

El Tratamiento Psicoanalítico Del Paciente Borderline

Eduardo Braier

¹²³Introducción

En esta ocasión me propongo transmitir algunas de mis reflexiones y experiencias acerca del tratamiento psicoanalítico del paciente *borderline*.

La importancia de un estudio pormenorizado del tratamiento del paciente *borderline* es indudable, dado que: 1) el psicoanálisis tiene que dar respuestas terapéuticas adecuadas a estos enfermos, en lo que han insistido autores como Kernberg y Green, que se cuentan entre los que más se ocuparon de esta patología. Este último señaló: "Las estructuras *borderline* son mucho más complejas que las neurosis y necesitamos, ante todo, comprenderlas mejor para poder tratarlas mejor". (Green, 2007); 2) los trastornos *no neuróticos o trastornos narcisistas no psicóticos*, como tiendo a llamarles, de los que la estructura *límitrofe* es el prototipo, se presentan con llamativa frecuencia en nuestras consultas.

Hace poco más de diez años expuse un modelo teórico personal de la estructura *límitrofe*, la que, a mi juicio, configuraría una cuarta estructura, unida a la neurótica, la perversa y la psicótica, clásicamente reconocidas desde Freud en adelante y retomadas por Lacan. Se trata de un modelo que intenta dar cuenta tanto de la psicogénesis de este trastorno como de las alteraciones en su funcionamiento psíquico. (Braier, 2012). Como cabe suponer, al referirme al tratamiento de estos enfermos he de basarme en las

conceptualizaciones allí desarrolladas⁴. Iremos, pues, recorriendo algunas de ellas, aunque solo pueda describirlas de manera sucinta, remitiendo al lector interesado al artículo mencionado.

Sabemos que el tratamiento psicoanalítico tradicional fue concebido desde Freud en adelante para los sujetos neuróticos (las neurosis de transferencia) y las anormalidades del carácter de naturaleza neurótica (Freud, 1937). Su escenario habitual había venido siendo el demarcado por el circuito edípico y representacional de la represión-retorno de lo reprimido. Ahora bien, en lo que atañe al paciente *borderline* o *fronterizo* nos encontramos con una patología de déficit más que con una patología de conflicto, esta última propia de los neuróticos. Yo diría que el psicoanálisis, al tener que abordar una patología, por otra parte, de una naturaleza eminentemente narcisista, se tuvo poco más o menos que reinventar, tanto en su comprensión profunda de la misma como en el abordaje terapéutico (si bien Freud y también Ferenczi ya habían anticipado algunas hipótesis y propuestas de gran valor, que luego habremos de visitar). Es este uno de los grandes desafíos que ha tenido que afrontar el movimiento psicoanalítico en las últimas décadas.

Hemos de convenir que el análisis de los niveles narcisistas que perduran en todo sujeto, incluidos los psiconeuróticos, ha adquirido en la práctica actual un papel muy importante, lo que de por sí supone una transformación y

¹ El presente trabajo está basado en la conferencia online de igual título, dictada por el autor el 23 de octubre de 2021 y auspiciada por E.PSI. Córdoba (Argentina).

² Dirección: Salvador Espriu, 69/71, 6º 2ª. 08005 Barcelona.
eabraier@telefonica.net

³ Esto es así, aunque cabe aclarar que Freud nunca habló propiamente de estructuras. En mi opinión cabría añadir el amplio campo de las caracteropatías, una entidad nosológica aún en busca de identidad en el mundo psicoanalítico (Baudry, 1984).

⁴ El presente trabajo representa por ende la continuación natural del publicado en 2012.



ampliación sustanciales en el desarrollo de todo tratamiento psicoanalítico.

Estamos asimismo ante la *patología de lo irrepresentable*, por lo que algunos analistas ven en ello los límites de la aplicación del análisis, los límites de la *analizabilidad*.

Ante tales circunstancias, en lugar de superar las barreras de la represión, hay tanto o más que *ayudar a construir un aparato psíquico*, de por sí precario, lábil e inestable; ayudar a la construcción, fortalecimiento y crecimiento del yo del paciente (y hasta del superyó), así como propender a una *elaboración psíquica* que implique una ligazón de situaciones traumáticas tempranas, produciendo “tejido psíquico” capaz de conferir figurabilidad a lo no representado, allí donde solo había energía que se traducía en descarga a través del cuerpo, el pasaje al acto o la alucinación. A la vez, ello implica básicamente el análisis de un *inconsciente escindido* antes que del *inconsciente reprimido* (este último también presente en cierta medida en el *borderline*, claro está). Las memorias arcaicas, que de ello se trata, no pertenecen al inconsciente reprimido y dinámico, sino a un *inconsciente no reprimido*, que ya había enunciado Freud en «Lo inconsciente» en 1915, aunque sin profundizar en la cuestión.

También Ferenczi se había planteado rever el concepto de inconsciente. Los gérmenes teóricos de esta noción los encontraremos en su *Diario Clínico*. (Ferenczi, 1932).

Hasta donde yo sé, será Norberto Marucco (1978) el encargado de proponer la denominación de *inconsciente escindido*.⁵

Cabe añadir que para todo paciente diagnosticado como *borderline*, dada su singularidad y lo proteiforme de las manifestaciones clínicas de estos cuadros, habrá que confeccionar un

encuadre y una técnica con recursos peculiares, algo así como “un traje a medida”, comenzando por el encuadre. Es que en especial hemos de añadir el miramiento por las *variantes témporo-espaciales del encuadre* en cada caso. Ello está vinculado, entre otras cosas como veremos más adelante, con la intención de evitar una *retraumatización* en el enfermo. Desde luego, hay cuestiones de orden técnico que podremos considerar comunes a los diferentes casos de trastornos fronterizos y de las que será factible hablar en términos generales.

En lo que respecta a otro aspecto importantísimo de la técnica en estas terapias como lo es el de la *neutralidad técnica*, defiendo la idea de que el terapeuta asuma un apartamiento de la misma, ejerciendo un rol de *aliado* del paciente. También nos apartaremos de una posición neutral si tenemos que poner límites útiles a un yo a menudo descompaginado y descontrolado, tal como lo propuso repetidas veces O. Kernberg (1978; 1983; 2013).

A todo esto quiero también aclarar que en estas circunstancias y según mi opinión, dado que estas terapias se apartan de las pautas de la cura clásica, tanto cabe calificar al procedimiento como *psicoterapia psicoanalítica* como de *psicoanálisis modificado*, como le llamó hace décadas Kernberg (1978; 1983); o, si así lo prefiriésemos, incluso hoy podríamos también hablar directamente de *tratamiento psicoanalítico* del trastorno límite. Sucede que se trata, al fin y al cabo, de la técnica de fundamentos psicoanalíticos de nuestro tiempo para este tipo de

⁵ A todas estas metas teóricas, que son conocidas y gozan de cierto consenso, personalmente agregaría una *acción desidentificatoria* del psicoanálisis (en lo que atañe a las identificaciones *patógenas*) y una *reestructuración identificatoria* en el analizando, por medio de la activación de identificaciones hasta entonces sumergidas y/o el eventual advenimiento de nuevas identificaciones. En un próximo artículo, a ser publicado en esta misma revista (“Nuevas aportaciones acerca del

tratamiento del paciente *borderline*”), desde un enfoque más personal e incluyendo algunas ideas originales, habré de ocuparme de estos temas, aplicables también a lo que acontece en los tratamientos de otras patologías no neuróticas. Por ende, será este un desarrollo independiente (aunque complementario de lo que expongo en el presente artículo), acerca de cuestiones que han sido muy poco frecuentadas por la literatura psicoanalítica.



perturbaciones, suficientemente experimentada y madurada⁶.

En este estudio me centraré en la exposición de los aspectos más clásicos, aquellos que suelen corrientemente formar parte de todo estudio de la teoría de la técnica: intervenciones verbales del analista (en especial construcciones e interpretaciones), transferencia y contratransferencia, encuadre, comunicación verbal, etcétera.).

Para entrar en materia partiré de dos ejes teóricos que, desde mi visión, poseen un lugar preponderante en la comprensión de la problemática del paciente *borderline* (Braier, 2012). Son estos:

a) El *trauma precoz y acumulativo* y la *fijación* al mismo, que supone el establecimiento de la *compulsión de repetición* «más allá del principio de placer» (Freud, 1920).

b) El empleo del modelo de la llamada *tercera tópica* para comprender el funcionamiento de la estructura limítrofe.

Daremos por sentado que nos encontramos ante un paciente fronterizo, cuya mayor o menor gravedad dependerá de hasta dónde es capaz de virar en su funcionamiento mental desde el predominio de un yo ideal y de la desmentida (correspondientes a su subestructura narcisista) hasta el del ideal del yo que pudiera eventualmente tomar el comando psíquico, con prevalencia de la represión (patrimonio de la subestructura edípica)⁷.

II. El trauma precoz. La fijación al trauma. La compulsión de repetición “más allá del principio de placer”

Decía yo años atrás (Braier, 2012): «En el comienzo fue el trauma». En efecto, me incluyo entre los autores, como Green (2003) por ejemplo, para los que la existencia de fijaciones a traumas precoces en los pacientes fronterizos es un hecho de frecuente observación y de enorme trascendencia en la génesis de su débil e inestable organización psíquica, así como en las consiguientes manifestaciones psicopatológicas. Todo esto nos permite hablar de una *psicopatología y una clínica del trauma*.

Me refiero muy en especial, aunque no exclusivamente, al trauma básico del *desvalimiento* o *desamparo* (la *hilflosigkeit* originaria), del que nos habla Freud (1926 [1925]) y por el cual pasamos todos, pero lo que da lugar a su fijación y lo convierte en patológico, siguiendo lo aportado por M. Khan (1963), es su reiteración y por consecuencia *su efecto acumulativo*. Esto responde generalmente a las fallas de las funciones parentales, sobre todo la materna.

