

La depresión como objeto. Sobre la estructura y el contenido de la depresión límite

Christa Rohde-Dachser

La autora describe las características típicas de la depresión de los pacientes borderline a diferencia de los pacientes deprimidos con una estructura de personalidad más organizada, como también se presentan en estudios empíricos. A continuación, aborda los enfoques teóricos que se utilizan principalmente para explicar estos hallazgos clínicos hoy en día: la teoría de la relación de objeto, la teoría del trauma, la teoría del apego y la teoría de la mentalización. En este contexto, describe la angustia de los pacientes borderline a ser abandonados por un objeto vital; la influencia de las experiencias traumáticas de la infancia; el efecto de los traumas de apego y la importancia de la identificación con el agresor como introyecto persecutorio.

Sin embargo, desde su punto de vista, la frecuencia e intensidad con la que los pacientes borderline se quejan de depresión aún no se explica suficientemente. Para ella, la depresión también tiene sobre todo la función de anclar al paciente borderline en el mundo de los objetos y así protegerlo de la temida caída en el vacío, en la nada.

Describe los temores subyacentes de estos pacientes a la pérdida total de objetos y al abismo interior que se abre en la fantasía. La experiencia depresiva puede servir como relleno de este abismo de varias maneras: a través de la conservación interna del objeto perdido; a través de la heroización del sufrimiento asociado con el objeto, o, como último refugio, como un compañero interior constante que ahora está en lugar del objeto perdido. En la última parte del trabajo, la autora describe las consecuencias para el tratamiento psicoanalítico.

[‡]La depresión es un trastorno afectivo que ya fue descrito de manera muy impresionante por Freud (1917) en "Duelo y melancolía". Allí menciona como característica principal un malestar profundamente doloroso, una anulación del interés por el mundo exterior, la pérdida de la capacidad de amar y una profunda inhibición del rendimiento; además, hay una fuerte reducción del sentimiento de sí, que se manifiesta en autoacusaciones y autoinsultos y puede aumentar hasta la delirante expectativa de castigo (Freud 1917, p. 429). Freud entendió esto como el precipitado patológico de una experiencia de pérdida tan dolorosa que la persona afectada, en lugar de soltar por dentro el objeto perdido, se ha identificado inconscientemente con él. Pero esto

también significa que la agresión dirigida hacia el objeto perdido, de ahora en más se dirigirá hacia el propio yo.

"La sombra del objeto cae sobre el yo" fue la frase con la que Freud describió el mecanismo central de la depresión.

Conforme a ello, las autoacusaciones que el deprimido dirige contra sí mismo son en realidad acusaciones contra el objeto de amor perdido. El yo está, por así decirlo, en representación del objeto perdido. De esta manera, la relación se mantendrá inconscientemente viva. Por lo tanto, la depresión es siempre una negación del duelo.

"En el duelo, el mundo se ha vuelto pobre y vacío, en la melancolía eso le ocurre al yo", así describe Freud (p. 431) la diferencia entre el

[‡] Traducción del alemán: Gustavo Lanza Castelli.

Struktur und Inhalt der Borderline-Depression. *Psyche*, 64(9-10), 862-889.

[Original:](#)

Rohde-Dachser, C. (2010). Schwermut als Objekt: Über



duelo y la melancolía. Para negar la pérdida que se ha producido, el yo se ofrece como víctima.

Sin embargo, el requisito previo para esto es un sistema de representaciones internas que permita una regulación del mundo interior desconectable de la comunicación actual (Moser u. Zeppelin 1996; Fonagy & Target 1996). Del mismo modo, la autorrepresentación y la representación de objetos deben estar suficientemente separadas entre sí. Sólo entonces será posible poner al yo en el lugar del objeto mediante la identificación y dirigir la propia agresión lejos del objeto hacia el yo. No todos los pacientes que informan de depresión tienen tal estructura interna. Esto es especialmente cierto para los pacientes borderline que se han detenido en su desarrollo estructural predominantemente a nivel de teoría de la situación y del pensamiento preconceptual (Moser y v. Zeppelin 2004). En ellos la regulación de la relación todavía depende completamente de la presencia concreta del objeto. Por lo tanto, la pérdida del objeto se convierte aquí en una catástrofe interna, en una caída al vacío, en la nada. Esto también se aplica al temor referido a tal desastre (Moser u. v. Zeppelin 1996). Sabemos por investigaciones empíricas que los pacientes borderline se quejan de experiencias depresivas con la misma frecuencia que los pacientes con una organización de personalidad superior (Frances, A., Clarkin, J. F. et al. 1984; Leichsenring & Sachsse 2002). Sin embargo, su informe tiene un color diferente al que conocemos de estos pacientes.

1. Clínica de la depresión fronteriza

Para Kernberg (1975), el sentimiento depresivo básico de los pacientes fronterizos no se caracteriza principalmente por la autoacusación. Más bien, las acusaciones se dirigen hacia el exterior y están marcadas por los reclamos y la ira; además, encontramos sentimientos de falta de valoración, soledad y aislamiento (Kernberg

1975, pp. 179 y ss.). Las descripciones clínicas de la depresión fronteriza por parte de otros autores coinciden perfectamente con este juicio (Master-son 1976, Hartocollis 1977; Gunderson & Phillips 1991). La ira y el enojo se consideran los principales afectos de la depresión límite. La ira se dirige principalmente contra la experiencia del rechazo por parte de objetos amados y se convierte en impotencia y desesperanza tan pronto como se vuelve hacia adentro (Hartocollis 1976, p. 496). Los sentimientos de culpa o empatía hacia el objeto de amor no disponible no juegan ningún papel (ibíd.). Las quejas disfóricas señalan más bien sentimientos de soledad, vacío y aburrimiento, que con Hartocollis también pueden entenderse como un precipitado de alucinaciones negativas ("sin madre". "sin pecho", "la madre no vendrá") (ibíd., p. 497).

Westen et al. (1992) han sido los primeros en someter estas observaciones clínicas a una revisión empírica. Para ello, se basaron en un estudio sobre la depresión presentado por Blatt (1974; Blatt & Zuroff 1992), en el que se hizo una distinción entre una depresión anaclítica y otra introyectiva. La depresión anaclítica se centra en las relaciones interpersonales y los sentimientos asociados con ellas, como la dependencia, el abandono, el rechazo, la falta de sentido y el vacío. La depresión introyectiva se refiere a la autoexperiencia, que se caracteriza por sentimientos de fracaso, el autodesprecio y el sentimiento de ser fundamentalmente malo (véase también Blatt, Luyten y Corveleyn 2005). Blatt et al. (1976; 1982) también han desarrollado un cuestionario de autoevaluación (Depressive Experiences Questionnaire [DEQ]) con el que se puede comprobar empíricamente la presencia de estos tipos de depresión.

