

# Nuevas Aportaciones Acerca del Tratamiento Psicoanalítico del Paciente Borderline

Eduardo Braier

“Si bien el psicoanálisis rara vez tiene éxito en tales casos, los resultados prácticos del tratamiento pueden ser muy notables, sobre todo si se utiliza una fuerte identificación con el analista como influencia activa y constructiva” (Deutsch, 1942).

## Introducción

El presente trabajo es una continuación del que fuera publicado en un número anterior de esta revista bajo el título de “El tratamiento psicoanalítico del paciente *borderline*” (Braier, 2023), en el cual procuré exponer los que considero constituyen los criterios fundamentales de mi propia modalidad de abordaje terapéutico del enfermo *borderline*, basados en buena medida en teorías y propuestas freudianas y ferenczianas.

En esta oportunidad mi interés es presentar a la consideración de los lectores una serie de cuestiones no menos importantes, que entiendo complementan y amplían la visión del tema.

Expondré algunas aportaciones personales en lo que a hipótesis y conductas terapéuticas se refiere. Las mismas giran por una parte en torno a: a) la *desidentificación terapéutica* y a la *estructuración* o la *reestructuración identificatoria* del paciente, temática sobre la cual me vengo ocupando desde hace ya muchos años (Braier, 1988; 1989; 1990; 1990 a; 1990 b; 2003; 2004; 2009), si bien en este caso me referiré específicamente al sujeto limítrofe.

La presencia de estas nociones no es habitual en la literatura psicoanalítica; a lo sumo se mencionan como al pasar, y -estoy seguro de ello-pueden resultar altamente polémicas<sup>1</sup>.

b) Finalmente haré especial hincapié en la importancia que a mi juicio, originado especialmente en mi propia experiencia clínica, posee, para la mejoría y evolución favorable del enfermo *borderline*, el ayudar terapéuticamente a que este logre vincularse con un *buen objeto real externo significativo* y a preservar el vínculo con este. No es esta la primera vez que habré de abordaresta cuestión (Braier, 2012; 2018).

## Desidentificaciones e identificaciones en el tratamiento del paciente *borderline*

Para poder referirme a ciertos aspectos especiales de la teoría de la cura del enfermo *borderline* es preciso antes exponer (aunque sea brevemente, para no repetirme) las hipótesis psicopatológicas en las que he de basarme. A continuación haré una reseña de algunas de ellas.

En contribuciones anteriores (Braier, 2012; 2018) he expuesto un modelo explicativo de *la estructura limítrofe*. Lo hice desde una concepción

---

<sup>1</sup> Pero siempre hay excepciones. En nuestro medio y recientemente destaca en la bibliografía sobre el tema el libro *Los huéspedes del yo. Las identificaciones y*

*desidentificaciones en la clínica psicoanalítica*, editado por Teresa Olmos de Paz (2018).



personal, apoyándome para ello, naturalmente, en contribuciones de diversos autores, pero sobre todo a punto de partida en las teorías freudianas. Allí proponía, precisamente, que la patología *borderline* sea considerada *una estructura*, al igual que las clásicamente reconocidas como tales, vale decir, la neurótica, la perversa y la psicótica (y a las cuales, dicho sea de paso, yo añadiría además las caracteropatías y algunas otras patologías). Pero no es mi intención volver sobre este tan importante como controvertido asunto de las estructuras psicopatológicas, puesto que nos desviaríamos demasiado del objetivo de esta presentación. Vayamos, pues, al grano.

He sostenido antes (Braier, 2012; 2018) que el déficit objetual e identificatorio en el *borderline* puede dar lugar a:

a) La creación -compensatoria- de las que he dado en llamar *seudoidentificaciones protésicas*. (Braier, 2003).

b) La ilusión de resolución de tales déficits por medio de la búsqueda imperiosa de un objeto externo, para establecer con él una relación salvadora. En el terreno psicopatológico puede estar representado por seres humanos (ej.: pareja, actividad sexual compulsiva e indiscriminada), así como por drogas, alcohol, alimentos, etcétera.

El déficit en la matriz identificatoria ocasiona una insuficiente conformación del yo y del

superyó del sujeto límite, lo que se traduce en diversas alteraciones en su funcionamiento mental. En lo que atañe a las funciones yoicas, se observan dificultades para neutralizar las ansiedades, trastornos -a veces graves- en el desarrollo del pensamiento (pobreza simbólica y del mundo de fantasías, etc.), en su trasmisión oral y en la comprensión del pensamiento ajeno, lo cual le crea evidentes dificultades para el *insight*<sup>2</sup>.

Concomitantemente observamos que el enfermo recurre a defensas yoicas primitivas ante sus ansiedades y tendencias depresivas. Registramos además limitaciones en el control de los impulsos, sobre todo los agresivos, dificultades para tolerar la frustración y la espera, perturbaciones de la conducta en general, en el sentimiento de identidad, etc.

Con frecuencia asistimos, como acabamos de enunciar, a la búsqueda -a menudo desesperada- de un objeto (el buen objeto).

Además de todo esto, el enfermo límite suele padecer un estado depresivo, a la manera de un telón de fondo, el que correspondería a una depresión esencial. A ella se han referido autores como Bergeret (1974) y Green (Green, 1977). Según mi criterio (Braier, 2012; 2018), la misma podría responder inicialmente a que el yo ideal carece en estos casos de una identificación primaria lo bastante consistente, la que adviene de

<sup>2</sup> Como ya mencioné en el primero de mis artículos de esta revista (Braier, 2023), del déficit de la mentalización en pacientes límite y otras patologías preedípicas se viene ocupando eficazmente Gustavo Lanza Castelli desde hace bastante tiempo. Querría ahora añadir que, ante lo que sería una visión macroscópica o aun meramente descriptiva de los diversos trastornos del pensamiento, *la teoría de la mentalización* supone para mí una suerte de mirada microscópica, que desmenuza estas perturbaciones desde teorías sólidamente fundadas, lo que es sumamente necesario para comprender las a menudo severas dificultades en el funcionamiento mental de estos enfermos y ayudar al paciente a obtener cambios favorables en lo que a ello respecta.

Agregaré aquí algunos breves comentarios más sobre el particular. Lanza Castelli aboga por un modelo que integre el *psicoanálisis* y *la teoría de la mentalización*. Esta última, nos lo recuerda su autor (Lanza Castelli,

2023 b), nace como un constructo a comienzos de los años noventa del siglo pasado con la denominación de *Mentalización Reflexiva*, creado por P. Fonagy y un grupo de psicoanalistas bajo su liderazgo, precisamente cuando se iba comprobando que el tratamiento psicoanalítico no tenía el mismo éxito con la patología no neurótica que con las neurosis, especialmente en lo que atañe a la que hoy conocemos como TLP (Trastorno Límite de la Personalidad). En sus recientes escritos (Lanza Castelli, 2023; y sobre todo en 2023 a) mi compatriota no solo se ocupa de describir la *Mentalización Reflexiva*, sino que añade de su propio cuño la vertiente que denomina *Mentalización Transformacional*. Asimismo nos ilustra acerca de estrategias e intervenciones varias empleadas durante la práctica misma de la psicoterapia psicoanalítica, las que resultan sumamente útiles para lograr mejores resultados terapéuticos. Recomendando al lector interesado acudir a sus textos.



la relación con el objeto en función materna, en tanto este yo primitivo, producto de la fusión con dicho objeto primario, sería la fuente inicial de la autoestima (la que posteriormente dependerá también de la relación del yo con el ideal del yo y de los suministros narcisistas provenientes del mundo exterior). Hablamos entonces de una depresión narcisista y anaclítica, causante de una baja autoestima y producida por una verdadera orfandad afectiva, debida a su vez a abandonos, negligencias, maltratos corporales o psicológicos y/o abusos sexuales reiterados, sobre todo por parte de las figuras parentales. Estos hechos han sido destacados en un comienzo sobre todo por Ferenczi, en trabajos hoy bien conocidos (Ferenczi, 1929; 1932 a), y analizados luego más minuciosamente por Arnaldo Rascovsky, muchos años después, en su *teoría del filicidio* (A. Rascovsky, 1973; 1986; 2000). Pero esta *patología del desamparo*, tal como la llaman algunos, también puede deberse a otras causas que provocan el déficit de las funciones parentales, como sucedería en el caso de una depresión materna, por ejemplo. Una muestra de esto último sería el denominado *síndrome de la madre muerta*, descrito por Green (1980).

En cuanto al superyó, en estos pacientes podemos encontrarnos con una conformación insuficiente de este para poner límites útiles al yo, así como con una instancia arcaica y sádica que fustiga a este y que suele ser consecutiva a introyecciones e identificaciones con imagos parentales filicidas.

Por otra parte y como consecuencia del déficit en las identificaciones primarias y secundarias *normogénicas*, tal como les llamó García Badaracco (1985), asistimos a la creación por parte del enfermo de *seudoidentificaciones protésicas* (Braier, 2003), a las que puede a veces agregarse la presencia previa de identificaciones *tanáticas* (Mayer, 1982; Braier, 2009) y de otras identificaciones *patógenas*.

En cuanto a las *seudo identificaciones protésicas*, tal como las he descrito en trabajos anteriores, las mismas son características de la estructura límite (Braier, 2003; 2004; 2009; 2012; 2018). A través de ellas estas personas intentan en vano adquirir un sentimiento de identidad, puesto que operan a la manera de dobles a

los cuales recurrir para desmentir el vacío de identidad. Aferrándose a estas pseudo identificaciones, que suelen por lo demás ser inestables, heterogéneas y hasta antagónicas, los enfermos procuran además elevar su disminuida autoestima, traducida en la mencionada depresión anaclítica a la que han quedado condenados ante la ausencia del objeto primario; por medio de tales producciones el enfermo límite puede también a veces querer “convertirse” en otros, en su tentativa de huir de sí mismo (Braier, 2003).

Estimo que todo esto coincide en parte con lo que H. Deutch describió como “personalidades como si”. (Deutch, 1942)

El personaje central de *Zelig* (1983), la célebre película de W. Allen, sobre la que hace años realicé una lectura psicoanalítica (Braier, 2003; 2004) es, según mi opinión, un excelente ejemplo de estas pseudoidentificaciones y mimetizaciones del enfermo límite.

No obstante, me gustaría ilustrar esta misma problemática exponiendo además un caso clínico, para lo que brindaré algunos datos acerca de Enric, un hombre al que ya me he referido en otra oportunidad y que por entonces llamé “el paciente mutante” (Braier, 2018), que entiendo nos serán útiles para ejemplificar los trastornos de la identidad y la creación de pseudoidentificaciones en el enfermo fronterizo. Paralelamente apreciaremos en este caso serias deficiencias yoicas y superyoicas, que habrán de traducirse en gruesas fallas en el funcionamiento mental, así como en actuaciones transgresoras de características sociopáticas.

Enric tenía 34 años cuando llegó a mi consulta. Era hijo único, no tenía ocupación alguna desde hacía tiempo y vivía del dinero que regularmente le suministraban sus padres. Estos pertenecían a familias de la alta burguesía catalana y tenían una buena posición económica.

Aceptó acudir a una entrevista conmigo sin evidenciar mayor interés, ante la insistencia de sus progenitores, en particular de su padre (fuera de dudas, Enric lo haría sobre todo para no sumar más problemas con él, quien, poco más o menos lo había emplazado a que se tratara; en caso contrario amenazó con que no lo seguiría manteniendo). Previamente había pasado por un



número considerable de terapias, de las más variadas orientaciones.

Fue su padre, que había oído hablar de mí, quien me pidió, poco menos que encarecidamente, que aceptara atenderlo, a sabiendas de los fracasos y finales casi siempre violentos de los anteriores intentos terapéuticos emprendidos con Enric.

Hablé por separado con sus progenitores, divorciados desde cuando Enric tenía quince años. Su padre ya no sabía qué hacer con él ni qué medidas tomar. No obstante, oscilaba entre el escepticismo y la esperanza de que alguien -o algo que sucediera- pudiera hacer que su hijo cambiase.