En nuestra práctica clínica solemos asistir a una compulsión repetitiva de dicho trauma, la que, como bien sabemos, se halla «más allá del principio de placer» (Freud, 1920). Este tipo de

⁶ En el caso de una terapia que solo contara, por ejemplo, de una sesión semanal única, claro está, ya no me atrevería a hablar de psicoanálisis del enfermo *borderline*, sino más bien de una psicoterapia psicoanalítica; pero con dos o más sesiones tal vez sí. (En tanto, desde luego, que se den otras esenciales condiciones para ello, puesto que un tipo de tratamiento no puede ser calificado de psicoanalítico meramente por la frecuencia de las sesiones). Pero, en definitiva, entiendo que la cuestión de la denominación no es a estas alturas lo más importante a considerar.

⁷ Aquí me estoy basando ya en el modelo de la tercera tópica, de la que hablaré más adelante y que he adoptado hace tiempo en mi esquema referencial, en cuya concepción la escisión del yo es una herramienta conceptual de decisiva importancia. La escisión divide al aparato psíquico en dos subestructuras: la edípica o neurótica y la narcisista.



trauma está destinado a ser reactivado y por tanto repetido, aunque no recordado, debido a que ha acontecido antes de la adquisición del lenguaje, tal como lo señala Freud (1937 a). Implica, pues, la repetición de situaciones displacenteras. Sin embargo, en esta reproducción el sujeto no necesariamente experimentará vivencias desagradables, dado que la repetición es tripartita (del ello, el yo y el superyó), por lo que las defensas yoicas pre-represivas operantes pueden a veces neutralizar las ansiedades que habrían de despertarse, aunque a costa de actuaciones del sujeto que suelen producir en éste y/o los demás efectos francamente nocivos.

III. Las construcciones

Como corolario de lo que venimos describiendo, comprendemos que el ya mencionado *análisis de lo irrepresentable* constituye una parte fundamental del abordaje terapéutico de estos pacientes, en el que ha de apelarse a las *construcciones* del analista, así como al análisis de la transferencia -escenario privilegiado de la compulsión de repetición-, para con ello intentar lograr la ligazón psíquica de aquellas situaciones traumáticas tempranas. (Freud, 1920; 1937 a; Botella, C. y S., 1995; 1997; Marucco, 1999; Braier, 2009a; 2009 b).

Hay en la obra freudiana diversas referencias a las construcciones, a las que acaso Freud acabaría de conceptualizar y diferenciar de las interpretaciones cerca del final de su vida, en el artículo que les dedicó expresamente, "Construcciones en el análisis" (Freud, 1937 a). Antes de dicho artículo Ferenczi, en el *Diario Clínico* (1932) había puesto énfasis en la necesidad del empleo de las *construcciones*, a las que Freud habría de referirse cinco años más tarde, para darles el lugar que les corresponde en el proceso psicoanalítico.

Tenemos pues por delante la tarea de construir una historia sin palabras, referida a los traumas arcaicos, a lo no representado que se repite. Aludo a la recuperación de una historia perdida que no podrá ser recordada y que corresponde a la *prehistoria infantil*. De este modo intentamos dar cuenta de lo que según algunos autores habría caído bajo la *represión originaria* o

primitiva, mientras para otros como Marucco (1985; 1999, capítulos 2, 3 y 15) configura *lo inconsciente desmentido-escindido*; en estas circunstancias las experiencias traumáticas habrían logrado inscribirse en el psiquismo, formando parte de las primeras *huellas perceptivas* (Botella y Botella, 1997), aunque sin llegar a detentar el estatus de representaciones de cosa y no pudiendo por ello ser ulteriormente articuladas con representaciones de palabra (Freud, 1920). Estas últimas habrán de ser aportadas por el analista mediante las citadas *construcciones*, auxiliando de esta manera al analizando a que logre conferir significado a sus conductas repetitivas y posibilitando que tales situaciones traumáticas sean incorporadas a la red representacional. Así el paciente lograría acceder al gobierno de esos traumas, en el intento de impedir que, en su demoníaca repetición, continúen signando su destino. Porque todo esto, antes de las intervenciones del analista durante la terapia, se reproduce sin tener figurabilidad psíquica. En síntesis: pertenece al análisis de lo que no ha entrado en el circuito asociativo del paciente, por lo que no podrá ser evocado pero sí repetido, todo *lo cual le confiere una potencialidad patógena*.

IV. El campo tránsito – contratransferencial. Las interpretaciones transferenciales

Frente a ello, sabemos que estas situaciones traumáticas, que suelen remitir al trauma básico o trauma puro (*hilflosigkeit*), destacado por M. y W. Baranger y Jorge Mom en un recordado artículo de 1987, adquieren sin embargo, en el campo de la transferencia-contratransferencia, lo que yo llamaría una *representabilidad dramática*, que Freud ya había anticipado en su gran artículo de 1920. Ello nos permite inferir lo sucedido en estas tempranas etapas del desarrollo.

Aquí cabe entonces apelar a las *interpretaciones transferenciales*, al tiempo que estas revelaciones nos ayudan a pergeñar las



*construcciones*⁸. En efecto, la incidencia del trauma psíquico temprano que se repite puede ser inferida en diversas manifestaciones del analizando, pero también de modo especial en el *agieren* del campo transferencial. Por ejemplo, en las situaciones en las que el enfermo se siente abandonado por nosotros, tendiendo a reproducir automática e inconscientemente, como sumido en un destino fatídico y demoníaco que lo gobierna, el rechazo que otrora experimentó, inclusive -siempre inconscientemente- llegando a provocarlo (Freud, 1920); o aun nos abandona, anticipándose, en una suerte de transformación en lo contrario y pasaje de pasivo a activo, ante el temor -inconsciente por lo general- de ser abandonado por nosotros, lo que suele constituir un motivo de deserciones en el tratamiento. (Braier, 2009). Nos dice Freud en su decisivo trabajo de 1920:

«Se repiten injurias narcisistas [...] los enfermos repiten en la transferencia todas estas ocasiones indeseadas y estas situaciones afectivas dolorosas, reanimándolas con gran habilidad. Se afanan por interrumpir la cura incompleta, saben procurarse de nuevo la impresión del desaire, fuerzan al médico a dirigirle palabras duras [...]»

En definitiva, la transferencia (escenario tanto de la expresión de la subestructura edípica como de la narcisista) permitirá, a través de la *repetición*, que el analizando reviva en algún momento el desvalimiento de aquellos primeros estadios infantiles; esto es, *de su prehistoria edípica (neurosis de destino)*.

Y ya que estamos ocupándonos del análisis de la transferencia: como solía decir Green, los enfermos limítrofes durante la cura no suelen desarrollar una *neurosis de transferencia*, la que continúa siendo un referente importante y un resorte de la cura esencial para muchos en el análisis clásico. Tampoco encontramos en ellos indicios de una neurosis infantil. En estos pacientes

interesan precisamente y sobre todo las *transferencias narcisistas*, a menudo fuertemente idealizadas y en relación además con la regresión transferencial que pueden experimentar. Incluso llegan a producirse transferencias de las llamadas adictivas; y también nos encontramos con las intensamente erotizadas, que suelen sobrevenir prontamente y que, tal como lo señala Etchegoyen (1986, p 188-9), responden más bien a componentes de naturaleza psicótica o al menos cercana a esta.

O. Kernberg y otros (Kernberg, 2016) han creado un procedimiento terapéutico específicamente para enfermos fronterizos y otras patologías narcisistas, focalizado en la interpretación de la transferencia con el terapeuta. Más allá de la indiscutible utilidad, necesidad y pertinencia del empleo de la interpretación transferencial, tanto en el tratamiento analítico clásico como en los psicoanálisis modificados (como alguna vez, reitero, les llamó el propio Kernberg) o en las psicoterapias psicoanalíticas, tengo mis reservas acerca de una técnica de estas características, que podría llegar a ahogar al paciente, en una situación de encierro, al quedar este prácticamente limitado a la revisión insistente de sus manifestaciones transferenciales con el terapeuta. Es que las *interpretaciones no referidas al analista*, por si hiciera falta refrendarlo todavía a estas alturas del desarrollo de la teoría y la práctica psicoanalíticas, son válidas, igualmente necesarias y -sobre todo- eficaces. De modo que lo que viene a continuación atañe también a tales interpretaciones.

Cabe, pues, precisar algo más sobre el particular: qué interpretamos, partiendo además, en tales repeticiones, de los trastornos debidos al pasaje al soma o al acto, así como de eventuales fenómenos alucinatorios y de las ya mencionadas conductas dañinas del paciente, aun de características maníacas o psicopáticas, que devienen de la activación del trauma temprano del desamparo (Braier, 2012). Esta activación es a su vez

⁸ A mi juicio no se trata de una -falsa- disyuntiva construcción versus interpretación, sino de la participación complementaria de ambas herramientas terapéuticas.



provocada por diversas situaciones de la vida cotidiana, capaces de despertar, por ejemplo, vivencias de desvalimiento y/o de exclusión. Desde luego, estas situaciones, que revelan el talón de Aquiles en la sensibilidad de cada sujeto, también pueden ocasionar sueños y pesadillas de clara naturaleza traumática, siguiendo en este punto las postulaciones de Ángel Garma acerca de la génesis traumática de los sueños (Garma, 1940). Asimismo es importante interpretar las conductas adictivas del enfermo en relación con objetos fácilmente intercambiables (como es el caso de las drogas, el tabaco, el alcohol, los video juegos, las prácticas sexuales compulsivas y promiscuas, etc. etc.), y su conexión con los desesperados intentos por contrarrestar las angustias y llenar el vacío que suelen experimentar, en su búsqueda de un objeto que mitigue la falta del objeto primario o del amor de este.

