el de llegar a hacerme daño con su cerca nía.

Durante una visita que hizo a su país de origen, - logro apreciar las cualidades y los defectos de su madre. - Dijo "la sentí como loba, como emitiendo un maleficio". To- do lo que decía la madre era negativo, "le cuesta trabajo - darle de comer a mi hermano y atenderlo, de todo se queja.- Pero si me cuidó y si me quiere. Yo ví como se preocupó -- ahora que me sentí mal y me acompañó con el médico. Ella - también tuvo problemas con mi abuela; no se cómo mi abuela

no resultó peor. Ella se quedó huérfana de madre cuando tenía cuatro años". En ese mismo viaje, logró estar cerca de la madre sin pelear. Cuando ya le era intolerable la relación, prendía la televisión. El contacto con sus amigas de infancia y adolescencia le permitió constatar que también veía los aspectos positivos y negativos de éstas y que su envidia hacia ellas había disminuído considerablemente, al idealizarlas mucho menos que antes.

Ante la proximidad de la Navidad planteó, como en años anteriores, el tema de los regalos; pero a diferencia de lo acontecido antes, no pidió ninguno, sino que me hizo saber que lo que deseaba era mi cariño, y agregó: "yo sé -- que me quieres".

Al enterarse de una situación extraterapéutica -- que pudiese resultarme difícil me ofreció su comprensión, verbalizando su preocupación por las molestias que dicha situación pudiera provocarme. Un dato muy significativo fue que al manejar dicho material, pensó en cómo lo que a ella pudiera afectarle, al resto de mis pacientes con mayores -- problemas, les perjudicaría en forma más importante. Ya estaba logrando ponerse en el lugar de otros: de mamá, de papá, de sus hermanos, en mi lugar y en el de mis pacientes.

Sus deseos de terminar la terapia alternaban con el temor de hacerlo: "Si puedo sola",.... "no puedo sola".

Comenzó a ver aspectos positivos en el padre y so
ñó que tenía relaciones sexuales con él. Pasó por un perío
do en que se deprimió y se sintió indigna de continuar reci
biendo terapia. Se sentía pequeña, rechazada por mí, su
cia y desarreglada. Logró ver que ésto se debía a que esta
ba volviendo en contra de sí el coraje que sentía hacia mí-
por unas cancelaciones, más no pudo aceptar la relación en-
tre su auto devaluación y sus fantasías edípicas.

Surgió de nuevo la duda ante la terminación: "si
puedo"... "no puedo". Sentía que si terminaba su tratamien-
to era porque yo la rechazaba, porque no la quería; y que-
si no lo terminaba, era porque seguía enferma y, de ser así,
se debía a que yo no servía y había fracasado. Poco des---
pués soñó que con una intensa añoranza le decía a su mamá:-
"dime que me quieres". Al reasegurarse de mi afecto en va-
rias ocasiones, al finalizar las sesiones, me abrazó conmo-
vida, con lágrimas en los ojos, diciéndome cuanto me quería.
Posteriormente expresó su gratitud para luego describir --
cuánto deseaba superarse por complacerme. Pudo analizarse
el coraje que había detrás de esa necesidad de complacerme-
y la culpa que su coraje le despertaba, dado el cariño que-
me tenía.

Surgieron sentimientos de envidia hacia mí y cora
je, que volcaba sobre sí misma, devaluándose. Pudo ver su-

dificultad para verme de igual a igual; inferioridad paralela a sus fantasías de omnipotencia, cuando confrontaba la realidad de no haber logrado encontrar una pareja y de no tener amistades como las anhelaba.

Apareció también la sensación de que, de irse, me dañaría. Hubo regresiones leves en las que argumentaba no estar lista aún, para de inmediato reconocer que sí podía manejarse adecuadamente.

Durante esta última fase han predominado las interpretaciones transferenciales, así como aquellas tendientes a permitirle comprender mejor que sus conflictos son internos. Maneja ya con mucha mayor comprensión la lucha que libran en su interior las imágenes parciales del "self", lo que permite ver la escisión de su identidad.

La disminución en el manejo del mecanismo de escisión se aprecia en el hecho de que mantiene presente la gravedad de la patología con que acudió, pudiendo apreciarlo como una realidad en su historia, como una pesadilla del pasado.

Continúan dándose fluctuaciones entre momentos de desaliento y desesperanza, cuando confronta las limitaciones reales de su existencia, y períodos en que recupera su vitalidad, trabaja con entusiasmo y cultiva a sus amistades.

Se aprecia un incremento de su capacidad hedónica y su reconocimiento de logros. Ejemplo de lo anterior sería el relato que hizo de cómo uno de sus alumnos a nivel profesional, entre los más brillantes, le hizo saber que la considera la mejor maestra que ha tenido durante su carrera. Con beneplácito expreso también relató que en las evaluaciones que hacen sus alumnos al final del curso, suelen calificarla con 8 ó 10 en lo que concierne a sus actitudes como maestra.

Está consciente de su ambivalencia hacia mí, si bien se le dificulta expresarme su enojo. Me pregunta si realmente será enojo y envidia porque sabe que cuento con marido, hijos y un nivel económico más alto que el de ella o si ese enojo vago que presiente se debe a que me atribuye características de su madre.

En alguna ocasión me comunicó lo que consideraba como uno de los aciertos principales de su tratamiento actual, que contrasta con sus tratamientos anteriores; me dijo: "tú siempre te refieres a mis cosas cuando me interpretas... la diferencia es que he sentido que tú realmente escuchas lo que te digo y te esfuerzas por trabajar y ayudarme... Cuando me das una interpretación la relacionas a cosas mías: como lo de la bolsita que me compró mamá (enumera otros ejemplos). Cuando estuve con X (su primer analista) yo comparaba sus interpretaciones con las que le daba a

Emilia (una amiga) y eran iguales. A lo mejor eran ciertas, pero como que nada más las repetía automáticamente y como que las sacaba de los libros".