La madre de Enric, por el contrario, se mostraba bastante desesperanzada, manifestándose impotente ante los múltiples problemas de su hijo. Me dijo: "Solo no puede. Ha intentado cambiando de vivienda, de trabajo y hasta de país. En cada lugar es empezar de nuevo. Y al final se va mal de todos lados. Lo que pasa es que no tiene objetivos en la vida. Solo los inmediatos. No le interesa nada".

En la primera entrevista con Enric me encontré con un hombre que vestía a la manera de un adolescente, a la vez que bastante descuidado, con prendas deportivas y de las muy baratas. Sin embargo, noté que... olía muy bien, a perfume muy fino. Facetas algo contradictorias, pensé de entrada... Luego me enteraría que era un comprador compulsivo de productos muy caros de perfumería.

Con el paso del tiempo las conductas inadaptadas, extravagantes y rebeldes de Enric habían despertado la reacción de sus padres y gradualmente fue experimentando un rechazo por parte de estos, o al menos él se sentía rechazado por ellos; lo cierto es que muy probablemente Enric contribuía con su conducta a tal rechazo.

Debo reconocer que en esta oportunidad, curiosamente no tuve indicios de malos tratos o de abandono de parte de los progenitores. Estas fallas de las funciones parentales, que suelen ser sumamente frecuente en las historias de los *borderline*, no eran en este caso un hecho palpable ni mucho menos.

La descripción que de él me hizo su madre lo mostraba, entre otros rasgos, como alguien

con grandes tendencias al *acting out*, al tiempo que como mitómano y manipulador.

Enric vivía solo, en un piso alquilado, mantenido casi enteramente por sus padres, puesto que se hallaba sin trabajo.

A menudo emprendía largos viajes, en los que solía meterse en líos.

Aficionado al alcohol desde su más que difícil adolescencia, y en menor medida y por temporadas a las drogas (marihuana, cocaína), protagonizaba -generalmente en estado de ebriedad y con cierta frecuencia- peleas en bares, por las que acababa detenido en alguna comisaría. En esos episodios solía perder o bien le robaban el dinero que llevaba consigo, así como sus documentos personales. Esto último, cuando se hallaba fuera del país, le acarreaba, como es de esperar, diversos inconvenientes a la hora de emprender el regreso a Barcelona. Se trataba de algo que significativamente se repetía, como si de este modo quisiera exhibir su incapacidad para auto-desenvolverse y su desconcierto identitario.

Había completado a duras penas sus estudios secundarios. Luego intentó estudiar en la universidad, pero fracasó. "Mi cabeza no estaba clara", me dijo, agregando que en realidad nunca le gustó estudiar. (Probables trastornos en el funcionamiento mental).

No tenía afición ni pasión alguna, ni le preocupaba no tenerlas, aunque admitió que quizás ir de compras podría llegar a provocarle cierto entusiasmo.

Una de las características más marcadas de Enric era lo que Kernberg (2007) ha llamado *difusión de la identidad*, caracterizada por una "falta de integración de su concepto de sí mismo" (Kernberg, 2012).

*Más allá de los asiduos cambios en su aspecto físico (en cuanto a dejarse crecer una mulhada barba y bigote que le daban apariencia de joven intelectual y que de pronto se afeitaba totalmente, alternando de forma continuada entre uno y otro estado, como en realidad observamos también en adolescentes y adultos jóvenes de hoy), puedo asegurarles que cada sesión (tenía dos por semana, cara a cara) me encontraba con un paciente "distinto", no solo, como acabo de decir, en cuanto a su aspecto, sino en lo que se refiere a los supuestos rasgos de su personalidad, lo*



*cual al principio me resultó algo francamente desconcertante, ya que no sabía a qué atenerme. Quién o cómo era Enric? Hasta que descubrí que el problema consistía precisamente en eso, las continuas mutaciones en su persona, en la que todo su comportamiento resultaba ser temporario, a menudo inauténtico y hasta contradictorio. Si en una ocasión me recordaba a un disminuido mental, a la sesión siguiente podía, por el contrario, parecer listo y hasta con un barniz intelectualoide, lo que engañosamente insinuaba además la posibilidad de que tuviera ciertos intereses culturales y hasta de estar en mejores condiciones de reflexionar y comprender la naturaleza de sus problemas. Esto se explicaba también en relación con las oscilaciones en sus procesos de mentalización, que con frecuencia presentaban severas perturbaciones y deficiencias, aunque fugazmente parecía funcionar de un modo más o menos adecuado. Sus comentarios comprendían a menudo frases hechas, más o menos oportunas. Otras, por el contrario, evidenciaban serias fallas del pensamiento, que aparecía como pobre, más bien concreto, disperso o aun incoherente. Por otro lado, mostraría siempre una propensión a experimentar malos entendidos cuando me dirigía a él y una escasa o nula capacidad de insight.*

*También existía el Enric drogadicto, el yonqui o el alcohólico; el transgresor, a veces peligrosamente violento, que llegó a meterme el miedo en el cuerpo; el psicótico, con breves episodios delirantes, paranoico-agresivos; el bon vivant, con arranques de conducta aparentemente sofisticada y esnobista, que contrastaba ostensiblemente con otra seudoidentidad, la del marginal cuasi vagabundo y buscavidas. (Un fin de semana se presentó sin aviso previo en mi domicilio para... pedirme dinero prestado, mal entrazado y a la manera de un pordiosero. Me dijo que se había quedado sin un céntimo y que no lo graba comunicarse con sus padres).*

*Podía inferirse que Enric, que no lucía especialmente ansioso ni padecía la tan habitual depresión anaclítica que suele observarse en estos enfermos, desmentía constantemente su propia inconsistencia psíquica, aferrándose para ello a seudoidentificaciones protésicas, las que, como antes comenté, suelen ser en extremo*

*cambiantes. Yo tenía, pues, una especie de Zelig en mi consulta...*

Daba la impresión de que intrapsíquicamente el enfermo se las arreglaba a su manera con sus seudoidentificaciones, las que le conferían una ilusión de identidad; así se sentía al menos "alguien", aunque fuese -para tomar algún ejemplo dentro del conjunto de sus diferentes máscaras- un yonqui o un sociópata. Obraba además transitoriamente como tales, dada la eficacia psíquica de estas seudoidentificaciones, lo que lo llevaba en ocasiones a deambular por ambientes marginales, en consonancia con su supuesta identidad, y a alternar con sujetos de baja estofa. De este modo, al mismo tiempo, luchaba por mantener una cierta autoestima, mellada al provenir de un yo primitivo (yo ideal) endeble, lo que a la vez le generaba fantasías defensivas megalómanas y bizarras que explicarían, por ejemplo, sus rasgos desafiantes, prepotentes y torpemente arrogantes (basados en un supuesto coraje o poder centrado en la violencia física y en su postura rebelde ante la sociedad), rasgos estos que afloraban con mayor asiduidad que otros en su conducta.

Como era de temer, Enric abandonó el tratamiento adoptando una actitud francamente agresiva conmigo y convenció a su padre para hacerlo de manera definitiva. Durante un tiempo, y luego de haber hablado con sus padres, no volví a saber nada de él.

Meses después, su progenitor volvió a ponerse en contacto conmigo.

Ante el fracaso terapéutico, más adelante llegué a la conclusión de que vendría bien que un paciente de las características y gravedad de Enric, de igual modo que se piensa acerca de una persona decididamente psicótica, no se vea limitado a ser atendido por un único profesional en su condición de terapeuta, sino por todo un equipo de profesionales de la salud mental (psiquiatras, psicólogos, asistentes sociales, etc. etc.); que fuera acogido, contenido, tratado y hasta vigilado en una institución especializada, que le pondría límites útiles y le daría cierta pertenencia. Así se lo hice saber al padre de Enric.

Felizmente, pude enterarme de la existencia de un establecimiento especializado en TLP, con orientación psicodinámica, que se halla cercano



a Barcelona. Enric se encontraba en esos momentos a punto de salir ... de la cárcel. Había estado confinado durante un año en una suerte de reformatorio, cumpliendo condena a raíz de sus múltiples infracciones de tráfico, lo que inesperadamente resultó positivo, cosa que él mismo llegó a afirmar. Allí lo trataron bien y, de este modo, había vivido un tiempo una vida al menos ordenada y carente de excesos. Se tranquilizó y amansó bastante. Significó un buen augurio de lo que podría ocurrir con la institución asistencial en la que a continuación y eventualmente habría de ser asistido. Medié con un colega para que pudiera acceder a esta, en la que realizaría un tratamiento y seguimiento a través de la modalidad de un hospital de día. En definitiva, creo que con estos pacientes es la mejor opción. En estas formas más graves de patología límite un solo terapeuta y una psicoterapia más o menos convencional probablemente no son suficientes y tienen un alto riesgo de fracasar.

Espero algún día recibir noticias de Enric y que, desde luego, sean buenas, dentro de lo que cabe esperar.

En cuanto al punto de vista terapéutico acerca de las seudoidentificaciones, cabe preguntarnos: ¿cómo deberíamos obrar ante estas durante el tratamiento? Diría que a menudo no es necesario hacer gran cosa, puesto que, como antes mencioné, son transitorias e inconsistentes, sucediéndose unas a otras; a no ser que nos veamos obligados a intervenir con señalamientos e interpretaciones, enfrentando al paciente con sus deficiencias en la conformación de su personalidad e identidad, de las que la existencia de seudoidentificaciones son una consecuencia directa, sobre todo en casos como el de Enric, en que estas con frecuencia daban lugar a conductas inadecuadas o perjudiciales para sí mismo, para los demás y/o para el tratamiento. (Ej.: cuando incursionaba por ambientes peligrosos, mientras se sentía un lumpen). Incluso en tales circunstancias puede llegar a ser necesario intervenir activamente para poner límites útiles al yo del

sujeto, a la manera de un superyó auxiliar. Pero sin duda hemos de intentar antes comprender desde una posición empática el desconcierto identitario del paciente y de ir gradualmente tratando de que pueda hacer frente, por medio de nuestras intervenciones verbales, a esta “difusión de su identidad” (Kernberg, 2007; 2012).

Dejaremos para el final la importante cuestión que subyace a la búsqueda, a menudo desasegada, del objeto (bueno, sostén del ser), total e íntimamente vinculada al mismo déficit amoroso e identificatorio del que venimos ocupándonos, para adentrarnos a continuación en otras medidas terapéuticas a las que me interesa referirme en esta segunda parte del estudio sobre el tratamiento del enfermo fronterizo.

### I) La acción desidentificatoria del psicoanálisis

*La desidentificación terapéutica* se ejerce sobre las identificaciones *patógenas*, que son todas aquellas identificaciones, estructurales o temporarias, potencial o concretamente generadoras de manifestaciones psicopatológicas, tales como rasgos caracteropáticos y/o síntomas, inhibiciones, afectos displacenteros y alteraciones de la conducta.

Como tantas otras veces, con no poco asombro, nos enteramos que también en esta temática Sandor Ferenczi ha sido un pionero. El maestro húngaro habría de referirse en su *Diario clínico* a la *identificación alienante*, con la que el paciente compensa el vacío (Ferenczi, 1932)<sup>3</sup>.

En los sujetos fronterizos la problemática no se limita a la presencia de las ya citadas seudoidentificaciones, sino que es dable considerar la existencia de verdaderas identificaciones patógenas. Entre ellas quiero destacar a las llamadas *tanáticas* por H. Mayer (1982), cuya investigación he continuado en estos últimos años (Braier, 2009; 2012; 2018). Cargadas de pulsión de muerte y profundamente incrustadas en su psique, el sujeto estaría destinado a lidiar con ellas

<sup>3</sup> Deduzco que este concepto tiene mucho que ver con lo que décadas más tarde García Badaracco (1985)

describiría como el *objeto enloquecedor* en los psicóticos.



a lo largo de su vida. Se trata de identificaciones yoicas y superyoicas tempranas y pasivas (“Ser identificado con...”)⁴. Son inoculadas con violencia por el poder identificatorio de objetos externos y significativos, entre los que destacan las figuras parentales.