Analizaremos, pues, concomitantemente, la eventual emergencia de los distintos tipos de ansiedades que caben apreciar en un fronterizo: de desvalimiento o aun de aniquilamiento (esta última ante la cercanía de una descompensación psicótica, generalmente transitoria en los sujetos límites), de separación, vacío o intrusión, según los casos. Y ello, ya sea que se presenten en la transferencia con el analista o en otros contextos. Pero también nos consta que a menudo, como antes dijimos, estas ansiedades no emergen, en función de la activación de las ya citadas defensas, sobre todo pre-represivas, que han de ser objeto de nuestras interpretaciones, entre las que destaca la desmentida, pero también otras como las ya mencionadas transformación en lo contrario o el pasar el sujeto de pasivo a activo; asimismo en mi experiencia como analista y también desde la supervisión, he detectado con frecuencia la presencia en estos casos de la identificación con el agresor en el sentido annafreudiano (A. Freud, 1936) de esta denominación, así como la identificación proyectiva cuando el sujeto busca un depositario de sus aspectos yoicos más desvalidos y frágiles (Braier, 2012). Todo esto

habrá de ser interpretado, para que el paciente pueda evitar volver a repetir estas actuaciones, a punto de partida de la necesidad inconsciente del yo de impedir que afloren las citadas ansiedades.

Continuemos un poco más refiriéndonos a la transferencia del paciente fronterizo. Además de tratarse a menudo de una transferencia predominantemente narcisista, idealizada, profundamente regresivo-dependiente, corresponde mucho más a una transferencia *materna* antes que paterna. La propia naturaleza de la estructura limítrofe explica que sea la que prevalece en estos enfermos.

Freud llegó a explicitar sus notorias dificultades personales para detectar la transferencia materna en sus analizados. Esto se debía, según él mismo lo confesara, a que le costaba situarse en el lugar de la madre, vale decir, jugar un rol femenino en la transferencia. Confiaba, por lo tanto, en que las mujeres analistas estarían más capacitadas para captar dicha transferencia. Ferenczi, en este sentido quizás “más femenino” que su analista y maestro, supo percatarse de la incidencia de la transferencia materna (Ferenczi, 1932) en los llamados “casos difíciles” a los que asistía y que en buena medida hoy cabría vincular con la patología fronteriza; y pudo con la dicha transferencia, adentrándose así en la reviviscencia de las tempranas situaciones traumáticas de sus analizados.

Esta cualidad del analista requiere especialmente, como podrán comprender, que este haya pasado por un intensivo, profundo y prolongado análisis personal, lo que tanto defendió el maestro húngaro, cuando denunciaba que los análisis de los propios analistas eran por entonces demasiado breves y por ende insuficientes, propugnando que un analista debería siempre estar tan bien o aun mejor analizado que sus pacientes⁹). Ello habría de permitirle a un analista varón asumir el rol materno, como así también capacitarlo para poder controlar, comprender y sacar partido de las intensas vivencias contratransferenciales que se suelen experimentar en estos casos.

⁹ Ferenczi tuvo el especial mérito de insistir en que el análisis didáctico del analista era de tal importancia

que por ello debía ser considerado “la segunda regla fundamental” del psicoanálisis. (Ferenczi, 1928).



Siempre basándose en los trabajos fundantes de Freud, Ferenczi ahondó en la repetición del trauma en el proceso analítico. No solo consideró los traumas infantiles por abuso sexual (Ferenczi, 1933), sino que se refirió también a los traumas tempranos del desamparo o desvalimiento. (Ferenczi, 1932).

Los objetivos terapéuticos del análisis desde esta perspectiva parcial son, pues, como venimos viendo, tanto por medio de las construcciones como de las interpretaciones transferenciales y las no referidas al analista, los de establecer nexos asociativos, creando una red representacional; «historizar» (Lacan), evitando asimismo la represión y -sobre todo- la desmentida de las situaciones traumáticas.

V. La regresión terapéutica

Un aspecto de suma importancia en la terapia es si, más allá de una regresión *cronológica d'emblée* del paciente que pudiera producirse, debida a su propia condición patológica, habremos de propiciar o no la instauración y el mantenimiento de un *proceso regresivo* en el paciente. Esto es, si pretendemos que el tratamiento curse o no con una *regresión terapéutica*, aquella que el psicoanálisis norteamericano denominó en su momento *regresión útil o al servicio del yo*. Va de suyo que esta regresión se halla en estrecha relación con el proceso transferencial, de allí que se hable de *regresión transferencial* o de *transferencia regresiva*.

Me parece esencial rescatar que tal regresión en todo tratamiento psicoanalítico es básicamente un recurso para propender a la producción de un *insight* genuino y confiable en el analizando, dado que el *insight* es una experiencia cognitivo-afectiva que suele verse facilitada y favorecida por una regresión vivencial.

Desde luego, me estoy refiriendo en particular a la regresión *cronológica* o *temporal*, si bien también apreciaremos las perspectivas *tópica* y

formal, especialmente en los sueños de los pacientes¹⁰.

Freud prácticamente no habló de la regresión en el contexto de la cura analítica y sí en otros campos, como el de los sueños y el de la psicopatología. Sin embargo, he encontrado una excepción en su obra, que me parece muy significativa y por lo que he de reproducirla:

«[...] en la vida anímica no puede sepultarse nada de lo que una vez se formó, que todo se conserva de algún modo y puede ser traído a la luz de nuevo en circunstancias apropiadas, por ejemplo en virtud de una *regresión* de suficiente alcance.» (Freud, 1930 [1929]. Las cursivas son mías).

Pero el psicoanálisis ha contado con grandes expertos en el tema. Creo que el primero de ellos ha sido Ferenczi, conocido como “el analista de los casos difíciles.” (A varios de sus pacientes muy probablemente hoy los consideraríamos fronterizos). El húngaro acompañó las profundas regresiones de sus enfermos, las cuales implicaban reviviscencias de antiguos traumas infantiles, presentificados por la atemporalidad del inconsciente y en el seno de una transferencia predominantemente positiva.

¿Cómo entendía Ferenczi la regresión terapéutica?

En «Principio de relajación y neocatarsis» (Ferenczi, 1930), cuando define la *reproducción* en el tratamiento, dice que esta es: «[...] la reviviscencia en análisis de las situaciones traumáticas escindidas, *en profunda regresión si es necesario* y con un profundo acompañamiento empático por parte del analista.» (Las cursivas son mías).

A Ferenczi le siguieron otros, entre los que cabe destacar a Balint, que fue paciente y discípulo suyo¹¹, así como a Winnicott (1954; 1964). De acuerdo con sus diferentes objetivos terapéuticos, acordes con sus marcos teóricos

¹⁰ Como sabemos, Freud solía aclarar que se trata de una sola y misma regresión, considerada desde

distintos puntos de vista. No obstante, la distinción resulta útil en circunstancias como esta.

¹¹ No en vano su conocido libro, *La falta básica*, lleva por subtítulo “Aspectos terapéuticos de la regresión”.



personales, objetivos a los que no podré referirme en esta comunicación, ambos analistas consideraban de especial importancia las regresiones profundas de sus analizandos.

En la lista de autores que han investigado el tema querría también citar a César y Sara Botella, quienes han propuesto que el propio analista se entregue a una escucha y un pensar *regredientes*, acompañando al analizando en su regresión. Los Botella tienen una particular intención: la de encontrar eslabones asociativos faltantes en el paciente y verbalizárselos a este, en busca de la ligazón psíquica. Dicho de otro modo: en esta iniciativa, ha de haber de parte del analista una disposición a experimentar regresiones *formales* que acompañen a la regresión del analizando en la búsqueda de eslabones representacionales (C. Botella, 1999; C. y S. Botella, 1997; C. y S. Botella, 2001). En otro lugar (Braier, 2009 b) he comentado más detenidamente esta actividad, a mi juicio nada fácil de llevar a cabo por un analista y que si bien responde a una teorización coherente y de raíces freudianas, no nos permite apostar porque de este modo se logren resultados terapéuticos apreciables.

Pero al mismo tiempo es necesario tener presente que la regresión terapéutica en el enfermo *borderline* no siempre será posible y/o deseable en todas las circunstancias. Considero que ello depende de las condiciones propias de: a) el *paciente*, b) el *analista* y c), el *encuadre* del que se disponga.

En cuanto al *paciente*: en principio, habrá que observar si de por sí presenta una tendencia a la regresión espontánea, propia de su patología y de las particularidades e intensidad de la relación transferencial que se estuviera instalando; esto es, si presenta una cierta disposición para emprender, metafóricamente hablando, un viaje hacia su pasado infantil (paradojas del proceso psicoanalítico: hay que *regresionar* para después poder *progresar* en el pleno y amplio sentido del término). Sabemos incluso que no son pocos los pacientes que se resisten a experimentar una regresión en el tratamiento. (M. Baranger, 1969). Asimismo, la gravedad del cuadro clínico nos alertará en cuanto a que la regresión pueda representar un arma de doble filo: más allá de la existencia de condiciones favorables para la

regresión, tanto por parte del encuadre como del analista (de lo que en seguida hablaremos), cabe pensar en la conveniencia o no de propiciar y sostener un proceso regresivo en estos pacientes, eventualmente favorecedor de la cura, pero a sabiendas de que también entraña riesgos de *re-traumatización* y descompensación que quién sabe si podremos yugular oportunamente y de evitar un empeoramiento, así como de sacar partido del trabajo terapéutico bajo la influencia de estos angustiosos trances regresivos. No es lo mismo un sujeto *borderline* grave, con una muy precaria organización psíquica, una casi continua prevalencia en su funcionamiento de su lábil subestructura narcisista, con un escaso desarrollo de la subestructura edípica, por lo tanto aliguien con riesgos de descompensación de difícil control si se ve expuesto a una profunda regresión temporal, que otro menos grave, que cuente con una subestructura edípica más consistente, tal que por momentos pueda esta gravitar en mayor o menor medida en su funcionamiento mental. Está claro que este último caso se presenta como más apropiado para que el sujeto experimente una *regresión terapéutica*, esto es, que sería más apto para tolerarla mejor y cosechar beneficios terapéuticos derivados de dicha regresión, pudiendo aspirar a un *insight* y a una *elaboración* satisfactorios. Contará entonces con un yo observador que contempla a su yo vivencial, protagonista de la regresión.