Considero que aún necesita interpretarse más la transferencia negativa, pero que su mayor percepción e interpretación de la realidad, aunada al agradecimiento que siente porque la he acompañado a lo largo de su difícil camino, le dificulta ventilar su enojo. Parecería como si temiera que en un momento yo pudiese, como la madre, elevar los brazos al cielo para agradecerle a Dios que se retirara de mi lado. Ese momento no ha llegado y, gracias a los cambios que ha logrado realizar, creo que no llegará.

Durante esta última fase del tratamiento Elsa me dijo: "Quiero decirte cómo he vivido yo mi tratamiento. -- Cuando ustedes escriben sobre sus casos, no incluyen la visión del paciente. Yo sentí primero... no sé... mucha confusión, luego que estabas allí, que había alguien; poco a poco me dí cuenta de que yo te importaba, que me querías y ahora... (con lágrimas en los ojos)... yo te quiero".

Aún nos queda mucho por andar, pero creo poder -- afirmar que hemos iniciado la posibilidad que señala Meza: el tránsito por el sendero que conduce de la cólera a la -- ternura.

C A P I T U L O VI

DISCUSION DEL CASO Y DEL PROCESO TERAPEUTICO A LA LUZ DE LOS CONCEPTOS INCLUIDOS EN LA REVISION BIBLIOGRAFICA

Tal como se planteó en la hipótesis psicodinámica inicial, en Elsa coincidieron el conjunto histórico clínico constante formado por la cólera permanente y los padres encolerizantes, señalado por Meza como característico del colérico. En este caso el factor genético, en el sentido psicoanalítico, lo constituyeron la madre atropellante y el padre ineficaz, pasivo, irritante y ausente. También coincidieron, particularmente en la madre, el narcisismo y una actitud sado-masoquista. En una junta clínica efectuada en la Hamstead Clinic a la que tuve en suerte asistir, Anna Freud inquirió sobre las posibilidades de evaluar el grado de narcisismo de la madre en relación con su hijo. Dicha dificultad es muy real, salvo en aquellos casos en que se puede observar la interacción directa madre-hijo, como lo hacen en Hamstead. Sin embargo si es posible conocer la percepción que tiene un paciente de su madre. También puede apreciarse el grado de narcisismo materno en los relatos de las vivencias actuales del paciente con su madre. En el

presente caso, si es que el árbol se le puede conocer por sus frutos, podemos suponer que si el narcisismo materno -- obstaculiza el desarrollo de los hijos, en la patología de todos los hermanos de Elsa, evidenciada en sus fracasos laborales y/o afectivos, probablemente la patología narcisista la madre fué uno de los factores determinantes. De igual forma, ahora que Elsa ha desarrollado mayor diferenciación, en el sentido de Mahler, le está siendo posible constatar - el intercambio sádomasoquista grave que se da entre su madre y su hermano mayor. Ejemplo de esto sería el nudo gorgo deano en que se encuentran apresados y que se repite cada vez que la madre ha de darle alimento. Ella inicia preguntándole que desearía comer, a lo que él responde señalando sus preferencias. Acto seguido ella enojada le rebate su decisión y procede a servirle lo que a ella le venga en gana, en medio de discusiones interminables. De igual forma vemos como Elsa sufrió la imposición de un rol en la vida - que le compensase a la madre sus frustraciones personales, si bien dicho rol era muy limitante, en tanto que le prohibía su posible realización como esposa y madre. Le proscribió la sexualidad y toda posibilidad hedónica, al igual que la madre, la abuela, la tía materna y las primas de esa rama también se privan de ellas.

La sensación de no valer nada y de no ser querida por nadie, descritas como características por Meza, se hi--

cieron evidentes desde la primera entrevista. La cólera -- permanente, presente desde su temprana infancia, había sido el síntoma predominante, acompañado por exigencias acentuadas, falta de consideración, miedo a agredir y a ser agredida, simultáneos a la necesidad vindicativa y recuperativa de su identidad maltrecha.

El funcionamiento yoico presentaba una conservación relativamente buena en algunas áreas como la prueba de realidad y los logros profesionales, mientras que simultáneamente evidenciaba regresiones egosintónicas de algunas funciones, tales como la tolerancia a la frustración y el control de impulsos. Por otra parte, contaba con suficiente consciencia de enfermedad como para percatarse de la posibilidad de que ella pudiese tener algo que ver con su sufrimiento.

En un intento por ubicarla diagnósticamente dentro de los grupos señalados por Grinker y sus colaboradores, podría considerarse como perteneciente al Grupo **II**, o sea el caracterizado por efecto negativo generalizado que es actuado en varias formas. Estos pacientes no presentan conducta pasiva en su adaptación. De hecho, parecen conocer sus identidades, si bien no siempre se conducen de acuerdo a esta suposición. El escrutinio de las variables deja un sentimiento de confusión en los investigadores, mismo que precisamente caracteriza a estos pacientes. Muestran adap-

tabilidad y actuaciones negativas, conductas tanto negativas como positivas, así como poca involucración con sus semejantes. Suelen deprimirse, más no cuando actúan su hostilidad. Participan en actividades o se rebelan ante el medio con conducta inapropiada. Resumiendo, sus características son:

- 1) Involucración vacilante con otras personas;
- 2) Expresiones de cólera manifiestas;
- 3) Depresión no surgida de sentimientos de culpa por la actuación de su hostilidad;
- 4) Ausencia de índices de una identidad consistente.

Podría objetarse que la involucración con el novio en turno fue sumamente intensa. Esto se dió porque vivió a este hombre como una reedición de su madre y, por tanto, reprodujo la intensa y ambivalente relación con ella.

Elsa se vió orillada a un tercer intento terapéu-
tico por el "stress" excesivo al que se vió sujeta por la -
terminación violenta del noviazgo. Estaba sufriendo una regresión importante, con rompimiento de defensas y actuación
irracional de la hostilidad. Posiblemente una de las cau-
sas de esta crisis fué que al perder la posibilidad de ex-
ternar en el noviazgo sus montantes de hostilidad, se enfren
to en forma dramática con su patología. La relación le ha-

bía permitido proyecciones e identificaciones primitivas, - así como identificaciones proyectivas tanto de representa- ciones de partes del "self", como del objeto. Ambos el no- vio y ella alternaban en los roles de berrinchudos, recha- zantes, controladores, víctimas y/o verdugos. La hostili- dad cargada de derivados orales y anales hizo explosión al completarse el lapso predestinado de año y medio.