Westen et al. (1992) utilizaron este cuestionario para examinar un grupo hospitalario de pacientes borderline en comparación con un grupo de pacientes con depresión mayor¹. Debido a que

¹ una parte de los pacientes sufría tanto de trastorno de la personalidad límite como de depresión mayor. Sin embargo, debido a que las características

cualitativas de la depresión borderline, a diferencia de la depresión mayor, no se pueden asignar a un trastorno temporal, sino que pertenecen a una estructura



el cuestionario no fue diseñado específicamente para la experiencia de los pacientes borderline, extrajeron un subgrupo de elementos que se podía suponer que reflejaban específicamente las experiencias de los pacientes borderline. Estos incluían preguntas como: "Sin el apoyo de otros que están cerca de mí, estaría indefenso"; "Hay momentos en los que me siento vacío por dentro"; "Soy muy sensible a los signos de rechazo por parte de los demás". Se debe verificar la calidad específica de la experiencia depresiva del grupo de pacientes borderline tanto en el eje anaclítico como en el introyectivo, en comparación con el grupo de pacientes con depresión mayor. El resultado mostró que los pacientes borderline se diferenciaban significativamente del grupo de comparación en su experiencia depresiva: la depresión borderline se caracterizó por sentimientos de vacío, soledad y una amplia gama de afectos negativos que incluían la ira, el miedo y la desesperación, así como un profundo sentimiento de dependencia y una angustia elemental a ser abandonado. Típico de la experiencia de sí fue la sensación de profunda maldad (Westen et al., S. 8). Lo más significativo fue la pregunta: "Nunca me siento realmente seguro en una relación cercana" ($p \leq .001$). Esto ya deja claro cuán fuertemente se encuentra la depresión borderline en el nivel anaclítico de la relación objetal.

Un estudio realizado por Leichsenring (2004), en el que se comparó un grupo de 30 pacientes borderline con un grupo de pacientes con una estructura de personalidad más organizada (neurosis de ansiedad, neurosis depresiva, etc.), llegó a una conclusión similar: a diferencia del grupo de comparación, la depresión límite se correlacionó significativamente con la ira, la angustia y el miedo y con el predominio de relaciones objetales primitivas (p. 11 y ss.). Para investigar la calidad de estas relaciones objetales, Leichsenring utilizó una prueba proyectiva, a saber, la prueba Holtzman Inkblot (Holtzman, Thorpe, Swarz & Herron 1961). Los objetos que los pacientes asociaron a estas imágenes eran de naturaleza

consistentemente destructiva: torturante, asfixiante, parasitario, abrumador, devorador (Leichsenring, p. 11). Si se asume con Dahl (1995) que la depresión es sinónimo de la idea de que los propios deseos nunca se cumplen, entonces se puede imaginar fácilmente que estos objetos no están disponibles para el cumplimiento de los deseos, a menos que sean de naturaleza masoquista.

Por lo tanto, los sentimientos de ira, angustia o miedo que prevalecen en la depresión límite también podrían entenderse como reacciones a la experiencia de que no es posible separarse de estos objetos, por crueles y destructivos que sean (Leichsenring, P. 11). La cuestión de por qué esto es así nos ocupará en la siguiente sección.

2. Enfoques explicativos psicoanalíticos sobre el surgimiento de la depresión límite

¿Por qué los pacientes borderline, que solemos asociar con la falta de control de los impulsos, los brotes de ira y el comportamiento adictivo, se quejan tan intensamente de depresión? Encontramos enfoques explicativos para esto, tanto a nivel de la teoría de la relación de objetos como de la teoría del trauma y el apego, que me gustaría abordar con más detalle a continuación. Me centraré en tres temas decisivos para nuestra pregunta, a saber, la angustia de los pacientes borderline a ser abandonados por un objeto vital; la influencia de las experiencias traumáticas de la infancia; el efecto de los traumas de apego y, finalmente, la importancia de identificarse con el agresor como introyecto.

A pesar de sus enfoques teóricos muy diferentes, todos ellos confirman la tesis de Fonagy de que los pacientes borderline se han detenido en un nivel del proceso de mentalización en el que aún no les es posible reflexionar sobre su propia experiencia desde una posición tercera. Esto, en consecuencia, limita las posibilidades de acción (tratamiento: Handlungsmöglichkeiten) de estos pacientes. Por lo tanto, la experiencia de desvalimiento asociada a esto siempre proporciona

de personalidad estable, esta diferencia fue descuidada (Westen et al. 1992, S 4).



nuevo alimento a la experiencia depresiva de los pacientes borderline.

Sin embargo, no quiero limitarme a estas explicaciones, sino que en la segunda parte de este trabajo deseo seguir investigando la depresión borderline en busca de la función que tiene para mantener la integración psicológica de los pacientes borderline. La función más importante de la depresión borderline, según mi tesis, es anclarla en el mundo de los objetos y así salvarla de la caída interna en el vacío, en la nada.

En la última parte del trabajo, presentaré lo que resulta de esto para el tratamiento de estos pacientes.

La angustia a ser abandonado por un objeto vital.

Los pacientes borderline no tienen un sistema interno de representantes de objetos que pueda permitirles emanciparse de la presencia real de un objeto (Moser y v. Zeppelin 1996). Por lo tanto, necesitan la presencia concreta del objeto para mantener su sensación de seguridad. Debido a que esto nunca se puede garantizar por completo, esta sensación de seguridad siempre permanece un poco en peligro incluso en las relaciones cercanas (Westen et al. 1992). Un objeto interno seguramente disponible también es sinónimo de previsibilidad y continuidad. Esto requiere en los primeros años de vida de una madre que esté disponible para el niño para satisfacer sus necesidades vitales, sin sobrepasar demasiado el período de tiempo que se puede sobrellevar con el cumplimiento de los deseos alucinatorios. Si este es el caso, y no solo una vez, sino una y otra vez, entonces el *poder esperar* del bebé se convierte en *tener que esperar* y finalmente en la sensación de "No puedo esperar más, voy a morir" (Gutwinski-Jeggle 2007, p. 144).