Respecto del *analista*: ha de estar capacitado teórica y emocionalmente para un tal emprendimiento, esto es, tener claro los propósitos que lo conducen a favorecer la regresión del paciente, así como si se siente capaz de conducir adecuadamente este proceso, dadas las vicisitudes afectivas que ello supone en paciente y analista. Debe, para ello y en lo posible, a) tener suficientes conocimientos teóricos y experiencia profesional en estas situaciones tan delicadas de manejar, tales que les permitan desempeñarse con la necesaria empatía y destreza; b) Su análisis personal habrá de ser suficientemente profundo, continuado y prolongado. De más está decir que estas situaciones ponen seriamente a prueba al analista y es por eso que aquél adquiere una importancia crucial. El autoanálisis de la contra-transferencia juega un papel fundamental en



estos casos, dado que suele caracterizarse por los intensos sentimientos que pueden despertarse en el analista, entre los que se cuentan: angustia, desazón, una intensa conmoción, fuertes deseos de proteger al paciente, en ocasiones malestar, hasta llegar a la ira, etc. etc., todo esto ya sea como expresión de la *identificación concordante* como de una *identificación complementaria* en el sentido que les da Racker (1959), emociones todas que demandan ser comprendidas y elaboradas para devolver un mensaje al paciente en el que reine Eros y que resulte terapéuticamente acertado y eficaz. Pronto volveré a ocuparme de la contratransferencia.

Acerca de las condiciones del encuadre:

Toca mencionar las condiciones deseables que en sus aspectos temporales y espaciales habría de tener el encuadre en relación con el desarrollo de una regresión terapéutica en lo que a este tipo de patología se refiere.

Las variantes del encuadre tienen, desde ya, otras implicaciones, las cuales trascienden la cuestión de la regresión, pero comenzaremos analizando lo concerniente a esta.

Ante todo, debo aclarar que soy de los que piensan que hay una estrecha relación entre *proceso terapéutico y encuadre*. Esto significa que el encuadre constituye un conjunto de condiciones, previamente convenidas con el paciente, de las que mientras sea posible hemos de disponer para que se lleve a cabo exitosamente el tratamiento. En el mejor de los casos, estas condiciones del encuadre resultarán facilitadoras y favorecedoras del desarrollo del proceso terapéutico que pretendemos emprender. Y aunque la metáfora del cirujano tiene últimamente mala fama en el mundo psicoanalítico, permítanme recurrir a ella por esta vez: se trata, en la medida de lo posible, de contar con los componentes necesarios para que una determinada intervención quirúrgica tenga éxito. Más allá de la destreza y experiencia que pueda poseer el cirujano

(equipamiento interno equivalente en esta analogía a lo que hoy llamamos el *encuadre interno* del analista), este precisará además ya en el quirófano de una buena iluminación, ayudantes e instrumental adecuados para realizar una intervención quirúrgica que se vea coronada por el éxito. Pues eso es el encuadre, en su versión más favorable, claro está, adecuada a las circunstancias. No es lo mismo si tenemos que lidiar con las vicisitudes de un enfermo grave asistiéndolo solo una vez por semana o cada quince días, cuando estaría necesitando por lo menos dos sesiones semanales para que podamos aspirar a realizar una labor más efectiva. Verdad de Perogrullo, cierto es, pero quería comenzar por lo más obvio, por lo que representa una gruesa evidencia. Es que una cosa es que se pueda contar con el establecimiento de un encuadre favorecedor del proceso terapéutico que se pretende tenga lugar, que al revés, sean las condiciones adversas del encuadre las que condicionen y definan el tipo de proceso y la forma de proceder del terapeuta que habrán de darse. Cuando menciono la palabra encuadre estoy, como vemos, aludiendo al concepto clásico de este, el cual se refiere básicamente a los aspectos “externos” del mismo, concertados entre terapeuta y paciente; entre ellos los concernientes a las condiciones espacio-temporales. Y aquí, qué quieren que les diga, no me es suficiente con acudir al tan concurrido expediente de la posesión del así llamado “encuadre interno” del analista para salir del paso en cuanto a los inconvenientes con que nos encontramos en la práctica ante encuadres desfavorables, con frecuencia desmantelados (sobre todo con relación al número de sesiones semanales), para desarrollar nuestra labor terapéutica.¹²

Ahora bien: yendo específicamente a la cuestión de la regresión del analizando, entiendo que la mayor parte de los autores aceptan que existe *una relación entre regresión y encuadre*. Me he ocupado de ello en un texto anterior, por lo que no me extenderé en esta cuestión (Braier, 1990).

¹² Recientemente me he referido al origen, significado y utilización del concepto de *encuadre interno* (Braier, 2021).



He encontrado escasas excepciones a este aserto. Hay una en particular, digna de ser tenida tener en cuenta, puesto que proviene de un colega que fuera uno de los mayores conocedores de las teorías de la técnica psicoanalítica. Me refiero a Horacio Etchegoyen, entrañable maestro argentino, que además me honró con su amistad en sus últimos años. Etchegoyen sostenía que la regresión del paciente es un fenómeno que depende exclusivamente de este y que en nada intervienen el analista ni el encuadre (Etchegoyen, 1979; 1986); nunca he estado de acuerdo con ello. Considero que en lo que al número de sesiones respecta, es necesario contar con una cierta frecuencia semanal (yo diría por lo menos dos o más sesiones), tal que las mismas contribuyan con su continuidad y estabilidad al establecimiento y mantenimiento de la regresión transferencial, cuando nos hemos decidido por promoverla estratégicamente en el proceso terapéutico. Pero además estimo que tampoco es indiferente ni mucho menos, en lo que a lo espacial se refiere, que empleemos el diván o la posición cara a cara. Y aquí comprobaremos que parte de lo del “traje a medida” del que les hablé al comienzo de este trabajo, concierne al encuadre a establecer, siempre y cuando dispongamos de la posibilidad de diseñar, junto al paciente, el que más se ajuste a sus necesidades y características. (Aunque a menudo tengamos que conformarnos con el encuadre posible). Estoy persuadido de que el empleo del diván, en tanto supone una deliberada privación sensorial para el analizando, no solo promueve el desarrollo del proceso transferencial sino que, en íntima relación con este, es facilitador de la regresión; la induce. De este modo, el uso del diván, aunado a una frecuencia suficiente del número de sesiones, brindará las condiciones apropiadas a la hora de decidirnos por procurar una regresión útil en el paciente.

Pero ya hemos mencionado que en el *borderline* la regresión terapéutica no siempre estará indicada, ya que no se halla exenta de riesgos, sobre todo en los casos más graves. En tales circunstancias, por el contrario, el analista podrá optar por una estrategia opuesta: renunciando, transitoria o definitivamente a promover dicha regresión, recurrirá a la posición cara a cara, que entraña la posibilidad de beneficios terapéuticos

para el *borderline*, esta vez por otros conductos. Porque, ¿qué es lo que a menudo le ha sucedido a este? Que de pequeño le faltó precisamente, como diría Winnicott, *la mirada de la madre*. Por ello puede ser de sumo interés que cuente permanentemente durante las sesiones con la mirada atenta del analista. El hecho de no poder verlo que supone estar recostado en el diván, con el analista sentado detrás (a menos que se sitúe a un costado y el paciente pueda en alguna medida verlo, percibir su mirada) le hace revivir la ausencia del objeto materno, y esto para los más graves puede resultar insoportable. Es frecuente que sea el propio paciente quien decida acerca de esta cuestión, ya sea porque antes probó recostarse en el diván y ello reactivó en él ansiedades de desamparo, vacío o separación que les resultaban difíciles de tolerar, y/o *a priori* se siente más cómodo, prefiere y hasta necesita la posición cara a cara, que lo tranquiliza y reconforta.

Una vez más nos encontramos con las intuiciones de Ferenczi, nacidas de su compromiso con sus pacientes, de sus esfuerzos para comprenderlos y ayudarlos: «*La fidelidad al principio* según el cual el paciente debe estar tumbado fue *traicionada* ocasionalmente por el impulso indomable de los enfermos a levantarse de golpe, a deambular por la sala o a hablar conmigo mirándonos a los ojos» (Ferenczi, 1930, p 97. Cursivas del autor).

«Mirándonos a los ojos...», desliza Ferenczi.

Llegados a este punto, recuerdo también lo que Arnaldo Rascovsky decía acerca de la importancia de la comida familiar, esto es, de los hijos junto a sus padres, tan descuidada en la sociedad moderna (en la que, por otra parte, hay cada vez más enfermos limítrofes...). Junto a la comida, los hijos introyectaban la imagen y las palabras de sus padres. Podemos decir que en esos momentos también se «comían con los ojos» a sus padres. Rascovsky le otorgaba un papel de especial importancia, junto al oral, al factor visual en los procesos de introyección e identificación del niño (Rascovsky, 1973), lo que es decir en la constitución del psiquismo, tanto del yo como del superyó. La introyección visual de la representación del objeto ya se inicia con el pecho materno y continúa con la de la madre y el padre. El analista argentino enfatizaba que las



identificaciones se basan en la *presencia real del objeto*. Estas consideraciones adquieren un especial interés a la hora de plantearnos qué puede hacer el psicoanalista para ayudar a construir un yo en el paciente límite. Pero este tema escapa a los límites de este trabajo y quedará pendiente de tratar en una próxima ocasión. De todos modos ya tenemos algunos sustentos teóricos suficientes para preferir el “cara a cara” cuando se trata de fronterizos más graves, con un aparato psíquico muy deficitario y lábil.

Retomaré lo atinente al número de sesiones semanales para transmitir someramente algunas ideas en relación con las ansiedades preponderantes en cada caso. Si se trata de las de vacío, separación o desamparo, lo óptimo será que la frecuencia de las sesiones sea la suficiente para evitar el incremento de tales ansiedades. Si en cambio las que prevalecen son angustias de intrusión o invasión, quizás convenga disminuir el número de sesiones y/o espaciarlas más. (Concomitantemente las intervenciones verbales del terapeuta podrán ser más cortas y/o más aisladas para evitar el surgimiento de tales angustias).

VI. La contratransferencia

Freud apenas había hecho alusión a la contratransferencia (Freud, 1910; 1915). Ferenczi en cambio escribirá en 1919 directamente acerca de su empleo, en «Dominio de la contratransferencia».