Durante la fase inicial del proceso terapéutico - la descarga agresiva en el afuera fue lo suficientemente gra- tificante como para no verse en la necesidad de expresar su cólera hacia mí; si bien también es cierto que entre la -- primera y segunda sesiones me soñó en una condensación con- la figura materna, que evidenciaba la fuerte ambivalencia - de una relación transferencial temprana muy intensa, como - las que suelen darse en estos pacientes. Es factible supo- ner que la herida narcisística por el abandono y traición - a que se vió sujeta, reavivó las heridas de los abandonos - anteriores: el rechazo materno, la indiferencia del padre, el nacimiento del hermano menor, las muertes de Nona, del - padre y de la abuela. El dolor insoportable de esta nueva- herida por abandono, aunado a la descarga hostil afuera del tratamiento le permitieron, al menos por momentos, buscar - consuelo en el regazo de la nana-terapeuta apapachadora, de - valuada y, a fín de cuentas, también abandonadora.

El mecanismo de escisión utilizado en el sentido-limitado que le da Kernberg consistente en un proceso activo para mantener separados sistemas de identificación de -- cualidades opuestas, se evidenció en diversas formas. Una de éstas fue el uso de proyecciones primitivas de representaciones de partes de sus objetos. Yo era vivida en rápida sucesión como portadora de aspectos de la madre, de la nana, de las abuelas, de la monja regañona o de los hermanos. Por momentos se borraba el "te siento como si fueras" fulana o mengana, convirtiéndome en alguna persona conflictiva o auxiliadora de las que trató en su pasado. El mecanismo de escisión también se veía en los sistemas opuestos de identificación que la llevaban a interrogarse si era hombre o mujer, asexual o prostituta, femenina o profesional. Pero -- quizá la manifestación más notoria de esta defensa era la delimitación tan clara de sus "actings" que sólo se daban -- desconectados de su rol profesional, y por la noche. Su capacidad de auto observación fallaba, impidiéndole enjuiciar su conducta adecuadamente.

El montante de hostilidad constituyó en el intercambio terapéutico, como lo describen Kernberg y Meza, una carga pesada para mí, dificultando una suficiente y oportuna interpretación de la transferencia negativa latente; hecho que prolongó la duración de la primer fase a nueve meses.

Durante la segunda fase fue dirigiendo paulatinamente su hostilidad hacia sí misma. Este viraje coincidió con el límite que le impuse de que controlase la conducta que la ponía en peligro, como condición para que continuase la terapia. La introducción de este parámetro al modelo básico surgió de mi temor a que se dañara; podría considerarse equivalente a los límites impuestos mediante hospitalización que Kernberg recomienda en algunos casos.

Tal como señala Meza, la culpa surgida durante esta fase en que hizo su aparición el tono depresivo, no alcanzaba grados importantes en tanto que rápidamente sobrevinía la acusación a otros, particularmente a la madre y, por ende, la cólera.

La distancia afectiva que interponía entre nosotras pudo deberse a su temor a la propia hostilidad, a su pánico homosexual y a que la aceptación de un lazo afectuoso hacía surgir su miedo al sometimiento masoquista y al engolfamiento de la simbiosis. Parecía una lucha rabiosa por conservar su identidad ya escindida, pero al fin, identidad.

La aparición de la transferencia negativa durante la tercer fase fue un adelanto importante, seguramente influido por la proximidad del término del lapso de año y medio, por la leve modificación del Super-yo, gracias al manejo progresivo más efectivo y simultáneo de las transferen-

cias negativas y positivas latentes, así como por el fortalecimiento del vínculo positivo conmigo, que le permitió correr el riesgo de expresar su hostilidad sin el temor intenso a la retaliación. Esto coincidió con un aumento en el funcionamiento efectivo de la prueba de realidad, de tal suerte que logró, en la cuarta fase, diferenciar más claramente entre el objeto fantaseado y su terapeuta como persona real. Simultáneamente iba diferenciando más apropiadamente a la madre real, con cualidades y defectos, del objeto persecuidor interno. La modificación dinámica fue propiciando la salida, limitada pero clara, de libido en sus intentos de reparación. Comenzó a comprar pequeños regalos a sus sobrinos y amistades y pudo apoyar constructivamente a sus alumnos. La liberación de energía se traducía en risa, misma que apareció por primera vez. Aumentó la capacidad de demora, patentizada en la disminución de sus actuaciones hostiles incontroladas y de sus "ligues" callejeros.

La distancia afectiva tan patente en las primeras dos fases, modificada en la tercera en que afloró la hostilidad, y transformada en la cuarta, en que aparecieron francos elementos de cercanía, sufrió una nueva modificación en la quinta. Ahora yo era la "mala". De nuevo se estaba defendiendo de la cercanía. Es probable que el temor ante la virulencia de sus ataques y el consecuente temor a destruirme, la llevó a dirigirlos hacia la madre, ahora por el te--

mor a perderme.

En el segundo tiempo de esta quinta fase, el fortalecimiento del Yo observador le permitió ver lo inapropiado de sus ataques, sumiéndola en momentos depresivos. Tal como sería de suponerse, la intensidad y duración de sus -- agresiones verbales acabó por ponerme en jaque. Comencé a resentir los continuos ataques a mi auto-estima y a mi ca pacidad como terapeuta. Me reavivó conflictos en el manejo de mi propia cólera y me llevó a oscilar entre tres opciones:

- 1) Continuar permitiendo sus agresiones a pesar de que ya sentía esta actitud como sometimiento masoquista;
- 2) Actuar sádicamente corriéndola y así repetir el patrón de su historia; ó
- 3) Poner fin a la situación, corriendo el riesgo de bloquear su hostilidad indebidamente y/o - precipitar la interrupción del tratamiento.