Es esta experiencia intolerable y no representable la que más tarde también da forma a la actitud ante la vida de los pacientes borderline (ibíd.). La sensación de estar solo se carga indistinguiblemente con los recuerdos de terror del pasado, que vuelven a estar presentes, como si el tiempo se hubiera detenido (ibíd., S. 145). Por lo tanto, el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM IV, 1994) también

menciona la angustia al abandono en primer lugar entre las características del trastorno límite de la personalidad (p. 739). En este contexto, el abandono se refiere al estado emocional de un niño que se comporta como si nunca volviera a ver a su madre y siente un dolor de pérdida que, debido a que el niño aún no tiene un sentimiento de tiempo pasado, nunca termina (Gutwinski-Jeggle, p. 145).

Detrás de esto se encuentra la angustia, aún más amenazante, al vacío, que abordaré con más detalle en la segunda parte de este trabajo. Por lo tanto, los pacientes borderline hacen todo lo posible para aferrarse al objeto, cueste lo que cueste.

Esto no se opone al hecho de que las relaciones objetivas de los pacientes borderline también están sujetas a fuertes fluctuaciones según el DSM IV (criterio 2, p. 739) y se desplazan regularmente entre la idealización y la devaluación sin que el paciente pueda establecer una conexión entre estos estados emocionales opuestos. Por esta razón, la relación permanece "establemente inestable" (Schmideberg 1959). La idealización generalmente se refiere a un objeto que está ausente en la vida real, pero que se anhela con todas las fuerzas.

Pero tan pronto como se acerca, el paciente se siente amenazado en su autointegración (Green 1975). El miedo a la "reincorporación" por parte del objeto es aún más fuerte cuanto más inconscientemente se apoya en el deseo del paciente de fusionarse con el objeto idealizado. En este contexto, el objeto se convierte en un monstruo devorador que representa un peligro mortal (Rey 1979; Green 1975.) Posteriormente en este punto, la idealización se convierte en ira o devaluación, que ponen fin abruptamente a la situación de proximidad. Con la (re)producción de la distancia necesaria, la idealización del objeto puede recuperar su lugar y el agotador juego puede comenzar de nuevo.

Los pacientes borderline también someten a menudo a su pareja a una dura prueba. Los pacientes sienten esto y también que la pareja puede dejarlos realmente en algún momento. En consecuencia, aumenta su angustia, y con ella la lucha por la pareja, que nunca se puede ganar en las condiciones descritas.



La experiencia de la inutilidad que conlleva lo hace indefenso y deprimido. En la soledad, la depresión a veces incluso se convierte en el único compañero interno (Moser 2009, véase a continuación p.). Los objetos persecutorios son el producto de fantasías que provienen de la propia agresión.

La influencia de las experiencias traumáticas de la infancia.

En el enfoque teórico de las relaciones de objeto que acabamos de describir, se consideraba que fueron las fantasías del paciente las que experimentaron al objeto -cuando se acercaba demasiado- como una amenaza o un perseguidor. Pero tal vez los objetos no deben ser percibidos en la disposición mental del futuro paciente, porque realmente podrían resultar ser objetos crueles y perseguidores. Esto es lo que afirman al menos los investigadores del trauma, incluidos especialmente Hermann (1992) y van der Kolk (1999). Los estudios empíricos indican una alta frecuencia de traumas infantiles en pacientes borderline, especialmente abuso sexual y maltrato físico (París 2000; pp. 159 y ss.; Rohde-Dachser 2004, p. 127 y ss.). Los síntomas típicos del trastorno límite de la personalidad también tienen una fuerte similitud con el trastorno de estrés postraumático.

En ambos trastornos, encontramos un comportamiento suicida o autolesivo repetido, ira inadecuada, impulsividad, inestabilidad afectiva, ideas paranoicas desencadenadas por el estrés o síntomas disociativos graves. Esto ha llevado a algunos autores a ver el trauma como el factor decisivo para el desarrollo de un trastorno límite (Herman 1992; van der Kolk 1999; Reddemann u. Sachsen 1999). Toda la sintomatología límite se convierte entonces en un conjunto de estrategias de afrontamiento para hacer frente a la experiencia traumática (Reddemann u. Sachsse 2000). Aunque a primera vista algunas cosas hablan a favor de tal conexión, no se puede corroborar empíricamente (París 2000, p. 159; Rohde-Dachser 2004, p. 132 y ss.). Se requiere la interacción de una variedad de factores para que la experiencia traumática se convierta en un desarrollo límite (también Bohleber 2008, p. 49). Sin

embargo, no hay duda de que desempeñan un papel decisivo en el desarrollo del trastorno límite.

La experiencia traumática puede entenderse como una experiencia vital de discrepancia entre los factores situacionales amenazantes y las posibilidades individuales de afrontamiento, que va acompañada de sentimientos de impotencia y abandono indefenso y, por lo tanto, provoca una sacudida permanente de la autocomprensión y la comprensión del mundo (Fischer u. Riedesser 1999, p. 79). La amenaza confronta el yo con un "fait accompli" (Furst 1978, p. 349). Por lo tanto, las reacciones del yo aquí no tienen lugar como respuesta a un peligro inminente, sino solo después de que éste se haya convertido en una realidad y el yo haya estado pasivamente a su merced por el colapso de sus funciones de defensa (Bohleber 2008, p. 48). Bohleber ha descrito de manera impresionante este proceso traumático. La realidad traumática, según Bohleber, destruye el escudo protector empático que formó el objeto primario interiorizado y, por lo tanto, la confianza en la presencia continua del buen objeto y la esperabilidad de la empatía del prójimo (Bohleber 2008, p. 47).

Las funciones de yo más maduras colapsan. El objeto bueno se pierde.

Debido a que la expectativa de empatía es indispensable, especialmente en situaciones de angustia abrumadora, se produce la proyección de la necesidad de empatía sobre el perpetrador y su internalización maligna (Bohleber 2000, p. 822).

Las fantasías arcaicas de arrasamiento, destrucción y crueldad, que hasta entonces habían sido profundamente reprimidas, vuelven a la conciencia. El presente está impregnado de la significación de estas fantasías destructivas y perseguidoras. El presente traumático y el pasado psicológico ya no se pueden distinguir (Bohleber 2008, p. 51). Los objetos internos destructivos que Leichsenring (2004) encontró en su análisis Holtzman Inkblot de pacientes borderline se pueden clasificar perfectamente aquí.