En lo concerniente a este punto de la técnica psicoanalítica el húngaro fue, evidentemente, un pionero. Tendrán que pasar, después de su *Diario Clínico* de 1932, en el que encontramos diversas referencias al tema, más de quince años para que empiecen a surgir los, eso sí, notables desarrollos por parte de H. Racker (Racker, 1959) y de P. Heimann (Heimann, 1959; 1959 a).

Cada vez trabajamos más atendiendo a lo que sucede en la mente y emociones del analista en lo que a la contratransferencia se refiere. Ni que decir tiene la utilidad que posee el autoanálisis de la misma para una mejor comprensión y tratamiento del paciente límite. Desde la necesaria identificación *concordante* (Racker, 1959) que debe experimentar el analista, esto es, de su yo con el yo del paciente, en la necesidad

de establecer y sostener una relación basada en la *empatía*, a la que tanto se refirió Ferenczi, es factible que podamos percibir parte de las angustias que nos trasmite el paciente y discernir de cuáles de ellas se trata. Sabemos que las angustias primitivas del *borderline* suelen ser bastante diferentes de las de un sujeto neurótico. A veces, siguiendo a Bergeret (1974), esto resulta útil para hacer el diagnóstico de paciente límite, porque se tiene una peculiar, acaso inefable sensación, aunque mitigada en nosotros, de una angustia especialmente desgarradora, que suele, por ejemplo, remitir a la falta del objeto interno que es el sostén del ser. Y no es solo una cuestión de mera intensidad.

Por lo demás, hemos de ser capaces de autoanalizar nuestra contratransferencia para poder utilizarla como una auténtica herramienta técnica. Así, por ejemplo, percibir lo que sería una identificación complementaria dentro de la contratransferencia (Racker, 1959). Siguiendo ahora a León Grinberg (1956) es cuando, debido a una *contraidentificación proyectiva*, como él le llamaba, comprobamos que estamos siendo depositarios de una intensa identificación proyectiva de nuestro paciente, ya sea de aspectos desvalidos y desvalorizados de sí mismo como de un objeto interno perseguidor, con el cual circunstancialmente nos identificamos en el trascurso del tratamiento.

Por otra parte no debemos dejar de tener en cuenta que las distintas características y la intensidad de los fenómenos transferenciales en el analizando están fuertemente influidas por la contratransferencia del analista. Y yo agregaría entonces: esto último es debido a las consecuencias que derivan de su manejo, adecuado o no, por parte del analista y que se reflejan no sólo en sus intervenciones verbales, en cuanto a su contenido, inflexiones de la voz, etc, sino también en sus manifestaciones preverbiales, todo lo cual puede ser captado por el analizando. Vale decir, que la transferencia analítica no es, en rigor, el resultado de una mera y espontánea proyección del analizando *per se*, sino que su producción y desarrollo están en buena medida condicionados por la conducta del analista, en una interrelación muy íntima e indisoluble entre transferencia y contratransferencia. ¡Es que en el tratamiento



psicoanalítico el objeto de la transferencia no es precisamente un objeto inanimado...!, y por ende la transferencia analítica no se explica simplemente como un producto exclusivo de las proyecciones del paciente. Si, por ejemplo, tenemos una posición distante y/o excesivamente silenciosa, tal que el sujeto limítrofe la perciba afectivamente como fría, estaremos propiciando una proyección de sus objetos persecutorios o abandonantes sobre nosotros y, por ende, una transferencia negativa.

Aquí quiero además recordar lo que a estas alturas se viene repitiendo con énfasis en la literatura psicoanalítica contemporánea: la utilidad de recurrir a los sentimientos contratransferenciales para incluirlos en el contexto de la relación con el paciente, poder comprenderlo mejor y operar terapéuticamente. Me limitaré a un sencillo ejemplo a través de una breve viñeta en torno a una paciente limítrofe, cuyo tratamiento fue para mí asaz dificultoso y accidentado.

Tratábase de una joven que analicé en Barcelona hace mucho tiempo, a la que llamaremos Diana. Era hija única. Sus progenitores eran dos seres psíquicamente muy enfermos. Diana aún vivía con ellos, mientras trabajaba y cursaba estudios universitarios.

Su padre, con evidentes rasgos perversos y sádicos, había al parecer intentado abusar sexualmente de ella cuando niña. Representaba una figura sombría que la aterrorizó siempre y del cual no guardaba prácticamente ningún buen recuerdo; su madre en cambio era según Diana bondadosa, pero se hallaba aquejada de una profunda y permanente depresión, de características melancólicas.

Entre sus alteraciones, Diana registraba una cierta adicción a drogas como la marihuana y la cocaína; experimentaba cierta ansiedad y desasosiego casi permanentes, así como frecuentes e incontrolables ataques de ira, que solían culminar en gritos y escandalosos altercados.

Si bien contaba con algunos amigos, se sentía sola y luchaba denodadamente por elevar su alicaída autoestima.

Pese a todo, Diana tenía cierto éxito en su relación con los hombres. Sin ser especialmente bonita, su persona resultaba atractiva. La

favorecía el ser inteligente, ocurrente y capaz de agudas reflexiones.

El tratamiento fue muy duro y difícil. Diana no acababa de confiar suficientemente en mí, al igual que lo que le sucedía con los hombres que conocía y que incluso conseguía que se enamorasen o al menos se interesaran por ella.

En los primeros tiempos de su análisis mantenía una práctica sexual compulsiva y promiscua. Asimismo, lo habitual era que realizara malas elecciones de pareja, vinculándose con sujetos con rasgos psicopáticos (subrogados de la figura de su padre) que indefectiblemente terminaban dañándola e incrementando en ella su desconfianza y odio a los hombres, nacidos de su traumática relación con su progenitor. (Compulsión de repetición más allá del principio de placer).

Si hubo un claro indicio de la existencia de ciertos progresos de Diana en su tratamiento, ese fue el significativo cambio que experimentó acerca de esta cuestión. En efecto, empezó a relacionarse con hombres que se mostraban genuinamente interesados por ella y que aspiraban a establecer una unión estable. Sin embargo, la compulsión de repetición volvía a exteriorizarse en este terreno: Diana los terminaba rechazando, provocando tal tipo de conflictos, desavenencias y riñas, aun con aquellos muy valorados o incluso amados por ella, que las relaciones apenas le duraban unos pocos meses. Ellos no alcanzaban a comprender los porqués de las reacciones iracundas de Diana.

En el fondo de todo esto perduraba sin embargo un trauma precoz, el del desamparo, relacionado con una madre deprimida que no habría podido investir suficientemente a la pequeña Diana, lo que en cierto grado recuerda «el síndrome de la madre muerta» que describe Green (1980).

A todo esto, Diana se mostraba a menudo abiertamente hostil en su relación conmigo. A veces me gritaba, montando escenas en la que estallaba de ira ante la más mínima cosa. Costaba mucho que se calmara. Sin embargo, no dejaba de asistir puntualmente a las sesiones y el tratamiento seguía su curso. No tardé en comprender que, como lo habría hecho Ferenczi con algunas de sus “pacientes difíciles”, debía yo soportar estoicamente estas reacciones de la paciente,



permitiéndole tales descargas de rabia, en tanto no acababa de fiarse de mí, todo esto por obra y gracia de una transferencia paterna negativa, que con frecuencia viraba hacia otras de características maternas, en busca de contención y protección. En sus estallidos de furia y llanto en plena sesión llegó a pasar por verdaderos estados confusionales. He de decir que no recuerdo haber tenido que soportar, controlar y analizar nunca antes ni después por tanto tiempo, sentimientos contratransferenciales de tal magnitud, tanto de frustración e impotencia como -sobre todo- de malestar, enfado y rechazo, como me sucedió en aquella ocasión, procesándolos yo de tal modo de lograr finalmente controlar la situación. Diana ponía a prueba una y otra vez mi tolerancia. Finalmente creo que yo lograba transmitirle mi aceptación y capacidad de contención. Fue un ejercicio colosal para mí, una verdadera prueba de fuego en cuanto al control de mis sentimientos contratransferenciales, habiendo salido -relativamente, como pronto veremos- airoso de ello. Representarme a la paciente como la niña asustada y desamparada, al tiempo que furiosa, que persistía y latía en la Diana adulta, me ayudó a mantener una contratransferencia positiva¹³.

Su búsqueda del objeto salvador, inevitablemente idealizado, era tan insistente como infructuosa. La fatídica compulsión *tanática* de repetición, con sus arranques de cólera, la llevaba al fracaso de todos aquellos vínculos amorosos que impresionaban *a priori* como prometedores. Y esto a pesar de mis interpretaciones. Claro, ella tampoco creía en la bondad de estas; no creía en *mi* bondad, en que yo pudiera ser alguien -una madre o un padre analista- capaz de quererla y cuidarla.

Todo esto se ponía al rojo vivo a raíz de la regresión que experimentaba en el marco de un encuadre apropiado (de dos sesiones semanales y con empleo del diván) para que ella pudiera

revivir situaciones traumáticas y exteriorizar sus afectos en el campo de la transferencia analítica. A sus ataques de ira, además de interpretar su transferencia paterna o la materna (en relación con una madre que no acababa de investirla debido a su depresión melancólica), lograba yo responderle con calma y afectuosidad, en una suerte de experiencia emocional correctiva que podría recordar en alguna medida las propuestas de Alexander (1946), aunque ello no fuera estrictamente mi propósito.