Opté por afrontar los riesgos de la tercera opción. Apelé cuidadosa y propositivamente a su Yo aceptando la reducción en el número de sesiones, a dos. Me pregunté si no sería una nueva prueba a mi capacidad de aceptación; si el acceder a su persistente petición sería vivido por Elsa como rechazo; mientras que, de no acceder, podría

llevar al rompimiento de la terapia. Le comuniqué mi dilema y pudo ver cómo ponía a otros en la situación que ella misma padecía: "si la ensarto pierdo y, si no, también". Este es precisamente el vínculo doble ("double bind") esquizofrenizante; el manejo que hace la madre al no dejar salida posible al hijo: "hagas lo que hagas, estará mal hecho".

Durante la sexta fase, su evolución evidenció un fortalecimiento yoico y su complemento, la evolución del Ello hacia una mayor fusión de impulsos que permite cierta neutralización del impulso destructivo, así como una disminución de los aspectos punitivos del Super-yo. Comenzó a disfrutar más a sus pocas amistades y a propiciar invitaciones a su casa. Había logrado una mayor modulación y profundidad en sus afectos, que se dieron en una gama más amplia y matizada.

Durante la séptima y actual fase ha tenido logros importantes en lo que concierne a relaciones objetales, como lo evidencian su relación con la madre y con dos varones quienes, si bien no se comprometen a una relación permanente, si la valoran y le dan afecto y ternura.

No obstante la evidente evolución que está consolidándose, hay momentos de estancamiento en los que predomina su desaliento ante la dura realidad de su vida. Es un hecho que no ha vivido la maternidad y ve claramente que no

existen circunstancias propicias para vivirla, ahora que, a diferencia de lo que sucedía antes, la anhela. También es un hecho que ya pasa de los 40 años y no ha encontrado un compañero que se comprometa a compartir su vida con ella. La tremenda inflación que vivimos la obliga a buscar mayores ingresos en momentos en que toda esta confrontación con su realidad la priva de ímpetu vital.

Volviendo la vista hacia atrás, podemos apreciar los cambios positivos relativos que se han dado, que son los siguientes:

- a). Se ha reforzado su Yo observador y ahora reporta incidentes en que su enojo es desproporcionado en relación a los estímulos que lo provocan. A pesar de esta sobre reacción, controla la salida de su hostilidad. Su cólera se ha tornado egodistónica y ha perdido fuerza, cediendo el paso a una gama mayor de afectos mejor modulados.
- b). También se aprecia mayor fuerza yoica en la disminución del uso de mecanismos defensivos primitivos. Ya no se vé inundada por fantasías en que agrede sádicamente a otros. Su prueba de realidad también ha mejorado, de suerte que percibe a sus semejantes mucho más en razón de sus atributos reales, y no como recipientes de sus proyecciones de objetos internos y de imáge

nes del "self" parciales. Idealiza mucho menos a los demás y es capaz de distinguir las cualidades y los defectos de éstos. Podemos apreciar la mejoría en las relaciones objetales tanto en los sueños anotados cronológicamente, como en la secuencia de los títulos que caracterizan a cada fase. En un principio su "locura" y el consecuente uso acentuado de la escisión le permitían defenderse, si bien en forma primitiva, de quedar a merced del objeto interno "totalmente malo", o para usar la terminología de Fairbain, del Yo Saboteador. En la medida que fue percibiendo que yo la acompañaba a ver, aceptar y comprender sus partes "malas" pudo arriesgarse a ver la "maldad" de su madre, si bien con la angustia de quedarse sin objeto. El siguiente paso fue poder ver mi "maldad". La tercera fase fue crucial debido a que, si bien una parte de ella estaba provocando activamente ser corrida para así poder confirmar su posición vital de cólera y resentimiento, también pudo ver que sus partes sanas deseaban un desenlace diverso. Así pudimos superar la anticipada crisis del año y medio. Una vez que la dejó atrás, comenzó a considerar la posibilidad de hubiese partes buenas tanto en sí misma, como en sus semejantes, aunque con el predominio de maldad, ahora en ella, ahora en los otros. En la quinta fase reapareció su necesidad de poner a prueba mi aceptación, por enésima vez y, aunque sufrió

una regresión, logró pasar a la sexta fase, en la que se puso de manifiesto más claramente su percepción de partes positivas tanto en sí misma como en los demás. - Durante la actual y séptima fase ha iniciado el camino hacia el cambio de la conjunción "o" por la de "y" y - de los pronombres "yo" y "ustedes" por el de "nosotros". De lograrlo ésto implicaría la cimentación de la percepción de sí misma mediante la relación con los demás, vivenciados como semejantes a ella. Llegaría entonces a un "NOSOTROS SOMOS BUENOS Y MALOS".

Esto señalaría una cohesión en su auto imágen, la consolidación de su identidad, la superación de esa identidad de "mala, asexuada o promiscua, loca, rabiosa, soltera y amargada" que le legó la patología de generaciones y que acabó haciendo suya.

¿Podría algún día percibirse como buena y mala, femenina, tierna, firme y valorada, con derecho a vivir, con derecho a gozar, con capacidad de respetar y hacerse respetar, con derecho a amar y ser amada? No lo sé. - Sí puedo afirmar que ha comenzado a recorrer el camino para lograrlo, más no sé si el tiempo y las circunstancias lo permitan.

Por lo pronto, está aprendiendo a limitar las demandas excesivas de otros y las propias. Se permite mayor ge

nerosidad y la expresión del afecto amoroso u hostil; este último con modulación más adecuada. Es notoria la disminución de sus componentes sado-masoquistas, -- sin embargo tolera relaciones heterosexuales en las -- que se ve privada de constancia y compromiso a largo - plazo. Las tolera porque son lo único que ha logrado tener, hasta ahora. Sigue sufriendo momentos de intensa desolación, de vacío más que de depresión, en los - que vivir es una carga insoportable y carente de sentido. Es entonces cuando me pide ayuda, solicitando ledefina tareas concretas a realizar, porque se siente - carente del impulso vital necesario para continuar existiendo. En estos momentos parece erigir de nuevo su - armadura, deja de apreciar sus logros y me describe cómo mis palabras le suenan sordas y distantes. Cuando-ésto sucede, vive su relación conmigo como el único y-tenué vínculo que le queda con la vida.