De este modo se produce una identificación con lo desechable, con el que debe morir: “un feto al que ojalá hubiera abortado”; “una mierda, una rata”, etc., que genera en la víctima ideas de ruina, baja autoestima, pensamientos suicidas, etc. Es que a tales identificaciones se van sumando mandatos tanáticos que son introyectados, calificaciones despectivas, categorizaciones desvalorizantes y hasta humillantes. Desde cierta perspectiva estas identificaciones constituyen una contrapartida del vacío identificatorio. Tiempo atrás he suministrado varios ejemplos clínicos de estos casos (Braier, 2009, pp 133-140). Aquí solo reproduciré uno de ellos (pp 135-137), con algunos pequeños cambios en la redacción.

Mercedes, de veintinueve años en el momento de consultar y de agradable presencia, luce unas oscuras gafas de sol durante la primera entrevista. Dice a su entrevistadora⁵:

“Estoy estancada. No avanzo. Tal vez tenga que ver con que tuve una infancia negativa. Me siento muy mal ahora que pronto cumpliré los treinta. Antes tenía más fuerzas para luchar. Ahora no me soporto a mí misma. No soporto sentirme como un alma en pena. No sé, además es como si me sintiera enfadada con la vida...”

Cuenta que ha visitado ya a varios psicólogos y que no le ha servido de nada.

Vive sola...

Pronto se pudo comprender que la historia de su vida le habría dado motivos para su enfado. Es que ni siquiera había podido saber con precisión las circunstancias de su nacimiento.

No fue una hija deseada. Lo que sabe se lo ha sonsacado a algunos familiares. Al parecer, Mercedes nació en un centro de madres solteras, en tiempos del franquismo. Su madre, por

entonces una menor (sólo tenía dieciséis años), mantenía clandestinamente relaciones con el cura del pueblo, que abusaba sexualmente de ella y del cual finalmente se embarazó.

El aborto era impensable por entonces. Fue así que la joven dio a luz a Mercedes.

Aunque se procuró evitar el escándalo guardando reserva, a la larga el hecho se convirtió en un secreto a voces en el pequeño pueblo, para vergüenza de la familia. Mercedes era, pues, el fruto de una relación prohibida, en la que su padre nunca reconoció su condición de tal. Su madre, que en un principio y por razones obvias no asumió funciones maternas, tampoco lo hizo con el correr de los años; habiéndose casado y tenido dos hijos, presentaba siempre a Mercedes como si fuera su hermana.

Madre e hija llegaron a vivir juntas durante unos meses, cuando Mercedes contaba quince años.

Según expresa Mercedes, no siente nada por su progenitora, ni siquiera odio (no es del todo consciente de su resentimiento hacia ella). En la actualidad se ven solo de vez en cuando.

La paciente, que cuando era muy pequeña padeció raquitismo, se crio con sus abuelos maternos, quienes vivían en el mismo pueblo y oficiaron de padres sustitutos, aunque también estuvo en un orfanato durante algunos años.

Con su abuela las cosas nunca fueron bien. En cambio le quedó un recuerdo entrañable de su abuelo, cuyo fallecimiento, ocurrido cuando ella sólo contaba cinco años, le sigue afectando profundamente.

Cuando tenía diecisiete años Mercedes se fue a vivir con un joven de su edad, junto al cual permaneció algún tiempo. En esta etapa se aficionó al alcohol y a las drogas, problema que nunca quedó superado del todo. Luego decidió vivir sola, que es como continúa hasta ahora.

Esta joven arrastra un estado depresivo crónico. Los antidepresivos que ingirió durante

⁴ Hay descripciones de autores como P. Aulagnier (1980) y N. Marucco (1999) que abonan la existencia de este tipo de identificaciones pasivas.

⁵ Este material proviene de una supervisión que llevé a cabo.



varios meses tampoco surtieron efecto. Hace largo tiempo que está de baja laboral.

Su padecimiento psíquico parece condenarla al desencanto y al fracaso, muy por debajo del nivel de vida que podría esperarse en relación con ciertas cualidades personales suyas. Está claro que no ha podido sacar partido de sus capacidades intelectuales ni de su atractivo físico. Afectivamente raquítica y carente de un sostén interior, su vida sentimental es prácticamente nula porque, según dice, “antes tengo que arreglarme yo misma”; y aún no puede con su alma (se ve a sí misma como un “alma en pena”), con las horribles sensaciones que la asaltan y contra las cuales ha venido luchando en vano. Se retrae y aísla peligrosamente; presenta una actitud fóbica ante la vida, escondiéndose de la gente tras sus gafas oscuras.

Para colmo de males, cuando se conecta con los demás, con lamentable frecuencia aflora una gran irritabilidad, “un gran enfado”, que hace que acaben rechazándola, por imperio de una compulsión de repetición que está más allá del principio de placer (Freud, 1920). Su conducta autodestructiva la empuja a ser siempre la rechazada, la que debió ser abortada, que es con lo que se ha venido identificando.

Estamos frente a otro caso de *neurosis de destino*, pero que es mejor comprendido, a mi juicio, si añadimos la hipótesis de las *identificaciones tanáticas*. A este respecto cabe mencionar que Mercedes reveló a su terapeuta durante el tratamiento que su madre quiso en una ocasión envenenarla con un raticida y a continuación ingerir el mismo veneno para eliminarse. “Es muy duro no tener identidad”, dice Mercedes, aludiendo a no haber sido reconocida por sus padres. Y también suele repetirse: “Soy una puta mierda”. Yo diría en cambio que ella carga con una identidad, surgida de identificaciones pasivas y tanáticas, significada inicialmente como un feto a punto de ser abortado, a lo que ulteriormente se añadiría la de una rata que debe ser aniquilada.

Planteadas las características psicopatológicas de estas identificaciones, ya estamos en condiciones de abordar el tema de la acción desidentificatoria del psicoanálisis.

Para nuestra sorpresa, encontramos que, en el mismo *Diario clínico*, Ferenczi incluye dentro de la función analítica la alternativa de lograr una *desidentificación* terapéutica, cuestión que, como antes señalé, ha sido sin embargo insuficientemente tomada en cuenta hasta el día de hoy.

Personalmente, y desde el punto de vista estrictamente terapéutico, me parece de sentido común y no encuentro una opción más atinada frente a las identificaciones patógenas, que aspirar a lograr una des-identificación, siempre y cuando esta sea posible.

Como sabemos, las identificaciones son consecuencia de un proceso básicamente inconsciente. Ulteriormente, los efectos nocivos y manifiestos de las identificaciones patógenas en la clínica psicoanalítica delatan o permiten inferir su existencia en el psiquismo del sujeto. De allí que sea lícito, según considero, plantearse que si el analista -y/o eventualmente también el analizando- atisba la presencia de identificaciones patógenas, al tiempo que detecta su incidencia en el sujeto, pueda revelárselas al paciente por medio de interpretaciones y señalamientos (Braier, 1989; 1990 a), basándose para ello en diversos indicios. Este sería el primer paso dentro de la acción desidentificatoria del análisis, de la que entiendo que de hecho forma legítimamente parte de la tarea del analista, toda vez que la práctica psicoanalítica se ve plenamente representada, cualquiera sea el marco teórico que detente el analista, por la omnipresente fórmula teórica que fundamenta su objetivo: hacer consciente lo inconsciente.

Se abre a partir de entonces la posibilidad de llevar a cabo una labor interpretativa que, ante la permanencia y eficacia psíquica de las identificaciones patógenas, habrá de requerir que nuestras intervenciones se repitan, toda vez que reconocamos sus efectos (“Aquí de nuevo, aquí otra vez”). Así lo señalé hace ya mucho tiempo (Braier, 1988; 1989).

De ser factible, será útil además emprender a lo largo del análisis una labor de historización de tales identificaciones, para así poder arribar a sus posibles orígenes y motivaciones, intentando desentrañar tanto sus aspectos desiderativos como los defensivos y masoquistas.





Llegados a este punto nos preguntamos: qué resultados podemos conseguir como consecuencia del análisis de las identificaciones patógenas?  
¿Será posible la desidentificación?

Por lo pronto, algunos de nosotros pensamos que ciertas desidentificaciones se producen incluso espontáneamente. Esto sucede en la adolescencia, por ejemplo, siendo parte de una evolución normal. Es cuando asistimos a un verdadero recambio identificatorio, dado que algunas identificaciones e idealizaciones en el yo y en el ideal del yo “se caen”, por así decir, siendo de algún modo reemplazadas por nuevas identificaciones (particularmente en lo que concierne al ideal del yo del adolescente, que habrá ahora de alojar, por así decir, las figuras y rasgos de líderes políticos, artísticos, educativos, etcétera).

Es dable considerar también que en el terreno psicopatológico, especialmente en la esquizofrenia, se darían procesos de desidentificación que desestructuran y pauperizan al yo.

Desde una perspectiva metapsicológica entiendo la desidentificación terapéutica como la consecución, mediante la labor analítica, de una desinversión parcial o total de la identificación patógena.

Hay una diferencia considerable en lo que respecta a los resultados de nuestra acción desidentificatoria según sea el objetivo sobre el que se lleve a cabo. Así tenemos que:

a) cuando atañe a identificaciones patógenas que subyacen a síntomas (recordemos el caso Dora, por ejemplo), angustias u otras alteraciones anímicas, inhibiciones y actuaciones, a todas las cuales han dado origen, tenemos bastantes probabilidades de que nuestra labor se vea coronada por el éxito (aunque no es menos cierto que a veces también cueste mucho lograrlo o no se obtenga).

b) cuando se trata de identificaciones patógenas estructurales (identificaciones en el yo y/o en el superyó), o sea del núcleo duro de la estructura, lo que es decir que concierne a la personalidad, al carácter del sujeto, la tarea suele ser ardua, los objetivos más difíciles de lograr y por ende el resultado más incierto; pero soy de la opinión de que *hay que intentarlo*, sobre todo si se cuenta con las condiciones privilegiadas para

poder realizar un análisis profundo, intensivo y prolongado del analizando, a la espera de que, de no obtenerse modificaciones cualitativas en el carácter (en este caso nos referimos específicamente a las que provendrían de cambios por desidentificaciones en el yo y/o el superyó del sujeto), al menos se produzcan modificaciones cuantitativas. Ej.: que una persona masoquista acabe siendo *menos* masoquista. Recordemos al respecto que tanto Reich (1933) como Fenichel (1945) sostuvieron que todo análisis es un análisis del carácter, tarea en la que considero razonable albergar ciertas expectativas de obtener éxitos terapéuticos en lo que respecta a las alteraciones caracteropáticas. Este es sin duda el objetivo más ambicioso del método psicoanalítico, al que no aspira ni puede aspirar, hasta donde yo sé, ninguna otra modalidad psicoterapéutica.