El yo es aniquilado en este proceso y se hunde en una soledad catastrófica, a la que, a menos que los afectos estén completamente disociados, se añaden el odio, el miedo, la vergüenza y la desesperación (Bohleber 2008, p. 47).



Debido a la intensa excitación que poseen, tales experiencias traumáticas no se pueden integrar en la memoria narrativa. Se codifican principalmente en la memoria implícita, como una precipitación no simbolizable y, por lo tanto, no modificable, visualmente como imágenes, como olores y sonidos, como un estado afectivo específico o como una sensación somática (ibíd., p. 51). Como tales, se pueden volver a activar en cualquier momento a través de estímulos sensoriales relacionados. Por lo tanto, aquellos que han sido traumatizados a menudo viven con miedo a la reaparición sin cambios de los recuerdos almacenados implícitamente, en escenas asociadas con la escena traumática original (ibíd.). La escena traumática se vuelve a experimentar como si fuera presente. A menudo, los supervivientes de eventos traumáticos se niegan incluso a pensar en ellos porque la reflexión ya significa una revivencia (Fonagy 2008, p.135). La misma angustia ante la retraumatización a menudo tiñe también el comportamiento del paciente en el tratamiento psicoanalítico durante mucho tiempo.

El analista debería respetar esto porque ese temor es bastante real.

Las experiencias traumáticas de la infancia también obstaculizan el desarrollo de las capacidades mentales, como lo demuestran claramente los estudios neurológicos. Los adultos que sufrieron traumas en su infancia a menudo muestran una incapacidad adquirida para imaginar los pensamientos y sentimientos de otras personas (Fonagy 2008, p. 133). Los niños no pueden aprender palabras para expresar sentimientos y a los adultos traumatizados les resulta más difícil reconocer la intención en una expresión facial (ibíd., p. 134). Schneider-Rosen y Cicchetti (1984, 1991) han demostrado que los niños pequeños maltratados responden a su propio reflejo de una manera afectiva menos positiva que los niños de control, y Beeghly y Cicchetti (1994) constataron que estos niños pequeños tienen un déficit específico en el uso de denominaciones para los estados internos y el lenguaje permanece en ellos más ligado al contexto.

Todos estos hallazgos sugieren que el maltrato hace que los niños se retiren del mundo mental Fonagy et al. 2002, pág.348). Sin

embargo, esto por sí solo no supone el desarrollo de un trastorno límite. Más bien, el factor decisivo parece ser si el abuso -cualquiera que sea su tipo- tuvo lugar en el contexto de una relación de apego.

El impacto del trauma del apego.

El trauma activa la conducta de apego. “En la angustia queremos que nos abracen”, dice Fonagy (2008, p. 136) y de ello deriva el aumento del comportamiento de apego del niño, especialmente hacia los objetos, que son al mismo tiempo causa de miedo y desesperación.

De esta manera a partir del apego, que en realidad es el fondo que proporciona seguridad para el desarrollo de la mentalización, se crea un trauma de apego que paraliza el proceso de mentalización (ibíd., p. 139). Porque la figura de apego es fuente de angustia y consuelo al mismo tiempo (Main y Hesse 1990) Actualmente se cree que “todas las experiencias de la infancia y la primera infancia que activan masivamente el comportamiento de apego sin ponerle fin, conducen a una desorganización del sistema de apego” (Hopkins 2000, p. 337).

Lo que tienen en común todas estas experiencias, que también incluyen negligencia y todas las formas de abuso, es la violación de la expectativa de protección y seguridad inherente al sistema de apego (ibíd.). El incumplimiento de estas expectativas exige estrategias defensivas masivas, como las conocemos por el desarrollo de los trastornos límite (ver también Woods 2008, p. 286). Esto incluye particularmente *la evitación de la mentalización, pero con fines defensivos*.

No querrás empatizar empáticamente con personas que, según tu experiencia, quieren hacerte daño y de las que dependes existencialmente al mismo tiempo. De esta forma sólo descubrirías que la otra persona no tiene sólo buenas intenciones. Por lo tanto, la observación hipervigilante del comportamiento de la figura de apego no está al servicio de la mentalización, sino que sirve principalmente para protegerse de las reacciones impredecibles del objeto (Fonagy et al. 2002, p. 355 y siguientes). Esto limita cada vez más la capacidad del niño para comprender los pensamientos y sentimientos de los demás (ibíd.). Si el niño quiere, a pesar de ello, construir



representaciones coherentes de la otra persona dentro de sí mismo (Denett 1983; Gergely 2000), entonces sólo puede hacerlo dividiendo la representación del otro en subsistemas diferentes y coherentes, que luego tienen características idealizadas o persecutorias. Debido a su falta de capacidad para mentalizar (¡o suspendida por razones defensivas!), el niño no puede reunir estas representaciones contradictorias en un nivel superior de pensamiento (Fonagy et al. 2002, p. 366). Las imágenes mentalizadas del otro no se corresponden con la realidad y, en el mejor de los casos, pueden crear la ilusión de un intercambio interpersonal (ibid.). Clínicamente, en este contexto, hablamos de disociación como una operación defensiva que permite mantener la percepción idealizada del objeto de apego. Las interrupciones incontrolables en el flujo de pensamientos parecen un trastorno del pensamiento. Sin embargo, aquí el trastorno del pensamiento no es un signo de una autodesintegración inminente, sino más bien una expresión de una suspensión temporal del pensamiento relacionada con la defensa en situaciones en las que el sujeto ciertamente podría establecer conexiones entre sus diversas y contradictorias experiencias, pero inconscientemente evita hacerlo por todos los medios porque los resultados relacionados serían catastróficos. Para Bion (1959), este rechazo defensivo a pensar también representa un "ataque a los vínculos". En el mismo contexto, Green (2002) habla de una "posición fóbica", según la cual la fobia se refiere a procesos de pensamiento con los que se podría establecer una conexión entre acontecimientos, la cual sería mucho más traumática que cualquier realidad previamente consciente. El conocimiento se vuelve dañino en este punto y debe evitarse. Bion (1962) también se refirió a esta forma de defensa como conocimiento negativo (-K). Por esta razón, los pacientes borderline no pueden aprender de la experiencia (ibid.)

La importancia de la identificación con el agresor como introyecto.