Es notorio el cambio que se produce en ella cuando el-intercambio heterosexual recíproco la provee de sumi-nistros narcisistas: modifica de tal manera su arre-glo personal que logra verse bella, irradiá felicidad-y vitalidad. Más cuando se alarga el intervalo entre-sus relaciones, cae en la desesperanza. Es entonces - cuando, con todo realismo, ve la pobreza de su vida, - su soledad, deja de sentir afectos y vive un grave de-

saliento. Ha logrado, tal como ella lo aprecia, querer y ser querida, pero sin obtener y conservar ninguna relación constante y a largo plazo.

- c). Si bien su Super-yo se ha modificado lo suficiente como para permitirle, aunque intermitentemente gozar, -- aún está disminuída su capacidad hedónica y por lo tanto sus capacidades sublimatorias.

Las limitaciones de la intervención psicoterapéutica en casos de pacientes fronterizos son evidentes e irrefutables. Sin embargo, el mediano éxito alcanzado hasta -- ahora, gracias a nuestro esfuerzo conjunto, ha valido la pena, tanto desde mi punto de vista, como del de Elsa. Si -- bien es cierto que al visualizar su futuro muestra serias -- prevenciones, al revisar su pasado, valora su esfuerzo y reconoce el mío.

El sufrimiento y la exigua seguridad, pero seguridad al fin, que encontró durante casi 40 años de su existencia, repitiendo los patrones establecidos a lo largo de las primeras fases de su desarrollo, están cediendo al uso de -- nuevas formas de relación. Con pánico comprensible se está atreviendo a abandonar su papel de "pobre Elsa, loca, mala y rabiosa", corriendo el riesgo de quedarse sola, sin el objeto atropellante y controlador, en la medida que van integrándose las representaciones parciales de su "self". Más-

el dolor de reconocer que desaprovechó gran parte de su vida, encadenada a la fantasía nacida en momentos en que fue su única posibilidad de subsistir con el mínimo de seguridad a su alcance, le ha dificultado llegar a vivir su pasado como pasado y, consecuentemente, a comenzar a vivir el presente como presente y el futuro como tal.

Muchas veces me he sentido tentada a caer en la falacia genética contra la que previene Kernberg de suponer que la constelación transferencial-contra-transferencial es una calca y no una reedición de las relaciones objetales patológicas inconscientes, provocadas por una situación vital real. Existe evidencia suficiente como para saber que sí fue atropellada, como lo siguen siendo sus hermanos. Pero de acuerdo a la advertencia implícita en la pregunta de Anna Freud no puedo desatender los agregados distorsionantes de su fantasía en torno a sus primeras relaciones de objeto, ni las defensas patológicas movilizadas tempranamente para salvarse de las amenazas de aniquilación y abandono que la atormentaban. Tampoco puede desatenderse la importancia de las series complementarias señaladas por Freud como determinantes en todo fenómeno psicológico. En esta misma línea. Meza apunta que "la cólera es una defensa somato-psíquica antagónica con asiento neurológico cerebral y desarrollo psicodinámico". En este sentido la terapia de corte psicoanalítico se limita a ofrecer un reaprendizaje median-

te una nueva relación con un objeto de identificación recti
ficador. Lo que sí me es posible asegurar, sin con ello di
lucidar la realidad de lo que haya sucedido durante los pr
imeros años de Elsa, es que la cólera que ella ha logrado --
despertar en mí, seguramente fue vivida por ella en forma
aún más dramática y dolorosa, en épocas tempranas de su vi-
da, en que sus recursos eran incomparablemente menores que-
aquellos con los que pueda yo contar en mi edad adulta. Es
to me ha permitido visulumbrear momentáneamente su sufrimient
to y empatizar con su dolor de tener que soportar un infiern
no tal. Esto me ha permitido comprender, por lo menos en -
parte, el porqué de su patología.

En lo que se refiere a la técnica empleada en es-
te caso, puedo decir, coincidiendo con Meza, que ha sido la
paciente quien la ha determinado. Sintetizando lo expuesto
a lo largo de este trabajo, el manejo terapéutico consistió
en:

1. Una estrategia de orientación analítica con la introducc
ción de parámetros que fueron introduciéndose al consi-
derarse indispensables y que han sido interpretados hast
ta donde ha sido posible. Estas modificaciones son:
 - a) Tres y dos sesiones semanales;
 - b) Manejo cara a cara;
 - c) Ausencia de la indicación de la regla básica de li
bre asociación;

- u) Sesiones extra en momentos de crisis;
- e) Modificaciones en el horario para no interferir con su actividad profesional y así propiciar mayores ingresos y logros laborales;
- f) Imposición de límites en las actuaciones afuera de la situación terapéutica;
- g) Aclaraciones de realidad;
- h) Sugerencias directas con calidad de Yo auxiliar -- cuando las regresiones lo ameritaron;
- i) Un enfoque de los acontecimientos cotidianos manejado a niveles conscientes, de sentido común y lógica;
- j) En los momentos en que la desesperanza ha alcanzado registros intolerables para la paciente y seguramente para mí, he utilizado medidas de apoyo con intervenciones dirigidas hacia el renacimiento de la esperanza, complementadas con el ofrecimiento implícito de continuar acompañándola, comprendiéndola y -- compartiendo su sufrimiento. Debo agregar que he vivido momentos muy difíciles en que he tenido quetrabajar con mi enfrentamiento a su derecho de acabar con su vida, que le brinda mucho mayor sufri---miento que goce.