Dentro del terreno de las identificaciones patógenas estructurales cabe incluir los casos en que nos proponemos lograr una desidentificación cuando nos encontramos – y esto se presenta con frecuencia en la clínica psicoanalítica – con un superyó primitivo y cruel, en lo cual nos evoca de inmediato el famoso trabajo de J. Strachey “Naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis”, que he revisitado minuciosamente años atrás (Braier, 2005) y que, en una reinterpretación de sus mecanismos íntimos, considero por entonces que, en el cambio producido en el superyó según Strachey, cabría inferir la existencia de una acción desidentificatoria en lo que concierne a las identificaciones patógenas que integran el superyó arcaico (en esta ocasión esto es aplicable al superyó de ciertos pacientes límite). No sin razones, hay quienes dudan o directamente descartan la posibilidad de lograr una desidentificación y, por ende, una modificación cuali o cuantitativa del superyó; pero lo innegable es que ante determinadas circunstancias adversas y que le ocasionan diversas perturbaciones y padecimientos, es conveniente y absolutamente viable que el paciente pueda al menos reflexionar en el momento oportuno acerca de la posibilidad de que determinada identificación patógena que anida en su ser y ya reconocida como tal, esté operando activa y nocivamente sobre él. Sucede que en estos trances no es poca cosa el “darse cuenta”, es decir tomar conciencia de ello a



tiempo, para poder frenar y así combatir o aun evitar la acción patologizante de la identificación que se supone activa y operante. Podemos en consecuencia convenir que quienes sostienen que la estructura del superyó es inmodificable, desde una meta teórica del análisis basada en la metapsicología freudiana habrán de limitarse a la fórmula que Freud anunció en *El yo y el ello*: esto es, lograr que el yo -del paciente- sea más independiente de su superyó.

## II) La estructuración/ reestructuración identificatoria del paciente

Es de esperar que la acción desidentificatoria se vea acompañada o sucedida de un cierto recambio identificatorio, con identificaciones *normogénicas* que advengan espontáneamente o bien como consecuencia de la interacción con el analista, emanadas de la presencia y conducta terapéutica de este.

En tales circunstancias estamos hablando de una *reestructuración identificatoria*.

En el caso particular de la probabilidad de modificación cuali y/o cuantitativa de la severidad o crueldad del superyó postulada por Strachey (1934), a la que me acabo de referir, he llegado a postular que, juntamente con la acción desidentificatoria ejercida sobre identificaciones superyoicas con objetos persecutorios y sádicos, superponiéndose o sucediéndolas, se produciría la identificación con un *objeto analista bueno*, la que acabará integrando la trama identificatoria del superyó arcaico del paciente, contrarrestando su acción injuriosa sobre el yo. Dicho objeto proviene de un objeto real externo benevolente, como lo es -o al menos debería serlo siempre para el paciente- el analista, el cual habrá sido gradualmente internalizado por el analizando a lo largo del proceso analítico y bajo la acción de las interpretaciones transferenciales mutativas. (Braier, 2005).

Aunque la modalidad técnica preconizada por Strachey puedabásicamente corresponder al

análisis de sujetos neuróticos, entiendo que estos cambios en el superyó podrían ser considerados también una meta potencialmente alcanzable en pacientes no neuróticos, siempre y cuando el proceso terapéutico se realice contando con un encuadre contenedor y que permita una labor interpretativa de "la enfermedad transferencial" (Braier, 2005). Mas no he de extenderme en este punto puesto que ello superaría los límites de esta exposición.

En consonancia con las deficiencias y alteraciones estructurales que han sido descriptas en el enfermo limítrofe (no en vano hablamos de que conciste en una patología de déficit antes que de conflicto) y más allá de la acción desidentificatoria del tratamiento, no debemos perder de vista un objetivo terapéutico fundamental e ineludible, que no es otro que el de *ayudarlo a construir y fortalecer su yo*, eventualmente también su superyó, cuando a su vez este es escasamente consistente.<sup>6</sup> En estas circunstancias entendemos que es sobre todo la madre (u otro objeto real que ejerza la función materna) quien habría fallado/faltado (aunque no exclusivamente; la falla o falta puede también haber recaído en la función paterna, especialmente en lo tocante al superyó). Me refiero a la madre en su condición de yo auxiliar, en tanto figura protectora, de contención y/o de espejo. Si como tal no funciona adecuadamente, generará en el niño una falla narcisista primaria.

Vayamos entonces ya a otro punto álgido dentro de la metapsicología de la cura, que me parece tan importante como igualmente poco frecuentado por la literatura psicoanalítica: a todo esto, ¿qué podría implicar aquello de "ayudar a construir un yo" (y un superyó) en el paciente fronterizo?, frase que oímos decir, pero que no suele ir acompañada de descripciones explicativas.

Llegados a este punto, lo que veremos a continuación requiere quizás de un esfuerzo especial de imaginación por parte del lector, que va algo más allá del habitual en estas cuestiones

<sup>6</sup> Como acabamos de ver, en otros casos en cambio el objetivo sería intentar un cambio cuali y /o cuantitativo

en la instancia crítica, en el sentido de lograr que sea menos cruel y más benevolente.



metapsicológicas. En el psicoanálisis esto es siempre necesario y bienvenido para fomentar la creatividad y la inventiva, de modo tal que ellas nos permitan conjeturar y así conducirnos a la formulación de nuevas hipótesis metapsicológicas, tanto psicopatológicas como terapéuticas.

Al menos en lo que respecta a la teoría del yo y el superyó de las identificaciones, propuesta por Freud (1923), entiendo que la tentativa de coadyuvar a la construcción de ambas instancias psíquicas no podría significar teóricamente otra cosa que contribuir al emplazamiento de identificaciones “normógenas” (García Badaracco, 1985).

Cabe acotar que la precariedad identificatoria del sujeto límite está a mi criterio en la base de la llamada *clínica del vacío* (Braier, 2012; 2018).

El fronterizo arrastra una fijación a un trauma precoz, expresión del desencuentro con el objeto primario y del consecuente desamparo que implicó el fracaso de la instauración de identificaciones primarias sólidas. Recordemos que, una vez más, fue el propio Freud (1939 [1934-38]) quien, aludiendo a los traumas precoces, los sindicó como causantes de los “daños tempranos del yo (mortificaciones narcisistas)”<sup>7</sup>.

Por ende, cabría pensar en la posibilidad de proponernos al menos el intento terapéutico de favorecer una *estructuración identificatoria*; se trataría en estos casos -me aventuro a llamarlo así, parafraseando a Freud- de “un nuevo acto psíquico” (Freud, 1914); una *neogénesis*.

Es esto ciencia ficción?, ¿un cuento chino?, ¿una utopía? Aún está por verse. Al menos cabría admitir la existencia de un cierto potencial neogenético en la pareja terapéutica. Pero, en todo caso, ¿cómo se generarían estas nuevas identificaciones? Por lo pronto diremos que se trata de una tarea que, más allá del papel de las interpretaciones, construcciones y demás intervenciones verbales del terapeuta, se halla en mi opinión fuertemente asociada a -y condicionada por-

constancia y estabilidad de la presencia de este último, tal como señalé páginas arriba y también en la primera parte de este estudio (Braier, 2023, p p 14-16). Sabemos que la *constancia del objeto* con frecuencia es algo que faltó en el *borderline*. Podríamos resumir esta cuestión parafraseando a Nacht (1966), al aludir a la necesidad de “la presencia del psicoanalista”, tal como este autor tituló a su conocido y valioso libro y al que también me he referido ya en la primera parte de este estudio.

Ante todo hay que contar, parafraseando esta vez a Winnicott, con la figura de un analista “suficientemente bueno”. No en vano Nacht hablaba de “la neutralidad *benevolente*” del analista.

Importan asimismo la capacidad de *empatía* (en el sentido ferencziano) y de contención del analista, que *permitirían la gradual introyección en el paciente de objetos “buenos” y la eventual posibilidad de formación de nuevas identificaciones*, “saludables” y estructurantes, tanto yóicas como superyóicas, aunque más no fuera que operen de un modo vicariante y compensatorio en estos pacientes, aquejados de marcados déficits en su organización psíquica. Porque, claro está, las identificaciones que ahora se crearan no podrían igualarse con las primeras o primarias en su carácter fundante y estructurante del aparato psíquico. Nunca será lo mismo.

Sigamos adelante. La siguiente pregunta sería: ¿de dónde provendrían estas nuevas identificaciones?

Considero que podría tratarse de:

a) *identificaciones preexistentes* en el mundo interno del sujeto, hasta entonces sumergidas, que habrían de surgir o resurgir, reactivándose ahora, puesto que hasta entonces habían sido relegadas y anuladas total o parcialmente por las identificaciones patógenas. Estas últimas estaban dotadas de una mayor investidura, ahora decrecida por la acción desidentificatoria. Pero todo esto sería más plausible que ocurra en un

<sup>7</sup> He desarrollado con cierta minuciosidad esta importante cuestión en un trabajo anterior (Braier,

2009), por lo que no he de extenderme ahora en ello.



neurótico, poseedor de ciertas *reservas yoicas* (Badaracco, 1985), antes que en un paciente *borderline* grave, que precisamente se caracteriza por carecer de un patrimonio identificatorio.

A renglón seguido, y antes de seguir enunciando otras fuentes posibles de nuevas identificaciones en el paciente, estimo necesario aclarar mi punto de vista acerca de las relaciones objetales: toda relación con un objeto significativo, y sobre todo si esta se prolonga en el tiempo, es a mi juicio capaz de dar lugar, entre otros fenómenos, a internalizaciones y posteriores identificaciones con ese objeto, como consecuencia natural de la interacción existente entre sujeto y objeto, en la que en mi opinión operan permanentemente mecanismos proyectivos e introyectivos. La *teoría del vínculo*, introducida por Berenstein y Puget (1997), nos permite precisamente rescatar la importancia benéfica que actuales y aun nuevas relaciones en la vida del sujeto fronterizo puedan alcanzar, de modo tal de contrarrestar en cierta medida todo el peso de su historia vital y de las consiguientes deficiencias y contingencias de su mundo interno, las que podrían condenarlo a una existencia invariablemente desdichada, por imperio, entre otros motivos, del déficit estructural, las identificaciones patógenas y/o la compulsión de repetición (más allá del principio de placer) de los traumas infantiles tempranos. El efecto benefactor del buen objeto sobre el sujeto deviene no solo de la misma relación libidinal que se establece sino también, en mi opinión, de su introyección en calidad de objeto interno bueno y de su potencial identificación con este. Recordemos además que para la producción de identificaciones estructurales, A. Rascovsky ha destacado la importancia de *la presencia real del objeto* (Rascovsky, 1973). Todo esto nos da más motivos para *la esperanza*, sin limitarnos a pensar que, dada una historia infantil de carencias y de traumas repetitivos, el sujeto quedará inexorablemente condenado; sin condenarnos a sentenciar que, de ser así, “la suerte está echada”, que la historia infantil y solo ella es lo que marcará el destino de la persona adulta. Desde luego, ¿qué psicoanalista que se considere tal puede dudar de la enorme influencia del pasado, cuando es acaso el principal factor interviniente en nuestra dilucidación de la naturaleza

psíquica que presenta todo sujeto adulto? Pero no es menos cierto que este criterio, cuando adquiere un carácter axiomático y fatalista, que excluye toda otra posibilidad, es hoy en día pasible de ser cuestionado o al menos relativizado, sobre todo cuando llega a convertirse en un *prejuicio* que, como tal, es el causante a veces de grandes *perjuicios*, dado que impedirá valorar suficientemente la existencia de otras vías que pudieran contribuir, en mayor o menor grado, a producir cambios favorables en nuestros pacientes.

A punto de partida de este razonamiento podemos concebir la génesis de:

b) *Identificaciones provenientes de experiencias intersubjetivas actuales* del paciente, las que tienen lugar en las relaciones interpersonales que este ha podido establecer dentro de su ámbito familiar, social y/o laboral.

c) Si estamos dispuestos a no eludir asuntos poco o nada claros y algo enigmáticos, pero sobre todo incómodos y hasta espinosos para los analistas, hemos de contemplar la posibilidad de que el paciente, además de los objetos significativos de su entorno y de su mundo de fantasía, tome al *terapeuta* mismo como *uno* de esos nuevos objetos de identificación.

De las poco mencionadas desidentificaciones terapéuticas, tan necesarias, que entiendo deberían integrar todo proceso analítico y ser denominadas como tales, pasaremos entonces ahora a las no menos polémicas *identificaciones del paciente con el analista*, aunque nos circunscribiremos a un determinado tipo de ellas. Me he ocupado anteriormente con cierto detalle de esta cuestión en la lectura psicoanalítica de “Zelig”, de Woody Allen (Braier, 2004), en la que el protagonista del filme es a mi criterio, además de una muestra humorística de múltiples seudoidentificaciones, un magnífico ejemplo de la producción de este particular tipo de identificaciones con el analista a las que pasaré a referirme, por lo que en esta ocasión solo efectuaré una descripción resumida de ellas.