Sin embargo, lo más drástico para la experiencia límite es la introyección del perpetrador como una nueva introyección traumática asociada con la pérdida del objeto empático. Amati

(1990) describió de manera impresionante este proceso para las víctimas de tortura (Bohleber 2000, p. 822 y siguientes). Lo mismo se aplica también a la introyección de una figura de apego traumática, que a partir de entonces domina el mundo interior del niño. El introyecto actúa como un cuerpo extraño que ya no puede ser expulsado, pero debido a su intención persecutoria no puede tampoco integrarse definitivamente en el yo (Fonagy 2008). El niño entonces no puede evitar identificarse con este introyecto destructivo, que a partir de entonces experimenta como una amenaza proveniente de su interior. Busca razones para esta experiencia y se atribuye características extremadamente negativas: inutilidad, indeseabilidad, fealdad, culpa (Fonagy 2008, p. 355). Esto recuerda las extremadamente malas autoevaluaciones que tanto Westen (1992) como Leichsenring (2004) encontraron en los pacientes límite que estudiaron.

"La única manera de lidiar con tales introyecciones consiste en externalizar continuamente estas partes extrañas de la estructura del self en un contenedor" (Fonagy 2008, p. 141). Esto tiene lugar por vía de la identificación proyectiva. Las partes persecutorias se experimentan entonces como exteriores al self. Como resultado, el self alcanza temporalmente un sentimiento ilusorio de seguridad. La necesidad de un contenedor para las partes traumatizantes de la estructura del self puede ser una cuestión de vida o muerte para el paciente límite (ibid.). Tan pronto como se pierde el objeto de proyección, la parte externa, hostil y atormentadora, que ha sido proyectada, vuelve al self, lo que también provoca que regresen el sentimiento de amenaza, la angustia pánica y el sentimiento de desorganización (Fonagy et al. 2002, p. 362). La única manera de destruir la parte extraña que se encuentra en el self es a menudo solamente el suicidio (ibid., p. 365), y no es ésta la menor razón por la que los pacientes borderline no pueden separarse de objetos que parecen maliciosos y destructivos. Los conservan o, si realmente los han abandonado, los recuperan, no principalmente por motivos masoquistas, sino porque los necesitan para su propia supervivencia: mientras el objeto maligno introyectado pueda localizarse en el exterior, el paciente no necesita suicidarse para destruirlo. Al mismo



tiempo, esta constelación crea una dependencia adictiva del objeto portador de estas proyecciones, junto con el sentimiento de impotencia y desamparo ante esta situación de la que no puede escapar. La depresión del paciente límite, plagada de acusaciones, tiene aquí una raíz muy decisiva.

3. La depresión límite como defensa contra el vacío y la caída en la nada.

Hasta este punto siempre se ha tratado del aferrarse a una relación objetal, sin importar cuán aterradora o persecutoria fuera. Pero hay una angustia que precede a esto y corresponde a una experiencia pasiva de total impotencia, sin un objeto que proporcione seguridad y que sea capaz de absorber estas angustias y detener el desmoronamiento experimentado (Bick 1968, p. 236 y sigs.). Ocurre mucho antes de que se establezca la memoria autobiográfica y, por lo tanto, puede experimentarse pero no pensarse en ella, y mucho menos nombrarse. Debido a que no existe una separación confiable entre el yo y el no-yo en esta etapa temprana del desarrollo, no existe un sujeto nombrable para esta experiencia (Winnicott 1974, p. 104). Se trata de angustias primitivas a la aniquilación, como las que se experimentan, entre otras cosas, como una caída sin fin (ibid., p. 104) o como una caída sin fin en el espacio (Bick 1968). En el mismo contexto, Bion (1970) habla de "angustias catastróficas" debidas a daños irreparables a los objetos, que en realidad ya se han producido hace mucho tiempo (Birsktedt-Breen 2003). Lo que se hace clínicamente visible es siempre una formación de compromiso (Winnicott 1974, p. 107), porque la agonía subyacente es irrerepresentable.

Algo muy similar se aplica a la experiencia del vacío existencial. Para entender lo que esto significa, Winnicott recomienda pensar no tanto en qué trauma ocurrió en el pasado, sino más bien en lo que no sucedió cuando algo debería haber sucedido (ibid., p. 106). Es mucho más fácil para un paciente recordar algo que le hicieron, que algo que consciente o inconscientemente esperaba pero que *no* sucedió. El vacío es entonces muy a menudo el último rastro negativo que queda de lo que no sucedió y de los objetos que

fueron víctimas de la eliminación o de la forclusión (*verwerfung*). En el mismo contexto, Green habla de una alucinación negativa, que no va acompañada de ninguna representación, porque con la catástrofe original el objeto también fue privado de la investidura que le estaba asociada (Green 1999), Benedetti (1983) de "paisajes de muerte", "espacios vacíos", "zonas silenciosas del inconsciente" o "agujeros negros", en cuyo centro se encuentra la angustia ante la nada.

Lo que encontramos *clínicamente* en estos casos ya no refleja la experiencia original del niño, sino que ya es el resultado de un acto restitutivo con el que este agujero debe ser cubierto. De esta manera, se le da un nombre al trauma innombrable, mientras que la ausencia misma permanece en lo no simbólico, como "nada", pero con una influencia profunda y destructiva sobre el self vulnerable (Gurevich 2008, p. 563). O, en palabras de Faimberg: "Una ausencia es una presencia que ataca" (Faimberg 2005, p. 11).

Si uno sigue a Bråten (1992, 1998), entonces hay un diseño innato en la psique del bebé acerca de la madre como un *otro virtual* que espera y da la bienvenida a la madre como el otro real en un diálogo mutuo (Bråten 1972, p. 87 y sigs., citado, según Dornes 2002, p.306). Lo que significa que el otro real pierda esta pista se puede ver en experimentos de investigación con bebés en los que se hace que la madre muestre una cara estática durante un breve período de tiempo cuando interactúa con el bebé (Tronick et al. 1978; Tronick 1998). La reacción defensiva y, en última instancia, desesperada del niño ante la experiencia del rostro inmóvil de su madre debe tener algo que ver con la decepción de una expectativa anterior. Si, en lugar de seguridad y armonía, el niño encuentra la ausencia de lo que esperaba y aún no puede reconocer que está expuesto al dolor de la ausencia, sólo podrá experimentar esta ausencia como un shock. La falta de sonrisa de la madre congela su propia sonrisa (Gurevich 2008, p. 562). Lo que se describe aquí para la ausencia de la sonrisa también se aplica a todas las demás experiencias de ausencia. Sólo necesitamos pensar en una madre que piensa que es correcto dejar que su bebé lllore toda la noche hasta que finalmente se rinde exhausto, para luego sacarlo amorosamente de la cama a la mañana siguiente



como si nada hubiera pasado. Lo que le pasó al bebé en tal noche no consta en ningún archivo, así como tampoco hay demandantes ni jueces por ello. Sin embargo, el abandono absoluto al que estuvo expuesto, sin que los afectos asociados hayan sido adecuadamente reflejados, crea con el tiempo un estado interior que Green (1999) describió en su Clínica de lo Negativo como "angustia blanca y duelo blanco", como traducción de una pérdida vivida en el nivel narcisista.