2. Señalamiento y análisis sistemático de la cólera de la paciente hasta lograr que fuese distónica. Ha sido muy importante que ella sienta que a pesar de su cólera, la

- acepto; pero también que vea la conveniencia de conocer el síntoma, comprender hasta donde sea posible sus causas, la función que cumple y la opción de buscar -- otros caminos, en vista de que ha dejado de ser operante.
3. Resguardo de la transferencia positiva que ha alimentado la alianza terapéutica; el análisis de las transferencias positiva y negativa latentes y manifiestas que operaban como resistencias, refiriéndolas al "aquí y el ahora" y a sus orígenes genéticos conscientes, y solo parcialmente a los inconscientes. También se han deflexionado ambas transferencias mediante el análisis de -- las reacciones semejantes en sus relaciones interpersonales inmediatas.
 4. Análisis de la idealización, lo que le ha permitido a la paciente comenzar a considerar que ni ella ni sus semejantes son superiores o inferiores, sino simplemente distintos.
 5. El mantenimiento de una relación objetiva y profesional ante las excesivas demandas de amor, atención, protección y obsequios. Esta actitud ha sido motivo de genuina preocupación de mi parte. Consciente de mi tendencia a sobrepasar los límites aconsejados, he procurado analizar cada incidente a este respecto, hasta donde ha

sido posible para ambas. Pero cuando la situación no permitía un esclarecimiento suficiente y, ante el riesgo de infringir una herida narcisística más, he cedido a mi inclinación de no forzar demasiado su tolerancia a la frustración. Esto fue mucho más el caso durante las primeras fases. Desde luego, es muy importante mantener este factor permanentemente presente, para no interferir, por limitaciones personales, con la evolución favorable del paciente.

6. Revisión constante en supervisión, durante las sesiones y fuerade ellas, de participación contratransferencial. Este ha sido uno de los factores más azarosos, debido a que la paciente ha movilizado, exceptuado el aburrimiento, todos los matices afectivos que van desde cólera, dolor, temor, frustración, desaliento, preocupación y culpa, hasta alegría, esperanza, gratificación y ternura.
7. Fortalecimiento sistemático del Yo mediante el señalamiento y análisis de las defensas patológicas, así como refuerzo al desarrollo del Super-yo para propiciar un funcionamiento menos punitivo y más aceptante.

Aún queda mucho por trabajar. Los objetivos que puedan alcanzarse dependerán en gran medida de la disposición de Elsa para continuar en tratamiento, así como de mi-

paciencia y pericia terapéutica.

Existen en este trabajo aspectos que podrían tratarse con mayor amplitud, ejemplo de lo anterior sería un estudio de la ingerencia que ha tenido la supervisión en este caso, pero éste tendría que constituir un capítulo aparte - que no estoy en condiciones de elaborar, debido a que las aportaciones de la supervisión han sido integradas, formando un todo difícilmente divisible, en la comprensión y manejo del caso. Sin embargo si me es posible afirmar sin lugar a duda, que la supervisión ha sido una ayuda inconmensurable para la comprensión de Elsa y para poder sobrellevarla carga sucitada por su cólera.

Hasta aquí he descrito mayormente a la paciente, las modificaciones en su funcionamiento mental vislumbradas a través de su conducta y una apreciación de lo ocurrido en el devenir terapéutico. Los aspectos contratransferenciales han sido tocados, si bien no con la amplitud deseada. Ahora me permitiré describir someramente lo que considero constituye la actividad mental necesaria en el terapeuta psicoanalítico, misma que desarrollo durante las sesiones con Elsa.

El símil más cercano para describir dicha tarea es el del malabarista que se esfuerza por mantener en movimiento perpetuo, simultáneo y ordenado un sinnúmero de teas

ardientes. Ya Freud había trazado la semejanza entre el te
rapeuta y el químico señalando que ambos corren los riesgos
de manejar materiales explosivos. Efectivamente el manejo
de sentimientos y afectos del paciente debe entenderse como
sumamente delicado.

Entre otras, mis funciones han sido, al igual que
las de todo terapeuta psicoanalítico, las de:

- a). Escuchar los contenidos latentes y manifiestos de la -
paciente con atención "flotante", buscando no ejercer-
una selección predeterminada y prestando igual atención
a cuanto escucho y percibo, registrando simultáneamen-
te la comunicación preverbal.
- b). Utilizar mis conocimientos teóricos, fantasías, vivenc-
ias personales, mi propio psicoanálisis, mi conoci---
miento de la paciente, el aprendizaje obtenido con --
otros pacientes, la situación vital por la que atravie
so, etc. para tratar de empatizar y comprender a la -
paciente;
- c). Registrar cuidadosamente todas las reacciones que la -
paciente me suscita;
- d). Realizar una síntesis de todos estos elementos conscienu
tes y preconscientes vivenciales y cognitivos para

e). Ir haciendo señalamiento, aclaraciones, confrontaciones e interpretaciones hasta donde mi empatía e intuición me lo permiten para detectar el momento adecuado, así como la mejor forma de hacerlos, al servicio de la paciente.

He realizado estas funciones con la mejor disposición para tratar de ayudar a Elsa a comprenderse a sí misma, a ampliar y fortalecer su funcionamiento yoico y, en el mejor de los casos, a efectuar cambios que le permitan aliviar en algo su sufrimiento y a vivir mejor de como lo venía haciendo. Supuestamente para eso acudió, más sabemos que la fantasía de todo paciente es la de encontrar alivio, pero sin efectuar cambios. Llegar a lograrlos conlleva grandes esfuerzos así como temor, angustia y dolor de abandonar conductas obsoletas, pero familiares. Bien lo dice el dicho popular: "más vale malo por conocido, que bueno por conocer". Lo conocido, por doloroso que sea, nos brinda seguridad; lo desconocido suele infundir temor.

Ambas Elsa y yo hemos aportado a la relación todo lo que somos en función de lo que hemos sido y de lo que pretendemos llegar a ser. Establecimos un intercambio en el que se ha dado, además de los elementos ya señalados, un todo que es más que la suma de sus partes. Ese todo escapa cualquier descripción, por amplia que sea. Ante este esco-

llo, quizá convendría ir más allá del campo explorado por la psicología psicoanalítica, para valerlos de las aportaciones de la antropología filosófica que busca aproximarse a la respuesta de la pregunta "¿qué es el hombre?". Martín Buber intenta comprender al hombre como "el ser cuya dialógica, en cuyo estar-en-dos-en recíproca presencia se realiza y se conoce cada vez, el encuentro del uno con el otro". Esta conceptualización nos abre el camino a la comprensión de los cambios que se han dado en Elsa y en mí, mediante este intercambio que se ha dado "entre" nosotras.