Me refiero a ciertas identificaciones que me atrevería a calificar como *más directas*, remediando así a las identificaciones primarias; inmediatas y espontáneas, son susceptibles de producirse en el enfermo no neurótico sin una deliberada participación del analista, el cual, como diría



García Badaracco (1985), simplemente “se ofrece a un vínculo” con el paciente, en su condición de objeto externo benevolente y significativo. Esto es, que, en lo que concierne a dichas identificaciones, el analista *ni las alienta ni las impide*. Por el lado del paciente, dadas sus carencias, el sujeto fronterizo suele concurrir a este vínculo evidenciando lo que yo llamaría un verdadero “hambre de objetos”; y en su voracidad, agregaría, a veces parecerían querer devorarnos introyectivamente. La clínica psicoanalítica da debida cuenta de ello.

En la primera parte de este estudio (Braier, 2023, pp10-11), y siguiendo a A. Rascovsky (1973), he comentado la importancia que adquiere el *factor visual* en la adquisición de identificaciones estructurantes con las figuras parentales. Por ende, ello podría también jugar un papel importante en el mecanismo de producción de las identificaciones con el terapeuta a las que me estoy refiriendo, dado que a menudo con estos pacientes trabajamos cara a cara y pueden por tanto vernos.

Este aspecto del proceso terapéutico comprende en realidad tanto las identificaciones del paciente con el terapeuta como las de este con el paciente, reproduciendo las que, de acuerdo con Winnicott, se darían en una relación madre-niño. Veamos.

Inicialmente debería darse una identificación del yo del terapeuta con el yo del paciente, condición fundamental para que, poniéndonos en su piel, lo podamos comprender y “sentir con él” (*empatía*, en el sentido de Ferenczi)<sup>8</sup>. Según Winnicott dicha identificación correspondería a la capacidad de la madre para identificarse con su hijo y, cabe añadir, habrá de facilitar la ulterior identificación del niño con su madre.

En definidas cuentas, un terapeuta “suficientemente bueno” (Winnicott) permitiría a su vez, en pacientes con graves déficits en su matriz identificatoria, una cierta identificación con el objeto-terapeuta. Esta se produciría de manera espontánea, automática e incluso inevitable, nacida de la relación transferencial y bajo la

regresión terapéutica. El paciente limítrofe, ávido de encontrar un objeto-sostén, integra con su terapeuta un vínculo afectivo que suele ser muy intenso y significativo para él, dadas sus profundas carencias.

Berenstein (1998; 2001) ha hecho hincapié en algo sobre lo que vale la pena reflexionar: en el seno de la relación analizando-analista estamos muy habituados a reconocer los fenómenos de *repetición*, tributarios de la transferencia analítica, pero en cambioprestamos escasa o ninguna atención a *lo nuevo* que pueda darse en este encuentro. De acuerdo con ello, sugiero la posibilidad de que en el tratamiento del paciente con TLP, además de la reproducción de la relación-objetal primitiva (la transferencia temprana de la que hablaba Winnicott) pueda tener lugar un hecho nuevo, inédito, que se traduzca en una *neogénesis* en el psiquismo del paciente. Además, me parece válido pensar que no toda identificación con el terapeuta que derive de ello tendrá que ser necesariamente perjudicial o dañina para el paciente. Podría, por el contrario, poseer incluso un cierto efecto organizador de su funcionamiento mental; de ahí que admita ser considerada como una identificación *terapéutica*.

Desde luego, esta forma de identificación debe ante todo ser diferenciada de la iatrogénica identificación con el analista que he dado en llamar *pigmaliónica* (Braier, 2018), esto es, inducida por este, que ha ocupado previamente el lugar del ideal del yo o del yo ideal del paciente.

A todo esto, lamentablemente, el perjuicio que se cierne sobre toda identificación con el analista está muy arraigado. Como no sea la identificación *con la función analítica*, unánimemente admitida y, obvia decir, considerada como necesaria, hablar de una identificación con el analista en el mundo psicoanalítico habitualmente supone una identificación como la que denominé *pigmaliónica*. Suele tomarse la parte por el todo. Me he atrevido a sostener que pueden distinguirse no menos de siete variantes clínicas de identificaciones del paciente con el analista, pero este no es el momento de traer a colación el

<sup>8</sup> Sentir-con-el-otro. (Ferenczi, 1928, p 2).



tema, que expuse hace ya tiempo (Braier, 1990 b) y porque hacerlo iría más allá de los límites de esta presentación.

Esta identificación *quasidirecta* del paciente con el analista a la que me vengo refiriendo, propia de cuadros graves, remedaría, como antes dije, la forma directa e inmediata de producción atribuible a las identificaciones primarias, tal como fueran descriptas por Freud (1921; 1923) y que constituyen la base de la formación del yo.

Lo que venimos exponiendo puede también ser visto desde las contribuciones de M. Klein, quien sostuvo que dentro de la relación madre-niño el objeto bueno introyectado forma el núcleo del yo y de la parte protectora del superyó.

Otros autores aportarán teorías que considero igualmente vinculables con estas identificaciones (Ej.: Mayer, 2000; Levin de Said, 2004) y con los mencionados conceptos de Freud y Klein, tal como lo he descripto anteriormente (Braier, 2009).

En su ya citado artículo, que hoy relacionamos con los pacientes *borderline*, H. Deutsch llega a decir la frase que constituye el epígrafe del presente trabajo y que de reiterar aquí:

“Si bien el psicoanálisis rara vez tiene éxito en tales casos, los resultados prácticos del tratamiento pueden ser muy notables, sobre todo si se utiliza *una fuerte identificación con el analista como influencia activa y constructiva*” (Deutsch, 1942. Las cursivas son mías).

Si bien es cierto que este comentario de la autora, en torno al papel que puede jugar una identificación con el analista en el tratamiento de estos enfermos podría ser referido hoy en día con facilidad a la identificación con la función analítica que, como antes dije, es aceptada y valorada por todos, deja también abierta la posibilidad de incluir un otro tipo de identificación, benéfica y vivificante, con “*influencia activa y constructiva*” sobre el paciente.

En la primera parte del tratamiento del paciente *borderline* (Braier, 2023), a propósito de la *regresión terapéutica*, he mencionado las importantes contribuciones de Balint y Winnicott, que siguieron a los aportes pioneros de Ferenczi sobre el tema. Aquí nos interesa al menos citar las metas teóricas de los dos primeros, las que se intentan alcanzar a partir de la regresión del paciente, y comprobar si guardan o no alguna relación con los fenómenos identificatorios.

Es interesante lo que plantea Balint (1961) cuando señala, a propósito de lo que él llama *falta* (o *falla*, según la traducción de algunos) *básica*, propia de los cuadros no neuróticos: en los planos mentales donde se halla el motivo principal de las perturbaciones del paciente, según este autor, no hay conflictos sino *faltas*. Comparto plenamente esta idea.

Pero hete aquí que, al menos según como yo lo entiendo (habrá quienes no piensen lo mismo), el objetivo terapéutico de Balint se limita a que el paciente llegue a enfrentarse con esa, su falta o falla básica, para asumirla; para comprender “que hay que vivir con eso.”<sup>9</sup>

Desde la perspectiva de Winnicott se trata de que el paciente, con la ayuda del analista, se conecte con su *self* verdadero a través del proceso regresivo; que rescate su propia identidad con el resurgimiento del *self* verdadero. Tampoco va más allá.

Por mi parte, como vengo diciendo, si las condiciones del encuadre analítico son favorables, de modo de facilitar una mayor *presencia del analista*, me permito sugerir la posibilidad de que, en el caso de pacientes graves y no neuróticos, pueda ocurrir algo más: una *identificación de efectos terapéuticos con el analista*, cuya modalidad tendría las características ya mencionadas.

Ahora bien, dentro de este tipo de identificaciones cabría distinguir:

<sup>9</sup> Similarmente, y según mi entender, para otros analistas la labor terapéutica llegaría igualmente solo

hasta la posibilidad de *representación psíquica del vacío*.



- 1) Una forma de identificación (yoica y/o super-yoica) con el analista como *madre nutricia* (el objeto bueno de la teoría kleiniana).
- 2) Una forma de identificación (superyoica) con el analista como *padre protector y/o interdictor*.

A no confundirnos: tampoco estoy queriendo decir que esta sea *la* solución terapéutica para estos enfermos. Solo quiero llamar la atención respecto de la producción de este tipo de identificaciones, cuya repercusión y eventuales alcances terapéuticos podrían ser objeto de una mayor investigación.

### La obtención del objeto real externo significativo (ores) y la preservación del vínculo

En otro lugar (Braier, 2012; 2018) me he extendido en la teorización e ilustración clínica acerca de la apremiante búsqueda de objeto que se pone de manifiesto en algunos enfermos limítrofes y que explica en buena medida sus conductas compulsivas y adictivas. Se trata, como dice acertadamente Lanza Castelli (2023, p 4), del “anhelo de un objeto bueno, que cuide, ampare, alimente, [...] ame, proteja del dolor, la angustia, etc.”. En estos casos la evolución favorable se corresponde no solo con la internalización del buen objeto, sino que es igualmente perentorio obtener el suministro afectivo procedente del hallazgo de un objeto real externo significativo (ORES), con el que el sujeto pueda contar (pareja, hijo, familiar, amigo, animal de compañía, etc.). Si se trata de una pareja, por ejemplo, es de prever que el *borderline* desarrolle *a priori* una marcada dependencia de esta, pudiendo idealizarla, enfadarse, repetir situaciones traumáticas, romper o provocar ser rechazado, contribuir a la ruptura de la relación, etc. De modo que lo que

estará en juego es el futuro -con frecuencia bastante incierto- de ese vínculo, expuesto a distintos avatares. De allí que el tratamiento psicoanalítico, a partir de la existencia previa o la obtención en la vida del enfermo de una relación de esta naturaleza (a menudo con el auxilio de la terapia), habrá también de servir especialmente para ayudarlo a mantener la estabilidad de dicha relación. (Braier, 2012; 2018).

En relación con lo que estamos considerando acerca del importante papel que puede llegar a poseer la existencia de un ORES para el *borderline*, diré que no en vano, en los casos de auténticas *resiliencias*, en la historia del protagonista suele advertirse la aparición de un objeto real externo que ha funcionado como sostén, protector, mecenas y/o modelo para sujeto resiliente (Käes lo denomina *tutor*) y cuya influencia parece haber jugado un papel fundamental en su evolución, habiendo permitido sensibles cambios positivos y logros en su vida. Es esta a mi criterio y al mismo tiempo una demostración ostensible del rol decisivo que una relación de objeto de estas características puede alcanzar para el enfermo limítrofe, a pesar de su frágil organización o aun de su desestructuración psíquica y de arrastrar un doloroso cortejo de padecimientos, provocados en gran parte por la ausencia de los objetos primarios y/o la falta de amor.

A menudo el enfermo *límite* está o se siente solo en la vida. Se trata de una soledad no elegida, que remite básicamente al trauma precoz del desamparo y alimenta sus angustias ante la falta de un objeto-sostén. Consciente de ello y mientras se vislumbra como algo factible, estoy dispuesto a auxiliar especialmente al paciente, llegado el caso, tanto en su búsqueda del buen objeto como en la preservación de una relación satisfactoria con él<sup>10</sup>. A diferencia de quienes adoptan una postura técnica en virtud de la cual no destacan especialmente meta “práctica” alguna,

<sup>10</sup> Obviamente, esto no significa que el terapeuta haya de constituirse en una suerte de casamentero para el paciente, ni mucho menos que fuerce imperativamente al paciente a una búsqueda incesante y aun desesperante de un objeto, pero sí

que el terapeuta tenga presente esta cuestión y que pueda ayudarlo ante las oportunidades que se le presentan al sujeto de vincularse afectivamente con otros seres.



ayudar al paciente a obtener tales logros adquiere en mi práctica el estatus de un objetivo terapéutico<sup>11</sup>.