En un momento dado sucedió que una vez más había dado calabazas a un mozo que según su descripción la amaba de verdad y era una bella persona, además de ser especialmente querido por ella. Paulatinamente por entonces, ante mi experiencia clínica, me iba convenciendo de que una buena alternativa para un paciente *border-line* es obtener el genuino amor de un objeto real externo significativo (al que he propuesto llamarle ORES), proveedor de los indispensables suministros afectivos para conseguir un equilibrio y una compensación ante las tantas injurias y heridas narcisistas padecidas. (Braier, 2012). Me refiero a lograr establecer un vínculo afectivo y poder sostenerlo en el tiempo. Comprendí que ello podía ser un factor decisivo para que Diana alcanzara una mejoría o incluso un cierto bienestar. Creo que fue en ese preciso momento cuando cristalizó en mí un pensamiento que viví como un aserto, definitorio de esta problemática que presentaba la paciente. Pensé, primero para mis adentros: “Esta chica no logra confiar en nadie y no puede creer que alguien la pueda querer”. Era esta conclusión no sólo la consecuencia de haber asistido a sus frustradas relaciones con varios hombres, sino también un producto de la comprobación de lo que acontecía en el campo mismo de la transferencia-contratransferencia, dado que Diana, como antes dije, no terminaba de confiar en mí. La joven se había ganado, pese

¹³ Mucho tiempo después leí a Ferenczi: «El paciente se instala entonces en la situación de frustración que tan bien conocemos y que reproduce en principio, a partir del pasado, la rabia impotente y la parálisis que

de ella se deriva, *siendo precisos muchos esfuerzos, mucha comprensión y mucho tacto* para conseguir la reconciliación en tales condiciones, de modo contrario a la alienación que persistía durante la infancia» (Ferenczi, 1931. Las cursivas son mías).



a todo, mi simpatía y aun mi cariño, pues era buena persona, sufrida, luchadora e inteligente, digna de consideración y que había despertado en mí firmes deseos de ayudarla (y, maternalmente, de protegerla); como vengo comentando, había hecho yo hasta el momento un esfuerzo descomunal para soportar sus frecuentes berrinches; pero chocaba casi siempre con su desconfianza y hostilidad. Tanto es así que, luego de uno de los ruidosos desplantes a los que me tenía acostumbrado, enfadada y desesperanzada, interrumpió bruscamente el tratamiento, no sin antes decirme que no le había servido de nada.

Pasaron varios años. De pronto, Diana me buscó para volver a comunicarse conmigo; y para manifestarme -por fin- su gratitud. Me contó que hizo otros intentos de análisis, repetidamente fallidos, en los que solía terminar peleándose con sus analistas (algunos de los cuales al parecer tampoco pudieron disimular su enfado). Pero ahora Diana se hallaba muy contenta. Por fin había encontrado a un hombre que la quería, en quien creía y a quien amaba. Se había casado con él y formado una familia. Ya tenía dos hijos, a los que quería profundamente, por todo lo cual se sentía «muy feliz y mejor que nunca». Me recordaba como alguien bueno, cálido y que había tenido una gran paciencia para con ella; pero por esos años, me dijo, no había podido aprovechar debidamente aquella experiencia analítica conmigo. Sin embargo una frase, que yo solía repetirle a modo de interpretación tantas veces como ella repetía sus conductas autodestructivas en sus relaciones de pareja y en la relación conmigo, permaneció en su recuerdo y, según me aseguró, la había ayudado a lo largo del tiempo a confiar en quien ahora era su marido y, en definitiva, a cuidar y preservar su vínculo con él. Podría reconstruirse más o menos de la siguiente manera: «Usted nunca termina de creer que pueda haber alguien en el mundo que realmente la quiera». Recordemos que esta intervención mía, que a la larga parecía haber surtido efecto, provenía en

gran medida de mis propias sensaciones contra-transferenciales.

Diana mantuvo a lo largo de los años su comunicación conmigo. Me enviaba correos electrónicos de vez en cuando, que incluían fotografías en las que aparecía en compañía de su marido y sus hijos. Al parecer se sentía muy bien y se consideraba razonablemente feliz.

No volvió a analizarse.

VII. La presencia del analista como aliado del paciente

Al hilo de lo que acabo de describir en la viñeta clínica, en la que destaco el papel de la contratransferencia, querría continuar todavía un poco más comentando la posición del analista ante el enfermo *borderline*.

Me interesa remarcar la necesidad de estos pacientes de contar con la presencia estable de un analista, confiable y contenedor. Ello demanda una serie de actitudes por parte de este, encaminadas a brindarle al paciente una experiencia correctiva, dada por la constancia del objeto y la posibilidad de una estabilidad del vínculo con este; todo lo contrario de aquello que el enfermo suele haber padecido en sus relaciones con los objetos que tuvieron a su cargo las funciones parentales.

Debemos estar dispuestos, como ocurre con los psicóticos, a responder a llamadas telefónicas aun en horarios intempestivos, a *mails* y *whatsapps*, al pedido de sesiones adicionales, etc.¹⁴; ejercitando nuestra paciencia, comprensión y tolerancia, hasta donde ello sea humanamente posible y recomendable, dado que también habrá pacientes que se exceden en sus demandas y a los que habrá que ponerles un límite. En fin, esto nos interpela específicamente en cuanto al candente tema de la *neutralidad técnica*. Aquí diré que soy partidario de un apartamiento de la misma con estos pacientes severamente perturbados, para asumir definitivamente una actitud que llamo de *aliado* del paciente y,

¹⁴ Green (2010) ha sido uno de los autores relevantes que apoyó decididamente estas actitudes del analista.



entre otras cosas, contribuir con ello a la consolidación de una alianza terapéutica. No olvidemos que nos hallamos ante enfermos que, habiendo sufrido grandes carencias y maltratos, evidencian a menudo una escasa tolerancia a la frustración, así como una gran desconfianza y hasta desesperanza en cuanto a lo que puedan esperar de los demás. Mantener una distancia afectiva similar a la que se acostumbra con los neuróticos puede llevar al fracaso del tratamiento, cuando no directamente a su interrupción.

El título de aquel valioso libro de Sacha Nacht, *La presencia del psicoanalista*, es sumamente sugerente a este respecto, si bien, desde un sentido más estricto, requiere aclarar que mi postura se asemeja y coincide en algunos puntos particularmente con una de las acepciones de lo que su autor llamó *la presencia del psicoanalista*, las que son diferentes de las de Lacan (Nacht, 1966). Se trata de la que Nacht precisa en el caso de pacientes que han sufrido traumas reales a lo largo de su vida, en los que la actitud de estricta neutralidad técnica puede representar un serio inconveniente para lograr el éxito terapéutico, necesitando, por el contrario, de una “entrega reparadora” por parte del analista, que para Nacht se traduciría en intervenciones más frecuentes y menos breves, prolongación del tiempo de las sesiones y otras medidas. Yo lo he ampliado con actitudes como las antes citadas, en una oferta al paciente ante el que me presente, en términos del propio Nacht, como un objeto “bueno” que contrarreste la acción de los objetos “malos” que habitan su mente.

Transcurridos más de veinte años de haber analizado con resultados exitosos a otra paciente *borderline*, con graves alteraciones y luego del tratamiento muy mejorada, aún recibo sus agradecidos saludos en ocasión de las fechas tradicionales. La más reciente correspondencia que me envió tiene el siguiente, significativo encabezamiento: «A mi analista *del alma y de alma*». (Las cursivas son mías). Yo lo traduzco más o menos así: «A mi analista de la mente, de todo corazón».

Es que en estos casos hace falta dar algo más, dentro de la especial relación terapéutica que cabe establecer con los enfermos limítrofes. En mi caso la actitud que asumo en mi práctica clínica viene de muy lejos, casi desde los comienzos

de esta, asumida inicialmente de manera más bien intuitiva, diría, y sin mayores fundamentos.

Ahora bien, desde hace algunos años, esta posición de *aliado* del paciente se ha visto en mí reafirmada, tanto en el nivel teórico como en la práctica misma, por el conocimiento de los textos y de las experiencias clínicas de Ferenczi, quien destacaba además la importancia de la *autenticidad* y la *reciprocidad* del analista (Martín Cabré y otros, 2017) y cuyas propuestas tuvieron una continuidad en las descripciones de autores como Balint, así como con Nacht y muchos otros que le siguieron, más cercanos en el tiempo.

Sucede que no en vano ha sido este hombre, Ferenczi, más allá de sus errores (que reconocía, lo que lo llevaba a rectificar sus técnicas), el primero en atreverse a cuestionar la actitud analítica tradicional y rígida, sosteniendo, entre otras cosas, que el analista debía tener «una actitud amistosa y benévola». (Ferenczi, 1930). Así dirá:

«[...] no puede negarse que la fría objetividad del médico puede adoptar formas que enfrenten al paciente con dificultades inútiles e inevitables; deben existir medios para hacer perceptible al paciente *nuestra actitud amistosamente benévola* durante el análisis, sin abandonar por ello el análisis del material transferencial ni caer en el error de quienes tratan al neurótico con una severidad o un amor fingidos, y no del modo analítico, es decir con una sinceridad total.» (Ferenczi, 1930. Las cursivas son mías).

En una oportunidad manifesté:

«Sándor Ferenczi es conocido, entre otros apelativos, como “el analista de la ternura”; y uno se contagia un poco al leerlo [...]. Según una opinión autorizada, nada menos que la de André Green, Ferenczi es el fundador del psicoanálisis moderno. Por ello es recomendable conocer su legado, revisarlo y analizarlo» (Braier, 2018).

En los que serían los últimos años de su vida, muchas de las cosas que Ferenczi valientemente se atrevió a proponer en relación con la técnica psicoanalítica, encajan notablemente con las modificaciones que se han venido sucediendo en la práctica con los pacientes fronterizos de nuestro tiempo. En «Principio de relajación y



neocatarsis”, de 1930, nos encontramos con comentarios como los siguientes:

«El efecto de choque de la intervención brutal de la sesión del análisis me obligó en más de una ocasión a prolongar la sesión hasta el final de la reacción emotiva, incluso a consagrar al enfermo dos sesiones al día o más».

Y poco más adelante escribe:

«Yo tenía grandes escrúpulos de conciencia debido a estos fallos en la regla fundamental, y muchos otros que no puedo enumerar aquí, hasta que recibí las palabras consoladoras de personas con autoridad: los consejos de Freud¹⁵ no eran de hecho más que recomendaciones para principiantes, que debían protegerles de los errores y los fracasos más aparentes; casi no contenían indicaciones de naturaleza positiva, y en consecuencia se permitía gran libertad a la valoración personal del analista en la medida en que podía explicarse las consecuencias *metapsicológicas*¹⁶ de su conducta».