Si reconocemos al ser humano según sus posibilidades de relación, si comprendemos con Martín Buber que el "yo" y el "tú" sólo se dan en nuestro mundo porque existe el hombre y el yo, ciertamente al través de la relación con el Tú", vemos que el puente que unió al psicoanálisis con la antropología filosófica lo constituyen las relaciones de objeto. Freud, tentado por su inclinación y habilidad para las especulaciones filosóficas, huyó de ellas en su afán de conocer al hombre científicamente, dedicando los mejores años de su juventud a la medicina, a la histología, a la neurología y a la psiquiatría para, al final de su vida, permitirse la libertad de aventurar hipótesis antropológicas que se aproximan a la comprensión del ser humano. En su largo camino recorrió desde la investigación de animales inferiores, desde la neurona, hasta su especulación, sobre-

las hordas humanas primitivas y sobre el "qué", "cómo" y --
"porqué" de las sociedades contemporáneas.

En su complejidad, el ser humano, ente bio-psico-social, escapa la circunscripción de las ciencias que pretenden conocerlo. Nuestra comprensión del hombre se vé limitada por la imprecisión de nuestros instrumentos de conocimiento, por la subjetividad de nuestras percepciones, por lo recóndito y elusivo de nuestras motivaciones inconscientes. No es casual que el hombre haya postergado su autococimiento durante tantos siglos, a pesar de que en los albores de nuestra cultura ya Sócrates había señalado el camino. A la humanidad le ha sido más fácil la conquista del espacio exterior, ya que la conquista del espacio interior es mucho más titubeante, lenta y dolorosa.

El psicoanálisis ofrece un método de investigación plagado de incertidumbres cuyo instrumento es el terapeuta mismo, pero abre un camino hacia la comprensión del ser humano. Particularmente valiosa para este conocimiento es el área de la interacción humana que se da en la relación transferencial-contratransferencial dentro del marco psicoterapéutico. Los títulos incluidos en el Chicago Psychoanalytic Literatura Index señalan que las referencias a la transferencia constituyen más del doble de las referidas a la contratransferencia, hecho que señala nítidamente la dificultad que reta al terapeuta el observar, estudiar y --

comprender su propia participación.

No resulta extraño pues, que este estudio adolezca de omisiones en lo que concierne al aspecto contratransferencial. Desde luego existen muchos otros aspectos que no han sido revisados, caminos no recorridos, omisiones y fallas que una investigación más amplia y profunda podrían di lucidar. Esta posibilidad queda como una opción abierta.

C A P I T U L O V I I

CONCLUSIONES

En el intento de lograr el objetivo de describir, analizar, comprender y conceptualizar el acontecer sucedido en el intercambio terapéutico objeto de esta tesis se han enfocado sus diversos elementos:

- a). El "qué", "cómo", "cuándo", "porqué" y "para que" del funcionamiento psíquico de la paciente, por medio de la historia clínica, y la hipótesis psicodinámica;
- b). La evolución de los cambios en la paciente al través de las siete fases del proceso terapéutico;
- c). Una aproximación a la relación transferencial contra-transferencial;
- d). La definición de los parámetros de la estrategia terapéutica;
- e). Un intento de integrar conceptos teóricos y clínicos;
- f). Una revisión de los procesos mentales de la terapeuta;
- g). Una búsqueda de comprensión del intercambio paciente -

terapeuta mediante el puente que une el área de relaciones objetales a la antropología filosófica.

Lo anterior nos lleva a la conclusión de que:

El acontecer terapéutico es un todo que abarca -- más que la suma de sus partes, para cuya comprensión las relaciones ob jetales, particularmente la investigación de la constelación transferencial contratransferencial, ofrece un campo de investigación innagotable.

Una segunda conclusión es que:

La aplicación de una técnica psicoterapéutica específica de corte psicoanalítico, aunada a los recursos de la paciente y a las aportaciones tanto de la terapeuta como de la supervisora, han contribuído a modificaciones relativas en la paciente, tendientes a disminuir su sufrimiento y a ofrecerle modalidades conductuales más gratificantes y -- creativas.

Finalmenta cabe agregar que la integración de conceptos teóricos y clínicos confirmó la coincidencia entre -- las aportaciones de los autores revisados y los hallazgos -- de esta experiencia terapéutica y brindó una comprensión -- metapsicológica del caso.

Huelga decir que ni la psicoterapia psicoanalíti-

ca, ni ninguna otra, de las conocidas hasta ahora, pueden su
plir la dotación hereditaria y las circunstancias que deter-
minan ese desarrollo resultante del despliegue de la predis-
posición innata bajo el influjo del ambiente. Solo nos que
da acariciar la esperanza de que investigaciones futuras va
yan abriendo senderos hacia un mayor conocimiento del ser -
humano y de sus padecimientos mentales y hacia recursos te-
rapéuticos más breves y eficaces. Hasta entonces solo nos
resta dedicar lo mejor de nuestro esfuerzo para tratar de -
aliviar el sufrimiento humano.

C O N T R A P U N T O

PARADOJA VIVIENTE, EL SER HUMANO
OSCILA EN PERENNE CONTRAPUNTO
ENTRE VIDA, MUERTE, AMOR Y ODIO,
RAZON, LOCURA, RISA Y LLANTO.

DEL AFAN PERSONAL Y EL COMPARTIDO
CONCILIA EN SOLEDAD DOS REALIDES
UNA EXTERNA, LA OTRA INTERNA Y ADIVINA
ECOS, REFLEJOS, ARPEGIO Y RITMO.

MERO ESLABON EN LA CADENA EVOLUTIVA
SE SUEÑA INSPIRACION DE LA CREACION DIVINA.
CON VOCACION DIONISIACA Y APOLINEA
INTUYE TRAS SU INCIERTO DESENCANTO
ORDEN, CAOS, DISONANCIA Y ARMONIA.