Lamentablemente, en los casos graves, dadas las enormes dificultades del enfermo para establecer vínculos saludables en sus relaciones interpersonales, este suele recurrir a objetos inanimados e idealizados como la droga, el alcohol o el alimento para paliar sus carencias, ahorrándose así afrontar los conflictos que presentan las relaciones humanas y acudiendo a objetos que están más fácilmente a su alcance. La relación con un ser vivo expone al sujeto a una situación incierta o por lo menos en la que las garantías de poder contar siempre con el objeto nunca serán suficientes. Otras veces en cambio el fronterizo se vuelca a una actividad sexual compulsiva e indiscriminada, tal que al menos el contacto físico con otros seres alivie, aunque solo sea fugazmente, su desvalimiento y sensación de vacío. Ilustraré estas conductas patológicas seleccionando algunos aspectos de la vida de una paciente a la que llamé Delia y a la cual ya me he referido anteriormente en mi trabajo sobre la estructura limítrofe (Braier, 2018).

Luego de pasar por diversas vicisitudes en su búsqueda desasosegada de un objeto salvador, calmante de su insoportable angustia, Delia acabó teniendo un hijo. Lo deseaba a toda costa y lo consiguió, pese a los grandes conflictos que las desfavorables circunstancias de su nacimiento le acarrearón. Desde luego, lo complejo del caso condicionó en mí una actitud terapéutica prudente ante este hecho, consumado por ella durante un tiempo en que no estuvo en tratamiento conmigo, habida cuenta además del conocimiento de la profunda crisis personal que la había llevado a esta situación. Pero veamos ya cómo trascurrieron los hechos y cuál ha sido mi conducta como terapeuta.

«Esta paciente [...] es en mi experiencia clínica personal quizás uno de los más típicos casos límites que haya podido tratar.

Soltera, tenía algo más de treinta años cuando me consultó por primera vez. Ejercía una profesión autónoma, con la que había venido ganándose ajustadamente la vida.

El tratamiento de Delia -en este caso yo hablaría de una psicoterapia psicoanalítica- consta de dos etapas, separadas por un intervalo de algo más de tres años. Durante la primera de ellas, cuando, recomendada por una conocida común acudió a mi consulta, se hallaba en un estado psíquico lamentable. Todos sus trastornos, que provenían de larga data y que más adelante describiré, estaban exacerbados. Había entonces que brindarle antes que nada contención y sostén, sin demasiadas probabilidades de adentrarse en la naturaleza de sus padecimientos.

Recuerdo que hice todo lo que pude: la veía a razón de dos sesiones por semana, atendía con invariable condescendencia sus angustias y frecuentes llamadas telefónicas y le daba a veces sesiones adicionales.

Estuve de acuerdo con que paralelamente continuara un tratamiento psicofarmacológico que antes de conocerme había iniciado con una psiquiatra de la mutua de salud a la que pertenecía.

Esta primera etapa duró algo menos de un año, a lo largo de la cual la paciente fue experimentando paulatinamente una cierta mejoría, tanto en su estado emocional como en su funcionamiento mental.

Argumentando dificultades económicas para seguir pagando el tratamiento y al abrirse la posibilidad de realizar una psicoterapia de honorarios reducidos a través de la mutua de salud, Delia decidió por entonces interrumpirlo. Le recomendé que bajo ningún concepto dejara la psicoterapia, que en este caso llevaría a cabo con

<sup>11</sup> La historia de Diana, una típica paciente limítrofe, a la que hice referencia en la primera parte de mi estudio sobre el tratamiento de los enfermos *borderline*, constituye una muestra elocuente de mi manera de abordar estas situaciones. Bajo la influencia benéfica de la

labor terapéutica, ella finalmente encontró un buen hombre, con el que logró amar y ser amada y con el cual tuvo varios hijos, alcanzando una apreciable estabilidad y bienestar y teniendo finalmente una existencia razonablemente feliz. (Braier, 2023, pp 12-14).





otro terapeuta, y que tampoco abandonara el tratamiento psicofarmacológico [...].

Trascurridos poco más de tres años recibí una llamada telefónica suya, en la que solicitaba nuevamente mis servicios profesionales.

Acordamos una entrevista. Lo primero que entonces me contó fue que en el interín había sido madre de un niño, que en ese momento tenía ya dos años y medio de edad. De inmediato recordé que, cuando se hallaba pronta a interrumpir el tratamiento conmigo, comenzaba a obsesionarle la idea de tener un hijo y así llegó a transmitírmelo; por entonces había pensado en gestarlo a través de la fecundación *in vitro*, recurriendo al semen de un amigo homosexual. Pero su hijo terminó siendo el fruto de la relación, insustancial y fugaz (tanto que duró menos de cuatro semanas) con un hombre al que había conocido por entonces a través de internet y al que llamaremos Bernardo. En las relaciones sexuales que mantuvieron, Bernardo no tomaba precauciones para evitar un embarazo. “Esta es mi oportunidad”, me contó Delia que pensó entonces. La relación, como ya dije, acabó pronto, pero ella consiguió lo que se proponía: embarazarse. Con lo que no contaba era que este hombre (al parecer una buena persona, pero que nunca llegó a plantearse formar una pareja con ella) demostraría interés por el hijo una vez nacido y no estaría dispuesto a renunciar a él.

La paciente se hallaba ahora en una situación sumamente conflictiva, con intervención de abogados de ambas partes; todo lo relativo a la crianza del pequeño, al que denominaremos Rafael, era motivo de litigio (régimen de visitas, reclamos de custodia compartida, manutención, etc.), en lo que parecía ser una guerra sin cuartel entre padre y madre por la posesión del hijo.

A todo esto, Delia me refirió que había estado en tratamiento psicoterapéutico con una psicóloga de la mutua, con la que después de un tiempo había pasado a tratarse en su consulta privada, pero que la terapeuta decidió interrumpirlo hasta nuevo aviso debido a que se hallaba embarazada. Ambas habían acordado que la terapia se reanudaría semanas después del parto. Mientras tanto, y dadas las difíciles circunstancias por las que estaba atravesando, Delia sintió que, además del auxilio que le brindaba su

abogado, necesitaba una ayuda psicoterapéutica. No se sentía en condiciones de esperar sin más a que su terapeuta -con quien por otra parte declaró sentirse cómoda y satisfecha, aunque no sin algunas reservas- retomara su labor profesional, por lo que, con carácter provisional, acudió nuevamente a mí [...]

Inició entonces una segunda etapa de tratamiento conmigo.

Ahora sí considero oportuno describir el estado y la evolución de la paciente en las dos etapas del tratamiento.

*En la primera etapa* Delia, una mujer físicamente poco agraciada, se presentó con un aspecto un tanto desarrapado. Registraba diversos trastornos, característicos de los cuadros frontorizos: una pronunciada adicción a la marihuana y a la cocaína, al tiempo que bebía alcohol a menudo y en forma compulsiva; una marcada tendencia a la actuación, con conductas tan inquietantes y desenfrenadas como impredecibles, frecuentes accesos de ira (rabia narcisista ante sus múltiples frustraciones y la percepción de su debilidad yoica), una actividad sexual compulsiva y promiscua (que avala por medio de racionalizaciones); algunas somatizaciones (no fueron graves) y breves episodios deliroides de contenido persecutorio; todo esto junto a un trasfondo de ansiedad desbordante y casi continua, irritabilidad y unatendencia a la depresión que intentaba combatir denodadamente. Me refirió que arrastraba “desde siempre” estos estados anímicos y que, entre otras cosas, no le permitían concentrarse suficientemente en su trabajo, lo que le preocupaba mucho.

Los porros que fumaba casi sin parar constituían unos de los principales objetos con los que trataba de llenar su vacío existencial, al igual que los ocasionales hombres a los que, al apenas conocerlos y de manera prácticamente indiscriminada y compulsiva invitaba a mantener relaciones sexuales, en el fondo debidas a un afán perentorio de contacto corporal y afectivo. Intentaba así desmentir la falta del objeto por medio de estos objetos que se procuraba casi incesantemente, defendiéndose de este modo de sus angustias de desamparo, vacío y separación.



Calificó las relaciones con sus padres como “pésimas”. Les reprochaba que hubiesen sido excesivamente fríos con ella. [...]

Estos datos me llevaron a sospechar que pudieran haber existido importantes fallas en la “narcisización” de esta paciente.

La hostilidad que experimentaba hacia sus progenitores, que se empeñaban en ayudarla, ocultaba su profunda necesidad de dependencia hacia ellos. Había utilizado su rencor para poder alejarse, en una posición pseudo-independiente que implicaba una huida hacia adelante.

Delia poseía un hermano, mayor que ella, con el que mantenía un vínculo afectuoso y que vivía en el exterior.

Tanta ansiedad, que intentaba calmar con sus actuaciones y prácticas adictivas, denunciaba, si cabe, una mayor descompensación estructural. Al mismo tiempo se quejaba de sentirse sedesvitalizada y desmotivada.

Supo que en su adolescencia había intentado en una ocasión suicidarse ingiriendopsicofármacos.

Las ideas suicidas la seguían asaltando con cierta frecuencia.

De pronto una obsesión se fue apoderando de ella: su situación había llegado a tal extremo que tenía que contar cuanto antes con alguien por quien sentirse amada incondicionalmente. ¿Una pareja? Desde luego, pero estaba visto que le resultaba muy difícil conseguirla. Anteriormente solía experimentar enamoramientos súbitos e intensos. Sus tentativas de formar una pareja siempre habían acabado en fracaso y era la regla que persiguiera hasta el agotamiento a algunos hombres poco y nada interesados en mantener una relación amorosa con ella. Ahora expresaba otra vez su deseo de tener una pareja, añadiendo que tanto podría tratarse de un hombre como de una mujer, dado que esto no le preocupaba en lo más mínimo. Estaba claro que lo fundamental continuaba siendo el sentirse aceptada, amada y reafirmada en su ser por un objeto-sostén; la cuestión sexual ocupaba en ella un plano muy secundario.

Al mismo tiempo Delia empezaba a aislarse y a evitar los encuentros con la gente, puesto que temía sufrir un nuevo desengaño amoroso y no poder ya soportarlo.

Los animales de compañía no le interesaban, por lo que la alternativa de tener uno de ellos quedaba totalmente descartada.

Por otro lado, hacía mucho tiempo que venía deseando tener un hijo. Fue cuando pensó: ¿por qué no tenerlo, y a la brevedad? Delia no quería -no podía, en realidad- esperar. Y menos a tener una pareja. Acaso el niño sería solamente para ella.

Esto podría salvarla, pensaría, el crear ella misma el objeto: un hijo que la amara y a quien amar.

Por momentos ello parecía convertirse en una cuestión de vida o muerte [...]

Lo cierto es que fue muy poco después que Delia tuvo aquella aventura con Bernardo y luego un hijo con él.

[...] volvió a mí, pero ya como madre de un niño, a quien por otro lado tenía con ella todo el tiempo.

Pasemos ahora a describir los sucesos de la *segunda etapa* del tratamiento.

En primer término debo decir que al volver a verla la encontré mejor de ánimo, al igual que físicamente, ya que lucía más compuesta y atildada. ¿Ello se debía -me preguntaba yo- a los efectos beneficiosos de la terapia que había estado realizando o ... a que por fin tenía a *su* niño (el objeto)?

Quizás a las dos cosas...