VIII. La comunicación verbal

De los enfermos *borderline* diría que por lo general no deberíamos esperar que en sus comunicaciones asocien libremente. Aceptemos en cambio que comuniquen lo que puedan y como puedan. Si de hecho asociar libremente es algo sumamente difícil, considero poco atinado pretender que ellos lo hagan, cuando suelen cargar con diversos problemas del pensamiento, que no entraré a describir, dado que ya lo hicieron y continúan haciéndolo destacados investigadores que se han ocupado expresamente del tema¹⁷.

En lo que atañe a la escucha del analista, personalmente considero que es importante detectar si lo que verbaliza el paciente en un momento

dado proviene de su subestructura narcisista o de la neurótica. ¿Cuál de las dos posee el comando psíquico en ese momento? ¿Desde dónde nos está hablando el paciente? Esto mientras ello se pueda percibir y discernir, lo cual no siempre será factible. ¿Es Narciso ahora mismo, o es Edipo? En todo esto nuestra contratransferencia, más precisamente en este caso la identificación concorde y empática de nuestro yo con el yo del paciente, cumple un papel decisivo. Intentamos poner “en su piel” para dilucidar esto, lo que ha de suceder de manera espontánea, claro está. Ello puede condicionar el que interpretemos, intentando de este modo hacer consciente lo inconsciente, o bien que no lo hagamos, dado que nuestra interpretación (también en el caso que se trate de una construcción) caería en saco roto. Es que de ambas subestructuras es aquella en la que impera el ideal del yo, la más evolucionada y capaz de *repcionar* adecuadamente nuestras intervenciones, así como de trabajar de manera fructífera con ella, aunque al paciente le hablemos en ese momento... de sus trastornos narcisistas. Eventualmente, las reservas yoicas de su subestructura neurótica pueden alcanzar para rescatarlo de quedar sumido en una regresión invalidante de su pensamiento, permitiéndole el ejercicio de la autoobservación, tal como si se diera, como antes mencioné, un desdoblamiento de su yo en un yo infantil y deficitario y un yo más evolucionado que se observa a sí mismo y que está en mejores condiciones de procesar una interpretación o una construcción. En suma, se trata también de cómo, cuándo y qué interpretar o bien emitir una construcción. No es que nunca podamos interpretar en el caso de que predomine su yo ideal, pero en tales circunstancias debemos tener el cuidado y la cautela que la situación requiere para poder ser entendidos. Otras

¹⁵ Alude al artículo de Freud *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico* (Freud, 1912).

¹⁶ Las cursivas son mías, para poner de relieve que precisamente de esto se trata: que los cambios que lleguemos a introducir en relación con la práctica y el encuadre tradicionales y sus efectos, tengan sólidos fundamentos teóricos. Felizmente ha pasado ya mucha agua bajo el puente y en estas terapias hoy en día hay

modificaciones de la técnica clásica que ya no son objetadas.

¹⁷ En un magnífico artículo, Gustavo Lanza Castelli (2018) enuncia diversos trastornos del pensamiento en los enfermos no neuróticos, con numerosas referencias bibliográficas de diversos autores franceses que han realizado importantes contribuciones a esta problemática. Recomiendo su lectura a los lectores interesados.



veces conviene simplemente callar; callar y contener al paciente. Balint quizás pensaría que el paciente en tales circunstancias es incapaz de recibir adecuadamente nuestro mensaje verbal y trabajar con este. (Balint, 1979)¹⁸.

IX. El modelo de la tercera tónica

En el modelo teórico de la estructura limítrofe que he propuesto, y al que vengo recurriendo con asiduidad en el presente trabajo, ocupa un lugar de fundamental importancia la concepción de una *tercera tónica*, de raigambre inequívocamente freudiana, tal como ha sido preconizada por Norberto Marucco (1978) primero y ampliada después por Rubén Zukerfeld y Raquel Zonis de Zukerfeld (1992; 1999).

Solo recordaré aquí, como de algún modo lo he venido citando en este trabajo, que el modelo de la tercera tónica propone la existencia en todo aparato psíquico de una escisión constitutiva, la que lo divide en dos subestructuras: una neurótica o edípica, regida por el ideal del yo y la represión, y otra narcisista, en la que reinan el yo ideal y la desmentida. Todo esto es susceptible de una representación gráfica, como lo requiere toda tónica.

En lo que atañe al comando del funcionamiento psíquico en los enfermos límites, nos encontramos con el predominio de la subestructura

narcisista, en tanto que la subestructura neurótica carece de la necesaria consistencia y organización para gobernar de manera más o menos estable el psiquismo desde el ideal del yo.

Una figura destacada del psicoanálisis y además experto en el tratamiento de estos pacientes, como lo fuera André Green, nos decía en varios de sus textos, sobre todo en *De locuras privadas*, que el enfermo *borderline* no mejora, esto es, que no cambia, que en todo caso se mantiene; resistiendo como puede, diríamos. Yo sería algo más optimista. Por lo pronto, hay analistas que consideran que cuando un *borderline* ha podido eventualmente obtener un cierto predominio de los mecanismos neuróticos de funcionamiento, es cuando se ha llegado al final del tratamiento. Y esto no es poca cosa, desde luego, aunque al mismo tiempo no es menos cierto que la experiencia clínica nos demuestra que el acceso a la triangularidad edípica, con la asunción del comando psíquico por parte del ideal del yo por sobre el yo ideal, puede en algunos casos demandar años de labor o no llegar a producirse jamás.

Elaboración (*Verarbeitung*) y reelaboración (*Durcharbeitung*)

He desarrollado este tema recientemente (Braier, 2018), por lo que en esta oportunidad me

¹⁸ En diálogo con Gustavo Lanza Castelli (2023) me ha comentado que esto último entronca exactamente con lo que viene trabajando desde hace tiempo:

«¿qué hacer en esos casos en los que no cabe interpretar porque hay una “regresión invalidante del pensamiento”?»

«Retomando los planteos de Fonagy y de psicoanalistas alemanes (Rudolf, etc.) - continúa diciéndome Lanza Castelli - es que esa “regresión invalidante del pensamiento” se puede caracterizar y conceptualizar de modo pormenorizado si identificamos una serie de capacidades estructurales que en estos casos están en falla (como la capacidad de aprehender los propios estados mentales y diferenciarlos de los hechos mismos, de tener un pensamiento con capacidad metafórica y simbólica, con riqueza fantasmática, etcétera)».

Mi colega rubrica su valioso comentario trasmitiéndome lo siguiente: «Lo que en este caso podemos hacer entonces es un tipo de trabajo específico, que tiene como objetivo lograr una promoción de esas capacidades estructurales, a los efectos de superar la “regresión invalidante”. Ese es el objetivo de la psicoterapia orientada a la estructura y a la mentalización, la cual incluye: 1) una caracterización de estas capacidades; 2) un tipo de entrevista que ayude a ponerlas de manifiesto desde el comienzo mismo del tratamiento; 3) una serie de recursos técnicos y de modos de trabajar con el paciente que tienen como objetivo la promoción de dichas capacidades o, dicho en la terminología por mí empleada, la reversión de la regresión invalidante, a los efectos de fortalecer la capacidad de autoobservación y procesamiento de la parte neurótica».



limitaré a resumir de manera concisa los principales conceptos.

La *reelaboración* o *per-elaboración* (*Durcharbeiten*) puede ser entendida como la superación de las distintas formas de resistencia del analizando. Tomando parcialmente las que constituyen las principales resistencias del paciente a la labor analítica y al cambio psíquico, podemos basarnos en aquellas que Freud describe en *Inhibición, síntoma y angustia*, tres de ellas provenientes del yo, una atribuible a la acción del superyó y otra al ello, en este último caso representada por la compulsión de repetición. Desde la subestructura neurótica, que en mayor o menor grado hubiera podido organizar un sujeto fronterizo, las resistencias son las mismas que Freud describe en el citado artículo y que aquí no voy a reproducir. Pero es que, como venimos señalando, lo que caracteriza el funcionamiento psíquico del fronterizo es el predominio de una subestructura narcisista mal estructurada. De allí que las resistencias provenientes de los mecanismos de defensa del yo se caractericen por el predominio de defensas pre-represivas. Por su parte, las resistencias de transferencia corresponden a formas primitivas de esta, mientras que las del superyó devienen de la acción de una instancia crítica primitiva y sumamente sádica sobre un yo marcadamente masoquista. Por último, las resistencias del ello corresponden a la compulsión de repetición “más allá del principio de placer”.

Dado que nos encontramos ante el análisis del trauma precoz e irrepresentable, resulta necesario y oportuno añadir la noción de *Verarbeitung* en tanto *ligazón* (*Bindung*), vale decir la tentativa de ligar la cantidad de energía -liberada

por el trauma- con una representación. En la cura procuramos esto especialmente a través de las construcciones, aspirando de este modo a la creación de “tejido psíquico”, lo que implica producir una trama representacional y asociativa.

En la versión castellana del *Diccionario de Psicoanálisis* de Laplanche y Pontalis el término alemán *Verarbeitung* se traduce como *elaboración psíquica* (p. 104).

A continuación, y a modo de síntesis de este punto, me permitiré citarme a mí mismo:

«La *Verarbeitung* constituiría uno de los aspectos más específicos de la *elaboración* en este tipo de patología, proceso que cabría discernir del resto del *trabajo elaborativo* (*elaboración de las resistencias*), dada su condición de *elaboración asociativa*». (Braier, 2018).

La secuencia, aplicable a las neurosis, *repetir-recordar-elaborar*, se convierte por ende en los pacientes fronterizos, al menos en parte, en *repetir-construir-elaborar*, en la que, ante la imposibilidad de recordar-hacer consciente lo no representado, la construcción ofrecida por el analista (*construir*) sustituye al recuerdo en la fórmula (*recordar*), aportando representaciones que hacen posible la *elaboración psíquica* (*Verarbeitung*).

De allí que pueda decirse que en estos tratamientos el analista posee un *papel más activo* que en el psicoanálisis clásico, puesto que tiene a su cargo un trabajo imaginativo de figuración.

Para concluir, cabe señalar que en el tratamiento psicoanalítico con personas que padecen un trastorno límite se daría una particular confluencia de *verarbeitung* y *durcharbeiten*.