Los traumas sufridos posteriormente, que incluyen también abuso psicológico o sexual, pueden entonces asumir la función de llenar el vacío psicológico resultante. Porque, en contraste con la experiencia devastadora del vacío, son nombrables y comprensibles en su crueldad, no hay duda de quién es el perpetrador, y la víctima tiene asegurada la compasión. Las quejas (y acusaciones) depresivas, a menudo extremadamente persistentes, de los pacientes límite pueden describirse desde este trasfondo también como "depresión negra", que recubre a una "depresión blanca". Woods (2008, p. 230) describe la misma experiencia con la imagen de una paciente que, en sus sueños recurrentes, se veía a sí misma como un bebé momificado e inmóvil flotando en el espacio.

La angustia de que detrás de un trauma aún tangible o de una experiencia de abandono, por terrible que sea, sólo pueda haber un vacío y la nada, se expresa aún más fuertemente en el sueño de un paciente descrito por Benedetti (1983).

Según la descripción del paciente, este fue el sueño más catastrófico que jamás haya tenido. En este sueño buscaba a un "candidato a la muerte" y lo buscaba en una pirámide. Se dio cuenta que esta pirámide rodeaba a otra más pequeña, que era algo así como su sombra, esta segunda pirámide contenía una tercera dentro de sí, y así sucesivamente. El paciente quería encontrar el núcleo interno de la pirámide, pero al final vio con horror que las pirámides, cada vez más pequeñas, finalmente se disolvían en la nada: no había ningún núcleo interno, simplemente no existía allí. El candidato a la muerte no existía (ibid., p. 50 ss.). En cambio, el paciente se enfrentaba a la nada.

Con un paciente así, según Benedetti, sería inútil analizar este vacío y buscar las experiencias tempranas de angustia que podrían ser responsables del mismo, porque para esto primero debe haber un destinatario, un yo en el paciente, a quien uno pueda comunicar estos insights (ibid.). Por lo tanto, el analista no tiene más opción en este punto que contener esta nada en nombre del paciente, hasta que la experiencia de aniquilación asociada a ella ya no tenga que expresarse en acciones sin sentido que sólo sirven para evacuar lo insoportable.

Hasta entonces, los pacientes límite deben encontrar otras formas de llenar el agujero negro que se abre en su interior para que su falta de base no se haga visible. El apego rígido a una *experiencia traumática padecida* es uno de ellos. Otra es encubrir la angustia a la aniquilación mediante la ira y el odio (para la defensa encubridora, véase Greenson, 1958). De esta manera, la amenaza existencial desde dentro se externaliza y al mismo tiempo pasa de pasiva a activa mediante la inversión de roles. Con Melanie Klein (1946) también podríamos decir que en lugar del objeto bueno ausente y no disponible, se crea un objeto malo presente, hacia el que ahora se dirige toda la ira del paciente límite. Este proceso puede adquirir tal vida propia que luego comience automáticamente con la representación de una separación.

En este contexto, recuerdo a una paciente límite que desarrolló síntomas de esclerosis múltiple durante su terapia psicoanalítica y, como resultado, entró en estados de angustia tan severos que temporalmente ya no pudo estar sola en su apartamento e incluso tuvo que ser ingresada urgentemente en un centro de atención psicosomática. Hice todo lo posible para concertar este ingreso lo más rápido posible y la paciente se despidió de mí visiblemente agradecida, incluso con lágrimas en los ojos. Después de su regreso de la clínica, supe por ella que inmediatamente después de esta sesión se sintió invadida por tal ira estando en su casa que destruyó todo su apartamento. No pudo explicarse esto a sí misma después. Pero tal dolor se apoderó de ella que no le quedó más remedio que agarrar el hacha que aparentemente ya estaba lista. Inconscientemente, la rabieta desmesurada sin duda estaba



dirigida hacia mí. Como me describió más tarde la paciente, en ese momento me experimentó como alguien que la envió a la clínica no por preocupación, sino porque quería deshacerse de ella. Por lo tanto, tuvo que destruir literalmente con un hacha esta sensación aterradora del exterior.

La misma paciente me dijo al hablar de la muerte de su madre, que había fallecido recientemente de cáncer: "Mi madre no debería haber muerto. Ella simplemente murió mientras estuve lejos de ella por un momento. Ella no debería haberme hecho eso. Nunca la perdonaré por eso. Me hubiera gustado tirar su cuerpo por la ventana en ese momento, dado lo mucho que la odiaba". Esta paciente había luchado por el amor de su madre toda su vida y al mismo tiempo la odiaba profundamente porque durante los primeros años de su vida, debido al nacimiento de más y más hijos, no pudo brindarle el amor y el cuidado que absolutamente necesitaba. Probablemente, además, la madre también estaba muy deprimida por ese entonces. La paciente continuó luchando por recibir una atención en la terapia utilizando todos los medios posibles, que no podía ser interrumpida por nada y no podía terminar nunca. El aferramiento obstinado a su acusación enojada hacia mí le impidió por mucho tiempo darse cuenta de que se trataba de un fantasma y que, incluso si yo hubiera querido, nunca podría haber estado disponible de una manera que correspondiera a este deseo fantasmático.

Cuando le pregunté qué pasaría si ella renunciara a este odio recurrente en forma de ola hacia mí, ella habló de sentimientos de vacío que surgirían y que luego ya no podría evitar; y esto era algo que ella temía más que ninguna otra cosa en su vida. Entonces no quedaría nada para mantenerla con vida.

4. La depresión como relleno del vacío

Cuando la ira y el odio ya no son suficientes para protegerse de las angustias catastróficas y si la sensación de vacío amenaza con irrumpir, el paciente debe recurrir a otras formas de defensa que sean adecuadas para llenar el agujero negro de su interior.