Todo esto me condujo a una seria reflexión en torno a la flagrante actuación de la paciente, aunque ello hubiera implicado que a partir de entonces estuviera en juego el destino de otro ser, el hijo. Quiero decir que me propuse no intervenir, abstenerme de interpretar lo sucedido con Bernardo, por el momento y hasta nuevo aviso, ya que probablemente ello sería vivido por Delia como una intromisión (a veces me había comparado con su padre, al que sentía que era intrusivo con ella) así como una observación crítica, superyoica; en definitiva, condenatoria.

Es indudable que el niño se hallaba expuesto a las vicisitudes de un vínculo patológico con una madre que se perfilaba como extremadamente retentiva; pero me encontraba con el hecho ya consumado... y con una clara sensación contra-transferencial de que en estas actuaciones



desesperadas de Delia estaba en juego su propia supervivencia.

“Menudo problema para un terapeuta”, pensé, visto tanto desde el punto de vista técnico como ético...

El hijo ocupaba para Delia, mucho más allá de sus deseos maternos, el lugar del objeto primario de amor. Con Rafael intentaba llenar el vacío objetual, afectivo e identificadorio que arrasaba desde hacía muchos años. Por él y gracias a que él existía había abandonado los porros, la cocaína y el alcohol. Se encontraba ahora casi siempre sobria, además de bastante más serena. Antes de que existiera Rafael, los objetos, fuesen estos drogas o personas, habían sido siempre fácilmente intercambiables para Delia; el niño, desde luego, constituye una excepción en este sentido, no solo por tratarse de un ser humano, sino por haberlo ella traído al mundo, lo cual, naturalmente, le confería un valor narcisista que no admitía comparación alguna. Delia sentía que había conseguido por fin un objeto estable que la amaría y con el que contaría para siempre; Rafael, obviamente, nunca dejaría de ser *su* hijo.

Tampoco aceptó en esos momentos tomar psicodrogas; su “droga” era ahora el niño, o al menos era quien ocupaba ese lugar. Comprendí rápidamente, insisto en ello, que para que se sintiese acogida por mí durante el tiempo que llegara a durar la terapia, era necesario que yo asumiera como premisa admitir y aceptar, sin contrariarla, la solución a la que ella había acudido para resolver sus problemas existenciales, que encaró por su exclusiva cuenta y riesgo, creando con su actuación el objeto que la sostenga y le brinde -nada menos- un objetivo a su vida. Además, reitero, ella se sentía mejor; al mismo tiempo debía yo reconocer que mi sensación contratransferencial había experimentado un cambio: ya no percibía aquella angustia desgarradora y esa mezcla de profunda tristeza y apatía en la mirada perdida y desesperanzada que antes exhibía Delia. De hecho la calidad de la comunicación en las sesiones había mejorado también; se hallaba algo más receptiva, podía aceptar mejor mis interpretaciones y trabajar en alguna medida con ellas, más allá de las dificultades que habría padecido siempre en cuanto a su limitada

capacidad elaborativa y sus irrefrenables tendencias a la actuación.

Sus problemas habían pasado a ser de otra índole, al menos por el momento. Estaba claro que experimentaba una gran tensión emocional, así como ansiedades de naturaleza persecutoria a raíz de las disputas con el padre del niño. (“Me insulta, me acosa, *no me deja construirme como persona*”, expresó). Pero estas eran emociones de otro cariz; pese a todo, más soportables que las que antes había padecido. Ahora tenía un hijo, su vida cobraba sentido; luchaba junto a alguien y por ese alguien. En relación con esto me dijo textualmente que cuando abandonó la psicoterapia que efectuaba conmigo “... ya no encontraba de qué hablar, ya no confiaba en la vida...” Y muy pronto, como vimos, se embarazó.

Aunque ahora también era evidente que, como Delia querría que el hijo fuese solo de ella, en una ilusión de unidad con el objeto, no toleraba compartirlo con el padre de la criatura. No estaba preparada para ello; confesó que le costaba horrores aceptar tal situación.

La labor terapéutica se fue centrando en esto último, ya que ella sentía que Bernardo le “arrancaba” el niño de sus brazos, cuando en realidad solo parecía querer hacer uso de sus derechos como padre en cuanto a poder verlo y estar con él dentro de los períodos legalmente establecidos. Pronto retornaría en Delia la amenaza de una nueva descompensación de su frágil estructura. Entre otras cosas, temía que Bernardo con el tiempo acabara predisponiendo mal a Rafael hacia ella y que este la rechazara, o que le iniciara una demanda por insania y pudiera quitarle la tenencia del niño, lo cual era en parte producto de una proyección en Bernardo de sus propios deseos de adueñarse del pequeño.

Traté que entendiera algo elemental: que quizás ella algún día llegaría a aceptar, sobre todo si lograsen tener una relación más pacífica con Bernardo, que el hecho de que el niño dispusiera de un padre que lo quiere y reclama, que desea cuidarlo y participar en su crianza, erapreferible no solo para el niño sino para los tres. Tal vez lo comprendió, pero desde un plano intelectual; en el fondo no se resignaba a compartir a Rafael; deseaba que el padre no entrara en esto.



En la relación con su hijo la paciente se afe-rraba desesperadamente a él, por lo que existía una dependencia mutua. No habría de extrañarme entonces que se hubiera vuelto partidaria de la lactancia prolongada, por lo que, mientras tuviese leche, pensaba seguir dándole el pecho a Rafael -que ya se acercaba a los tres años de edad- por un tiempo indeterminado. (Otra razón por la que rechazaba recurrir a los psicofármacos). Le sugerí que intentara pensar si esto no se correspondía más con una necesidad de ella antes que del niño. (Delia había llegado a decirme no solamente que querría tenerlo solo para ella sino además que desearía que no creciera y no se fuera nunca de su lado).

Habiendo partido de la carencia de objeto y las angustias de desamparo y vacío, sin la posibilidad de revisar la relación con su hijo a través de la psicoterapia, Delia podría estar en camino de irse convirtiendo en algo semejante a una madre fálica y de conformar con su vástago un sistema narcisista patológico cuyas consecuencias son de sobra conocidas por el psicoanálisis.

De más está decir que se angustiaba sobremanera cuando Rafael se enfermaba, mientras que le invadía una gran tristeza cuando no estaba a su lado durante los días que su padre se lo llevaba con él; toleraba muy mal la soledad y la espera, que desataban en ella las angustias de desvalimiento, separación y vacío. Ante ello se animó a contarme que había estado pensando en... tener un segundo hijo, ahora sí por fecundación *in vitro* y con la ayuda de su amigo gay. Esta vez sería por fin un hijo solamente para ella, sin un progenitor ni persona alguna que viniera a reclamarlo y a arrebatárselo de su lado. No estoy para nada convencido que, cuando con prudencia y suavidad me atreví a hablarle de que trate de pensar en los probables inconvenientes y desventajas que al nuevo hijo podría significarle carecer de figura paterna y ese vínculo fusional y excluyente que ella querría establecer con él, pudiera ahora escucharme y comprenderme realmente. Consideré que no tenía otra alternativa que convertirme en esos momentos en representante de la figura paterna interdictora, con sus pros y sus contras. Me aparté temporarily y necesariamente en este caso de la neutralidad a la que cabe aspirar en el análisis clásico (pensada, eso sí,

para las psiconeurosis). En este punto sigo a Kernberg (1978; 1983). Estuve tratando de evitar lo que considero sería una nueva actuación de Delia, que podría tener algunas consecuencias lamentables. Asumí entonces en cierta medida el papel de un superyó que procuraba poner límites útiles a su yo. Otra cosa -le expliqué- sería poder tener un hijo más adelante, en circunstancias más apropiadas, teniendo ante todo la posibilidad de reconocer sus problemas con mayor claridad, evitando actuar compulsivamente y pudiendo proceder de un modo más reflexivo, consciente de la responsabilidad y complejidad que el hecho implica. Es que, además de Rafael, estaría en juego ahora la salud mental y en definitiva el destino de otro ser; y nos encontrábamos a tiempo de evitarlo. Pero luego comprobé que ella en esos momentos regresivos sólo pensaba en calmar su angustia lucubrando tener un segundo niño, ya que lo de Rafael no había salido como esperaba... Si por ahora descartaba tal propósito no era debido a ninguno de los motivos sobre los que intenté pudiera reflexionar, sino simplemente a otros de orden práctico: Delia pensaba que ello "no sería razonable" ya que no daría abasto, teniendo que trabajar y además que ocuparse de dos hijos pequeños. A esto -continué diciéndome- se sumarían las dificultades económicas a las que se vería expuesta y que, además, chocaría con la desaprobación de sus padres, quienes no podrían aceptar esta nueva situación bajo ningún concepto y por tanto no la ayudarían.

En sus momentos más lúcidos, Delia confesó que le gustaría poder interesarse suficientemente por algo, aparte de la relación con su hijo, pero que no llegaba a conseguirlo.

Me dijo: "Querría ser yo misma, estar bien por mí misma, no dependiendo del bebé, apasionarme por algo".

Con su identidad difusa y su autoestima baja, se hallaba todavía muy ocupada en *ser*, en sobrevivir psíquicamente; aunque estuviese mejor no había aún lugar para deseos y proyectos vitales. No era un ser deseante; ahora los hombres parecían no importarle. [...]

Mantenia muy pocas relaciones amistosas, por otra parte inestables, y experimentaba un sentimiento de desarraigo. Además, sus



familiares vivían lejos, por lo que se sentía sola, aunque algo menos desde el nacimiento de Rafael.

Sin embargo, fue saliendo lentamente de su inercia y programando algunos encuentros con grupos de personas con los que contactó a través de internet y que se reunían periódicamente para realizar distintas actividades; esto pareció empezar a despertarle un cierto interés. Sentí que debía refrendar estas actitudes, que ella asumía no sin vacilaciones y temores.

En los vínculos que llegó a establecer me manifestó que, como siempre al parecer, le costaba mantener la distancia adecuada, sea por su tendencia a “pegarse” al -fundirse con el- objeto o, por el contrario, su temor a la intrusión de este [...]

Tiempo después, la paciente decidió reanudar su terapia con la terapeuta que la estaba tratando. En todo momento procuré que se sintiera libre de hacerlo. Al respecto sus limitaciones económicas fueron determinantes esta vez, por cuanto ahora decía hallarse a gusto conmigo.

Pudimos realizar un buen cierre del tratamiento y ella misma evaluó los resultados como muy favorables. [...]

En resumen:

Describo los avatares que durante la psicoterapia psicoanalítica se presentan en la vida de una típica paciente limítrofe, en relación con la búsqueda desesperada de un objeto/sostén, que acaba definiéndose en la figura de un hijo. Los *actings* suscitados por dicha búsqueda, de características impulsivas y adictivas (adicción a drogas y alcohol, sexualidad promiscua), desembocan en la gestación del hijo, al que logra tener a toda costa, embarazándose mediante una actuación deliberada con un compañero ocasional.

Una vez nacido el niño, al que pretendía poseer como un objeto de su exclusiva pertenencia, la inesperada involucración del padre del bebé en la vida de este la sume en diversos conflictos y frustraciones que incrementan su angustia crónica y su depresión anaclítica.

Es en este estado que urde la posibilidad de buscar... un segundo hijo (esta vez por fecundación *in vitro*, con la colaboración de un conocido que, una vez nacido el niño, le promete habrá de

desentenderse), vale decir, en condiciones tanto psíquicas como económicas francamente desfavorables.

Tan especiales como delicadas circunstancias, en tanto comprometen la salud mental y la vida en general, no solo de la paciente sino también de otros seres, enfrentan al terapeuta con verdaderas situaciones dilemáticas, tanto desde el punto de vista técnico como ético. Estas conducen a replanteos en la estrategia terapéutica, habida cuenta del significado del objeto para la supervivencia psíquica e incluso física de la paciente (ha tenido tiempo atrás un intento de suicidio) y las dificultades que su deficitaria estructuración psíquica le crean para tolerar la soledad, la espera y la frustración [...].