Referencias

- Alexander, F. y French, T. (1946), *Terapéutica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1965.
- Balint, M. (1967), *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*, Paidós, Bs. As, 1982.
- Baranger, M. (1969), «Regresión y temporalidad en el tratamiento analítico», *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, XXVI, 2, Bs. As., 1969.
- Baranger, M.; Baranger, W. y Mom, J. (1987), “El trauma psíquico infantil de nosotros a Freud: trauma puro, retroactividad y reconstrucción”, *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, XLIV, nº 4, Bs. As., 1987. (También se publicó en el *Libro Anual de Psicoanálisis*, Londres, Lima, 1988).
- Baudry, F. (1984), “The evolution of the concept of character in Freud’s writings”. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 31, p. 3-31.
- Bergeret, J. (1974), *La Personalidad Normal y Patológica*, Gedisa, Barcelona, 1996.
- Botella, C. (1999), conferencia. Jornadas "El trauma psíquico de ayer a hoy. Nuevas modalidades de abordaje en la práctica psicoanalítica". *Gradiva*, Barcelona, 16 de octubre de 1999.
- Botella, C. y S. (1995), “Sobre el proceso analítico: de lo perceptivo a la causalidad psíquica”. En *Libro anual del psicoanálisis nº 1*, Biblioteca Nueva, Madrid, 1998.
- Botella, C. y S. (1997), *Más allá de la representación*, Promolibro, Valencia, 1997.
- Botella C. y S (2001), *Figurabilidad y trabajo de figurabilidad*. En C y S. Botella, *La Figurabilidad Psíquica*, Amorrortu Editores, Bs. As., 2003.
- Braier, E. (1990), Proceso psicoanalítico. En E. Braier, Tabués en teoría de la técnica. Metapsicología de la cura, Nueva Visión, Bs. As., 1990. (Cap. 6).
- Braier, E. (2009), «Destructividad y repetición». En E. Braier, *Hacer camino con Freud*, Lugar Editorial, Bs. As., 2009. (Capítulo 3).
- Braier, E. (2009a), «Las heridas narcisistas en el trauma psíquico temprano. Teoría y clínica». En E. Braier, *Hacer camino con Freud*, Lugar Editorial, Bs. As., 2009. (Capítulo 5).
- Braier, E. (2009 b), «Psicoanálisis de la estructura narcisista y de lo irrepresentable». En E. Braier, *Hacer camino con Freud*, Lugar Editorial, Bs. As., 2009 (Capítulo 6).
- Braier, E. (2012), «La estructura limítrofe. Una perspectiva teórico-clínica desde la metapsicología freudiana». *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, XXI Simposio de la APM, “Pacientes y analistas de hoy”, nº 67, 2012, p p129-163, Madrid.
- Braier, E. (2018), presentación del libro *Autenticidad y reciprocidad. Un diálogo con Ferenczi*, de Luis Martín Cabré (coordinador) y otros. Gradiva, Barcelona, 19- 01-18.
- Braier, E (2018), «Elaboración [*Verarbeitung*] y reelaboración [*Durcharbeiten*] en el análisis de los pacientes no neuróticos». *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid* (APM), vol. 33, nº 82, 2018.
- Braier, E. (2021), “La crisis del encuadre clásico y el auge del encuadre interno”, *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*. «Encuadre(s)». Vol. 35, Nº 89, 2020.
- Etchegoyen, R. H. (1979), «Regresión y encuadre», *Revista Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires*, Vol. 1, Nº 2, Bs. As., 1979.
- Etchegoyen, R. H. (1986), *Los fundamentos de la técnica psicoanalítica*, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 2009.
- Ferenczi, S. (1919), «Dominio de la contratransferencia». En S. Ferenczi, *O. C., La técnica psicoanalítica*, Tomo II, Espasa-Calpe, Madrid, 1981.
- Ferenczi, S. (1928), «Elasticidad de la técnica psicoanalítica». En S. Ferenczi, *O. C.*, Tomo IV, Espasa-Calpe, Madrid, 1984.
- Ferenczi, S. (1930), «Principio de relajación y neocatarsis». En S. Ferenczi, *O. C.*, Tomo IV, Espasa-Calpe, Madrid, 1984.
- Ferenczi, S. (1931), «Análisis de niños con los adultos». En S. Ferenczi, *O. C.*, Tomo IV, Espasa-Calpe, Madrid, 1984.
- Ferenczi, S. (1932), *Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932*. Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1997.



- Ferenczi, S. (1933), «Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la pasión». En S. Ferenczi, *O. C.*, Tomo IV, Espasa-Calpe, Madrid, 1984.
- Freud, A. (1936), *El yo y los mecanismos de defensa*, Paidós, Bs. As., 1965.
- Freud, S. (1910b), «Las perspectivas futuras de la terapia psicoanalítica», *O. C.*, A. E., XI, Bs. As.
- Freud, S. (1912), «Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico», *O. C.*, A. E., XII, Bs. As.
- Freud, S. (1915), «Puntualizaciones sobre el amor de transferencia», *O. C.*, A. E., XII, Bs. As.
- Freud, S. (1915 a), «Lo inconciente», *O. C.*, A. E., XIV, Bs. As.
- Freud, S. (1920), *Más allá del principio de placer*, *O. C.*, A. E., XVIII, Bs. As.
- Freud, S. (1926 [1925]), *Inhibición, síntoma y angustia*, *O. C.*, A. E., XX, Bs. As.
- Freud, S. (1930 [1929]), *El malestar en la cultura*, *O. C.*, A. E., XXI, Bs. As.
- Freud, S. (1937), *Análisis terminable e interminable*, *O. C.*, A. E., XXIII, Bs. As.
- Freud, S. (1937 a), *Construcciones en el análisis*, *O. C.*, A. E., XXIII, Bs. As.
- Garma, Á. (1940), *Psicoanálisis de los sueños*, Paidós, Bs. As., 1963.
- Green, A. (1980), *La madre muerta*. En A. Green, *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, Amorrortu Editores, Bs. As., 1986. (Cap. 6).
- Green, A. (1990), *De locuras privadas*, A. E, Bs. As., 1990.
- Green, A. (2003), *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo. Desconocimiento y reconocimiento del inconciente*, Amorrortu Editores, 2005, Bs. As.
- Green, A. (2007), «Las estructuras no-neuróticas». En A. Green, *Conferencias en México. Vol. 1.*, Paradiso editores, México, D. F., 2011.
- Green, A. (2010), *El pensamiento clínico*, Amorrortu Editores, Bs. As., 2010.
- Grinberg, L. (1956), «Sobre algunos problemas de la técnica psicoanalítica determinados por la identificación y contraidentificación proyectivas», *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, XIII, 4, Bs. As.
- Heimann, P. (1959), «Acerca de la contratransferencia», *Revista Uruguaya de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Uruguaya*, Vol. 4, N°1, Montevideo, 1961.
- Heimann, P. (1959 a), «Contratransferencia», *Revista Uruguaya de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Uruguaya*, Vol. 4, N°1, Montevideo, 1961.
- Kernberg, O. (1978), «Técnicas de tratamiento de estructuras de personalidad de tipo límite». Conferencia pronunciada en la Asociación Psicoanalítica Argentina, Bs. As., 05-11-1978.
- Kernberg, O. (1983), «Psicoterapia psicoanalítica con pacientes fronterizos y narcisistas». Conferencia pronunciada en la Asociación Psicoanalítica Argentina, Bs. As., 07-11-1983.
- Kernberg, O. (2013), intervención en coloquio. Grup-TLP Barcelona. III Jornadas. *Avances en investigación y tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad*. Barcelona, 14-15 de marzo de 2013.
- Kernberg, O.; Yeomans, F.; Clarkin, J. (2016), *Psicoterapia centrada en la transferencia. Su aplicación al trastorno límite de la personalidad*, Desclée de Brouwer, Bilbao.
- Khan, M. (1963), «El concepto de trauma acumulativo». En Khan, M., *La intimidad del sí mismo*, Saltés, Madrid, 1980.
- Lanza Castelli, G. (2018), «El psicoanálisis francés contemporáneo», *Aperturas Psicoanalíticas*, n°59. Recuperado de <http://aperturas.org/articulo.php?articulo=0001042>
- Lanza Castelli, G. (2023) Comunicación personal
- Laplanche, J. y Pontalis, J. -B. (1968), *Diccionario de Psicoanálisis*, Edit. Labor, Barcelona, 1971.
- Martín Cabré, L. (coordinador) y otros (2017), *Autenticidad y reciprocidad: Un Diálogo con Ferenczi*, Edit. Biebel, Bs. As., 2017.
- Marucco, N. (1978), «Narcisismo, escisión del yo y Edipo», *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, XXXV, n° 2, Bs. As., 1978.
- Marucco, N. (1985), «Acerca de Narciso y Edipo en la teoría y práctica analítica. Lectura desde la inclusión de la cultura», *Revista de Psicoanálisis*



- de la Asociación Psicoanalítica Argentina, XLII,1, Bs. As.
- Marucco, N. (1999), *Cura analítica y transferencia. De la represión a la desmentida*, Amorrortu Editores, Bs. As., 1999.
- Nacht, S. (1966), *La presencia del psicoanalista*, Ed. Proteo, Buenos Aires, 1967.
- Racker, H. (1959), *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Paidós, Buenos Aires, 1969.
- Rascovsky, A. (1973), *Conocimiento del hijo*, Orión, Bs. As., 1973.
- Winnicott, D. W. (1954), «Aspectos clínicos y metapsicológicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico», *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica Argentina*, XXVI, 3, 1969, Bs. As. También en D. W. Winnicott, *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Edit. Laia, Barcelona, 1979.
- Winnicott, D. W. (1964), «Importancia del encuadre en el modo de tratar la regresión en psicoanálisis». En D. W. Winnicott, *Exploraciones psicoanalíticas I*, Paidós, Bs. As., 1993.
- Zukerfeld, R. (1992), *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*, Vergara, 1era edición, Bs. As., 1992.
- Zukerfeld, R. y R. Z. de Zukerfeld (1999), *Psicoanálisis, Tercera Tópica y Vulnerabilidad somática*, Lugar, Bs. As., 1999.