Lo que se describe a continuación es la *conservación del objeto perdido en una cripta interior*, la *heroización del sufrimiento* y, antes de que el objeto amenace con perderse definitivamente, la *conservación del afecto depresivo* como un estado interno duradero que llena el abismo interior que se abre con la pérdida del objeto.

La conservación del objeto.

Green describió de manera impresionante lo que se entiende por "conservación del objeto" en su famoso trabajo sobre "La madre muerta" (Green 1983). La verdadera madre no está realmente muerta aquí, sino que está interiormente ausente debido a su depresión. El niño introyecta la imago de esta madre ausente y al mismo tiempo la escinde. Al hacerlo, se transforma en una figura distante, rígida, casi sin alma (Green 1983, p. 205) que no puede ser llorada ni enterrada. En su lugar, surge un vacío interior, en palabras de Green (p. 209), una "*depresión blanca*", que se produce en presencia del objeto y es el resultado de una pérdida narcisista. El principal mecanismo de defensa es la desinvertidura del objeto materno -una muerte psíquica que tiene lugar sin odio (ibid., p. 215). Posteriormente, en palabras de Green, sobre el espacio vacío resultante puede asentarse una depresión "*negra*", que, a diferencia de la depresión blanca, ciertamente puede estar asociada con el odio. Sin embargo, este odio es ya un fenómeno secundario que pretende ocultar la huella que todavía indica este "matar silencioso" (Igra 1992). La interpretación terapéutica de este odio por sí sola, nunca llegará a donde el paciente también dejó su amor, es decir, la tumba de la madre muerta. El paciente pasa su vida cuidando de esta muerta, como si fuera el único responsable de ella. "Como guardián de la tumba y único propietario de la llave de la cripta, cumple con su papel de padre adoptivo que funciona en secreto. Mantiene cautiva a la madre muerta, quien de esta manera sigue siendo enteramente suya" (Green 1983, p. 230). Al mismo tiempo, de esta manera son también desmentidas la fugacidad y la muerte. En cambio, el tiempo se congela en un presente incesante. Y, sin embargo, en palabras de Green, a veces de



forma bastante inesperada, hay una sensación de congelamiento en medio del calor, un escalofrío de muerte que nos recuerda que estamos en la escena de un cementerio (p. 222).

En el mismo contexto, Nicolas Abraham y María Torok (1987) hablan de una cripta interior que existe en secreto, separada del resto de la psique. En ella, la pérdida sufrida de un objeto narcisísticamente irremplazable se encubre con la fantasía de no haber perdido el objeto, sino haberlo incorporado y así mágicamente haber tomado posesión de él al mismo tiempo. "Todas las palabras que no se pudieron decir, todas las escenas que no se pudieron recordar, todas las lágrimas que no se pudieron derramar se tragan junto con el trauma que es la causa de la pérdida. Tragado y *conservado*. El dolor indescriptible crea una "*cripta secreta*" en el interior del sujeto (ibid., p. 551), en la que el objeto perdido se mantiene vivo y se convierte en el centro de un mundo de fantasía inconsciente que lleva su vida en secreto.

La heroización del sufrimiento.

La ausencia del objeto deseado no sólo significa anhelo, sino sobre todo también sufrimiento. En el nivel narcisista, el aumento de esta experiencia de sufrimiento hasta lo ilimitado tiene a menudo el significado de obligar al objeto a venir, como en la escena descrita por Kafka en la que Jesús mira a una persona marcada por un profundo sufrimiento y siente lástima. "Este ya ha sufrido bastante. Este viene a mí", dice y finalmente lo acoge (Kafka, Diarios, 1910-1923). Esta forma de sufrimiento tiene a menudo una cualidad erótica que es difícil separar de una perversión masoquista. El triunfo masoquista experimenta al mismo tiempo una exaltación sexual. Lo que es aún más significativo es la glorificación narcisista que puede acompañar al sufrimiento. La extensión y la intensidad del sufrimiento corresponden a la intensidad del deseo de fusión, que se dirige hacia el objeto idealizado y esperado. El objeto en sí sigue siendo inalcanzable, pero el estado de sufrimiento inducido inconscientemente sugiere que al menos está cerca.

Existe un mito tibetano en el que una persona está condenada a buscar constantemente el objeto deseado y a sufrir un dolor interminable en el proceso. La tortura consiste en que ve el objeto

en lo alto de un árbol y comienza a trepar. En ese momento, las afiladas ramas del árbol giran hacia abajo y lo penetran mientras trepa. Cuando finalmente llega a la copa del árbol con gran dolor, ve el objeto parado al pie del árbol. Mientras baja, las ramas del árbol se giran hacia arriba y comienzan a destruirlo nuevamente.

Esta historia me la contó un paciente con severa perversión sadomasoquista a quien tuve en análisis durante mucho tiempo (Rohde-Dachser, 1986). Sin embargo, la imagen con la que describió su desesperada búsqueda del objeto no puede captarse adecuadamente sólo en este nivel sexual. Indica el anhelo insaciable de un objeto por el cual el paciente se sacrifica al intentar acercarse a él, con la esperanza de que algún día será recompensado con la (re)unión esperada.

La depresión como objeto sustituto y constante compañera interior.

Moser y Zeppelin en el mismo contexto, Zeppelin (2004) y Moser (2009) acuñaron el término "afecto preservado", en el que en lugar de que sea investido el objeto perdido, es investido el afecto predominante que le pertenece (al objeto) y es elegido como compañero interior. Pues el afecto desprendido del objeto y los estados de ánimo emocionales en los que se expresa, están siempre disponibles -a diferencia del objeto- y pueden también emparejarse con la esperanza de que en algún lejano futuro todo se volverá para bien sin tener que comprobar nunca el cumplimiento de esta expectativa (Potamianou 1997). La depresión es el afecto por *excelencia*. Cuando todos los demás medios fallan, el retiro interior a un mundo lleno de la depresión que alguna vez ha estado vinculada con el objeto perdido puede representar una forma final, a veces salvadora, para evitar la confrontación con la nada (Steiner 1993). Lo que entonces vemos en la situación psicoanalítica es una organización defensiva estable y autorreforzada cuyo objetivo principal es mantener el statu quo (Moser 2009, p. 91; véase también Weiß 2009, págs. 20 y siguientes).