### A modo de síntesis y de conclusiones provisionales

La existencia de un verdadero “hambre” de objeto ante la necesidad de objetos internalizados que sirvan de sostén y en la formación de identificaciones estructurantes combatiendo así el vacío, la baja autoestima y las carencias identitarias, puede conducir a estos seres a intentar identificarse con diferentes objetos (*seudoidentificaciones protésicas*), como sería el caso de Zelig, principal y camaleónico personaje del filme del mismo nombre y que invita a pensar en un *borderline*. En ocasiones esto requiere de las intervenciones del terapeuta para impedir actuaciones perjudiciales dentro y fuera del tratamiento.

Una labor psicoanalítica que incluya la *desidentificación terapéutica* de las *identificaciones patógenas* (entre las que en el *borderline* destacan las *identificaciones tanáticas*) puede verse acompañada de procesos de *estructuración* o *reestructuración identificatoria*, con el surgimiento de verdaderas identificaciones compensatorias, ya se trate de las que estaban sumergidas o de nuevas identificaciones con distintos objetos, provenientes de las relaciones con objetos externos del medio familiar, social o laboral del paciente y/o aun de la propia figura del analista. Esto último también sucede en la película citada; se trataría de identificaciones *cuasidirectas*.



Finalmente, estas mismas carencias serían determinantes para considerar la necesidad y conveniencia de que el enfermo límite logre contar de manera duradera en su vida con un *objeto real externo significativo*, al que he dado en llamar con la sigla ORES (Braier, 2023 a); aludo a un objeto real bueno, amado y amante (capaz de amar), pudiendo tratarse de una pareja, de hijos, familiares, amigos, animales de compañía, etc. Pero el enfermo deberá además sostener este vínculo (ante los peligros de ruptura por compulsión de repetición más allá del principio de placer y otras vicisitudes), lo cual en mi criterio se convierte en un factor terapéutico de primer orden para aspirar a que su vida sea más sana, tranquila y placentera y menos expuesta a

angustias de desvalimiento, separación o aniquilamiento, depresiones y relaciones adictivas con drogas, alcohol, actividad sexual compulsiva e indiscriminada, etc. Pero de ningún modo ello quiere decir que la obtención y mantenimiento de un vínculo saludable sea la panacea ni mucho menos. Ni siquiera conseguido esto habrá suficientes garantías de un bienestar perdurable en los sujetos límite. No obstante, con algunos de ellos he podido comprobar que un logro de esta naturaleza les cambiaba sustancialmente la vida. Lo necesitan. Generalmente han sufrido la falta de amor y el abandono por parte de los objetos primarios, cuando no abusos sexuales o agresivos.



## Referencias

- Aulagnier, P. (1980), *Los destinos del placer*, Petrel, Barcelona, 1980.
- Balint, M. (1968), *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*, Bs. As., Paidós, 1982.
- Berenstein, I. (1998), "Education as a Social and Institutional Means for Productings Persons", Viena: International Psychoanalytical Association.
- Berenstein, I. (2001), "Transferencia: hecho nuevo y/o repetición, producción vincular y/o individual". En I. Berenstein, *El sujeto y el otro. De la ausencia a la presencia*, Buenos Aires: Paidós, 2001. Cap. 6.
- Berenstein, I. y Puget, J. (1997), *Lo vincular: clínica y técnica psicoanalítica*, Paidós, Bs. As., 1997.
- Bergeret, J. (1974), *La Personalidad Normal y Patológica*, Gedisa, Barcelona, 1996.
- Braier, E. (1988), "La acción desidentificatoria del psicoanálisis y la reorganización estructural del analizando". Ponencia en el panel del mismo título junto a Jorge García Badaracco y David Saludjian. *Tercer Congreso Interinstitucional de Psicopatología y Salud Mental y Segundo Simposio sobre Prevención de la Violencia Familiar*, Bs. As., 27 al 30 de noviembre de 1988.
- Braier, E. (1989), "Las identificaciones patógenas y la acción desidentificatoria del psicoanálisis". Trabajo presentado en la A.P. A., Bs. As., el 14-11-1989.
- Braier, E. (1990), "La reestructuración identificatoria del analizando". Trabajo presentado en A. P. A., Bs. As., 15-05-1990.
- Braier, E. (1990 a), "Una sesión psicoanalítica a la luz de la acción desidentificatoria y de la reestructuración identificatoria". Trabajo presentado en A.P.A., Bs. As., 14-08-1990.
- Braier, E. (1990 b), "Las identificaciones del analizando con el analista (Un tabú del psicoanálisis). Introducción a su estudio". Trabajo presentado en el XVIII Congreso Interno y XXVIII Symposium de la APA. *Cambio psíquico. Desarrollo en la Teoría de la Técnica*, Bs. As, 11 al 13 de octubre de 1990.
- Braier, E. (2003), "Un estudio de las identificaciones en 'Zelig', de W. Allen", Revista *Intercambios*, nº 11, Barcelona, noviembre 2003.
- Braier, E. (2004), "Un estudio de las identificaciones en 'Zelig', de W. Allen" (Segunda parte), Revista *Intercambios*, nº 12, Barcelona, junio 2004.
- Braier, E. (2005), "¿Puede el superyó cambiar con el análisis? (A setenta años del artículo de J. Strachey)". Revista de *Psicoterapia y Psicopatología*, IEPPM, Madrid, N°60, Septiembre 2005.
- Braier, E. (2009), "Destructividad e identificaciones primarias". En E. Braier., *Hacer camino con Freud*, Lugar Editorial, Bs. As., 2009. (Capítulo 4).
- Braier, E. (2012), "La estructura limítrofe. Una perspectiva teórico-clínica desde la metapsicología freudiana". Versión abreviada. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, XXI Simposio de la APM, "Pacientes y analistas de hoy", nº 67, 2012, p 129-163. Madrid.
- Braier, E. (2018) "La estructura limítrofe. Una perspectiva teórico-clínica desde la metapsicología freudiana". Versión completa. Página web de la Asociación Europea de Historia del Psicoanálisis (AEHP). [www.historia-psicoanalisis.es](http://www.historia-psicoanalisis.es). Barcelona, febrero 2018.
- Braier, E. (2018 a), "De la relación analítica a la relación de poder. La identificación al analista-ideal del yo". En: IX Jornadas de Intercambio en Psicoanálisis. *El trabajo del analista. Diálogos sobre técnica psicoanalítica*. Gradiva, Barcelona, Xoroi ediciones, 2018.
- Braier, E. (2023), "El tratamiento psicoanalítico del paciente *borderline*", *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*. Año X, nº1, Mayo 2023, España.
- Braier, E. (2023 a), Conferencia online: "Realidad Psíquica vs. Realidad Fáctica. La importancia del objeto externo real significativo (ORES) para el psiquismo del sujeto". Organizada por IEPPM (Instituto de Estudios psicopatológicos y Psicoterapia médica), Madrid, 06/05/2023. 2023. Hay vídeo.
- Deutsch, H. (1942), "Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia", *Rev. de Psicoanálisis*, 25, 2, Bs. As., 1968.
- Fenichel, O (1945), *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Paidós, Bs. As., 1966.



- Ferenczi, S. (1928), «Elasticidad de la técnica psicoanalítica», *Obras Completas*, vol.IV, Espasa Calpe, Madrid, 1984.
- Ferenczi, S. (1929), “El niño mal recibido y su impulso de muerte”. *O.C.*, vol.4, Espasa Calpe, Madrid, 1984.
- S. Ferenczi (1932), *Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932*, Amorrortu editores, Bs. As., 1997.
- Ferenczi, S. (1932 a), *Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. O.C.*, vol. 4, Espasa Calpe, Madrid, 1984.
- Freud, S. (1914), *Introducción del narcisismo, O. C.*, A. E., XIV, Bs. As.
- Freud, S. (1921), *Psicología de las masas y análisis del yo, O.C.*, A. E., XVIII, Bs. As.
- Freud, S. (1923), *El yo y el ello, O.C.*, A. E., XIX, Bs. As.
- Freud, S. (1939 [1934-38]), *Moisés y la religión monoteísta*, A. E., XXIII, Bs. As.
- García Badaracco, J. (1985), “La identificación y sus vicisitudes en la psicosis. La importancia del concepto ‘objeto enloquecedor’”, *Rev. de psicoanál.*, 42, 3, 495-514, Bs. As., 1985. También fue publicado en el *Libro Anual de Psicoanálisis 1986*, Imago, Lima, 1987.
- Green, A. (1977), “El concepto de fronterizo. Marco conceptual para la comprensión de Los pacientes fronterizos”. En A. Green, *De locuras privadas*, Amorrortu Editores, Bs. As., 1994. (Capítulo 3).
- Green, A. (1980), *La madre muerta*. En A. Green, *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, Amorrortu Editores, Bs. As., 1986. (Cap. 6).
- Kernberg, O. (1978), “Técnicas de tratamiento de estructuras de personalidad de tipo límite”. Conferencia pronunciada en la Asociación Psicoanalítica Argentina, Bs. As., 05-11-78.
- Kernberg, O. (1983), “Psicoterapia psicoanalítica con pacientes fronterizos y narcisistas”. Conferencia pronunciada en la Asociación Psicoanalítica Argentina, Bs. As., 07-11-83.
- Kernberg, O. (2007), “Identidad: hallazgos recientes e implicaciones clínicas”. En *Aperturas Psicoanalíticas*, nº 25, abril 2007, <http://www.aperturas.org>.
- Kernberg, O. (2012), entrevista al Dr. Otto Kernberg por Jaime Nos. En *Temas de psicoanálisis*, Revista de la Sociedad Española de Psicoanálisis (S. E. P., Barcelona). [Http:// www.temasdepsicoanalisis.org](http://www.temasdepsicoanalisis.org), nº 2, junio de 2011.
- Lanza Castelli, G. (2023), “Un Enfoque Multidimensional en la Psicoterapia Psicoanalítica: Conflicto, Dimensión Estructural, Modo de Procesamiento y Funcionamiento Mental”, *Revista Mentalización*, 19, octubre 2023.
- Lanza Castelli, G. (2023 a), *Mentalización, funcionamiento mental y psicoanálisis. Sus interrelaciones y complementariedades en la práctica de la psicoterapia*, Ed. Psimática, Madrid, 2023.
- Lanza Castelli, G. (2023 b), presentación *online* del libro *Mentalización, funcionamiento mental y psicoanálisis. Sus interrelaciones y complementariedades en la práctica de la psicoterapia*, Ed. Psimática, Madrid, 2023. 13/12/2023.
- Levin de Said, A. D. (2004), *El sostén del ser. Las contribuciones de Donald W. Winnicott y Piera Aulagnier*, Paidós, Bs. As., 2004.
- Marucco, N. (1999), *Cura analítica y transferencia. De la represión a la desmentida*, Amorrortu Editores, Bs. As., 1999.
- Mayer, H. (1982), *Narcisismo*, Kargieman, Bs. As., 1982.
- Mayer, H. (2000), “El sostén interior”, *Rev. de Psicoanál.*, LVII, Nº1, Bs. As., 2000.
- Nacht, S. (1966), *La presencia del psicoanalista*, Proteo, Bs. As., 1967.
- Olmos de Paz, T. (Editora y coautora) y otros, (2018), *Los huéspedes del yo. Las identificaciones y desidentificaciones en la clínica psicoanalítica*, Biblioteca Nueva, Madrid, 2018.
- Rascovsky, A. (1973), *Conocimiento del hijo*, Orión, Bs. As., 1973.
- Rascovsky, A. (1986), *El filicidio. La agresión contra el hijo*, Paidós, Bs. As., 1986.
- Rascovsky, A. (2000), “Los orígenes del filicidio”, *Rev de Psicoanál.*, número especial internacional, 2000, nº 7, Bs. As.
- Reich, W. (1933), *Análisis del carácter*, Paidós, Bs. As., 1965.
- Strachey, J. (1934), “Naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis”, *Rev. de Psicoanál.*, V, 4, Bs. As., 1948.