G. R.

B I B L I O G R A F Í A

1. BERMAN, Raquel: "THE ORPHAN MOTHER-DAUGHTER RELATIONSHIP: A PATHOLOGICAL VARIABLE OF THE FAVOURITE", Primer Congreso Mundial de Psiquiatría Infantil. Portugal, 1980.
2. BRENNER, Charles: ELEMENTOS FUNDAMENTALES DE PSICOANÁLISIS. Libros Básicos, Buenos Aires, 1968.
3. EUBER, Martín: ¿QUE ES EL HOMBRE? Breviarios del Fondo de Cultura Económica, México, 1964.
4. COBLINGER, Godfrey W.: LA ESCUELA GINEBRINA DE PSICOLOGIA GENETICA Y EL PSICOANALISIS. Apéndice del libro EL PRIMER AÑO DE VIDA DE RENE SPITZ. Fondo de Cultura Económica, México, 1965.
5. EKSTEIN, Rudolf: PSICOANALISIS Y EDUCACION. Conferencia dictada en la Asociación Mexicana de Psicoterapia-Psicoanalítica, A.C., México, Marzo 29 de 1974.
6. FAIRBAIRN, W.R.: ESTUDIO PSICOANALITICO DE LA PERSONALIDAD. Ediciones Hormé, Edit. Paidós, Argentina, 1962.
7. FEDER, Luis: ADOPTION TRAUMA: EDIPUS MYTH-CLINICAL-REALITY, Int. J. Psa. Vol. 55, Part 4, London 1974.
HACIA UNA PSICODINAMIA DEL TERRORISTA Y DEL REVOLUCIONARIO, Primer Congreso Nacional para el Estudio Clíni-

co del Proceso de la Evolución Social, Guadalajara, México, 1977.

8. FISHER S. Y GREENBERG, R.: "THE SCIENTIFIC CREDIBILITY OF FREUD'S THEORIES AND THERAPY". Basic Books, New York, 1977 "THE SCIENTIFIC EVALUATION OF FREUD'S THEORIES AND THERAPY", Basic Books, New York, 1978.

9. FREUD, Sigmund:

- (1895) "STUDIES ON HYSTERIA", Standard Edition, 2, -- London: Hogarth, Press.
- (1896) "FURTHER REMARKS ON THE NEURO-PSYCHOSES OF DEFENCE", Standard Edition, 3, London, Hogarth - Press.
- (1900) "THE INTERPRETATION OF DREAMS", Standard Edition, 4-5, London: Hogarth Press.
- (1904) "FREUD'S PSYCHO-ANALYTIC PROCEDURE", Standard-Edition, 7, London: Hogarth Press.
- (1905) "THREE ESSAYS ON THE THERORY OF SEXUALITY", -- Standard Edition, 7, London: Hogarth Press.
- (1909) "FIVE LECTURES ON PSYCHO-ANALYSIS", Standard - Edition, 11, London: Hogarth Press.
- (1910) "THE FUTURE PROSPECTS OF PSYCHO-ANALYTIC THERAPY". Standard Edition, 11, London: Hogarth - Press.
- (1911) "THE HANDLING OF DREAM-INTERPRETATION IN PSY--CHOANALYSIS", Standard Edition, 12, London: Hogarth Press.

- (1916-17) "INTRODUCTORY LECTURES ON PSYCHOANALYSIS", - Standard Edition, 15-16, London: Hogarth Press.
- (1920) "BEYOND THE PLEASURE PRINCIPLE", "Standard Edition, 18, London: Hogarth Press.
- (1923) "THE EGO AND THE ID", Standard Edition, 19, -- London: Hogarth Press.
- (1930) "CIVILIZATION AND ITS DISCONTENTS", Standard Edition, 21, London: Hogarth Press.
- (1940) "AN OUTLINE OF THE PSYCHO-ANALYSIS", Standard Edition, 23, London: Hogarth Press.
10. GREENSON, R.R.: "THE TECHNIQUE AND PRACTICE OF PSYCHOANALYSIS" International Universities Press, Inc. N.Y., 1972.
11. GRINKER, Roy; WERBLE, Beatrice; DRYE, R: "BORDERLINE SYNDROME", Basic Books, Inc., New York, 1968.
12. HARTCOLLIS, Peter: "BORDERLINE PERSONALITY DISORDERS", International Universities Press, New York, 1977.
13. JACOBSON, Edith: "DEPRESSION", International Universities Press, Inc., N.Y., 1971.
14. KERNBERG, Otto: "THE TREATMENT OF PATIENTES WITH BORDERLINE PERSONALITY ORGANIZATION", Int. J. Psa. Vol. London.
15. KNIGHT, R.P.: "EVALUATION OF THE RESULTS OF PSYCHOANALYTIC THERAPY", Artículo del libro "PERSPECTIVES IN CLINICAL PSYCHOLOGY", editado por D. Van Nostrand Co., New York, 1968.

16. MACHADO, Antonio: OBRAS COMPLETAS, Espasa Calpe, Argentina, 1943.
17. MAHLER, Margaret: "ON HUMAN SYMBIOSIS AND THE VICISITUDES OF INDIVIDUATION", Int. Uni. Press, Inc. N.Y., - 1970.
18. MEZA, César: EL COLERICO (BORDERLINE), Joaquín Mortiz, S.A., México, 1970.
19. RACKER, Heinrich: ESTUDIOS SOBRE TECNICA PSICOANALITICA, Paidós Argentina, 1960.
20. ROGERS, Carl R.: "PERSONS OR SCIENCE? A PHILOSOPHICAL QUESTION". Artículo del libro "PERSPECTIVES IN CLINICAL PSYCHOLOGY". D. Van Nostrand Co., Inc., New York, 1968.
21. SANDLER, J., DARE, HOLDER: "THE PATIENT AND THE ANALYST", George Allen and Unwin Ltd., London, 1973.
22. STRUPP, Hans H.: "THE OUTCOME PROBLEM IN PSYCHOTHERAPY REVISITED" Del Libro "PERSPECTIVES IN CLINICAL PSYCHOLOGY", D. Van Nostrand Co., New York, 1968.
23. VALENSTEIN, A.F. (Reporter): "PANEL ON TRANSFERENCE", Int. J. Psa. Vol. 55, Part 3, London, 1974.
24. WOLMAN, B.B.: TEORIAS Y SISTEMAS CONTEMPORANEOS EN PSICOLOGIA, Martínez Roca, Barcelona, 1968.