El afecto depresivo señala una paralización psicológica inminente o ya existente, combinada con una sensación de parálisis que se extiende desde dentro y llena a toda la persona. La



conciencia también cambia. El pensamiento se produce en medio de un "sueño paralizante" (Moser, p. 99); con la pérdida del sentimiento de poder alcanzar aún el objeto, también se pierde cada vez más la autoestima. El sujeto se queja de sentimientos de no ser amado, de no poder amar, perder el objeto deseado, no ser bueno, no estar a la altura del propio ideal, etc. (ibid.), a lo que se suman sentimientos de vergüenza, culpa y abandono (p. 95). Incapaz de salir de esta parálisis, que se extiende como una decoloración y domina cada situación. El sentido de las cosas se pierde, la experiencia se atrofia (p. 93). Al desactivarse el movimiento hacia el objeto del deseo, también quedan deseos que cuelgan en un eterno círculo de espera (p. 105). Todo esto se basa en un círculo vicioso que, según mi experiencia, caracteriza de manera específica la experiencia de los pacientes borderline: al principio está la decepción continua o la ofensa por un objeto que rechaza la satisfacción de deseos vitales (de atención, espejamiento, seguridad, continuidad) hasta que el sujeto abandona gradualmente las expectativas asociadas. Sin embargo, esto no extingue los deseos asociados con él. Sin embargo, ya no señalan al objeto, sino que sólo se expresan indirectamente en la depresión del sujeto. Con cada nuevo giro hacia el objeto y cada nuevo rechazo, la depresión aumenta hasta que finalmente ocupa el lugar de la relación de objeto como estado afectivo.

En este proceso, el objeto suele ser devaluado agresivamente ("¡Mi madre, nunca tuve nada de ella!"), pero para Moser esto no es una cuestión de odio hacia el objeto, aunque a primera vista pueda parecerlo, porque el odio y el amor son parte de un sentimiento relacional (Moser, p. 46 y ss.). Pero no se trata de relación, sino de la defensa agresiva de la relación, que no se remonta a deseos agresivos hacia el objeto (p. 102). Más bien, hay que alejar el objeto para que no vuelva a convertirse en una amenaza, y para ello hay que despojarlo de su valor. Sólo cuando esto se ha conseguido por completo deja de ser objeto de deseo. Moser ve esto como una forma de regulación de la no regulación conservando el objeto (p. 102), mientras que la tristeza depresiva ocupa un espacio cada vez mayor en el sujeto. El factor decisivo es entonces hasta qué punto se ha

conservado una parte del self que puede contener esta tristeza o una parte del self tiene todavía la esperanza de poder ganarse el objeto algún día (p. 100). Si no es este el caso, la experiencia depresiva puede alcanzar proporciones tales que el suicidio parece a menudo la única salida, habitualmente con la fantasía de ser más feliz en otro mundo. Kristeva (1987/2007) ha expresado esta experiencia de manera impresionante: Para ciertos pacientes, dice, es decir, pacientes con una lesión temprana, no simbolizable, que se manifiesta como un sentimiento narcisista de carencia y miedo al vacío. "La melancolía es en realidad el único objeto, o más precisamente es un objeto sustituto al que se vincula, que, en ausencia de otro, aprecia y cuida. En este caso, el suicidio no representa un acto de guerra disfrazado, sino más bien la unión con la melancolía y, más allá de ella, con ese amor imposible, nunca tocado, que como las promesas de la nada, de la muerte, está siempre en otro lugar" (p. 20).

Para el tratamiento de la depresión límite.

A los pacientes que se caracterizan de la manera descrita aquí, difícilmente se les puede alcanzar al nivel de interpretación del conflicto. En cambio, la regulación de la relación terapéutica tiene prioridad absoluta (Moser 2001). Inicialmente, se trata principalmente de reducir la excitación asociada con la relación terapéutica (Fonagy 2008, p. 140). En la terapia con los pacientes límite, el paciente repite las relaciones que alguna vez tuvo con objetos tempranos y traumatizantes y los experimenta nuevamente como una realidad inmediata. El analista se convierte repetidamente en un perseguidor, un envenenador de la relación o también en un objeto en el que nunca se puede confiar (Moser 2001, p. 118).

El paciente se siente atrapado en esta relación insoportable; pero tampoco puede prescindir de ella. Por muy negativo que pueda parecer el analista en la transferencia, es al mismo tiempo indispensable para el paciente como contenedor de sus proyecciones; de esta manera, a menudo se convierte en el último recurso ante un suicidio que de otro modo sería inminente. Por esta razón, la idea misma de que el analista pueda abandonarlo es insoportable y activa la conducta de



apego del paciente, como una búsqueda desesperada de un agarre seguro que ponga un límite a la entrega a los objetos internos malignos y a la autofragmentación asociada. Requisito indispensable para el éxito de la terapia es, por lo tanto, una relación terapéutica larga y confiable en la que el analista le indica repetidamente al paciente que ha comprendido lo que es más importante para él, es decir, el (re)establecimiento de un self estable, que una vez más está abierto a sus propias posibilidades de acción. Sólo cuando lo haya logrado podrá afrontar sus conflictos internos, que hasta entonces sólo podía percibir como caos o vacío. En mi experiencia, las terapias de los pacientes límite fracasan principalmente porque el analista sobreestima las posibilidades estructurales del paciente y lo trata con interpretaciones de conflicto, mientras el paciente lucha desesperadamente contra el peligro de la autofragmentación. La única opción del paciente es retirarse de la relación terapéutica hacia un refugio interior al que el psicoanalista ya no pueda perseguirlo (Steiner 1993). Allí se siente protegido, aunque al precio de su relación con el psicoanalista, quien en algún momento advierte, para su sorpresa, que el paciente se le ha escapado de modo desapercibido. Los pacientes límite son extremadamente vulnerables debido a sus primeras experiencias traumáticas, aunque no siempre lo demuestran al mundo exterior. Las interpretaciones de cualquier tipo de conflicto se experimentan entonces como si se revolviera una herida abierta. Esto se aplica tanto a la interpretación de los conflictos edípicos como a la interpretación de los conflictos de agresión.

El procesamiento positivo de tales interpretaciones requiere una estructura del yo que los pacientes límite normalmente no tienen, al menos al comienzo de su tratamiento. En estas condiciones, el analista a menudo sólo puede llegar al paciente durante mucho tiempo a través de interpretaciones centradas en el analista (Steiner 1993), en las que aborda los sentimientos y miedos del paciente, que éste le dirige.

De esta manera, el paciente aprende gradualmente a pensar en otras perspectivas, es decir, a mentalizar (Fonagy 2008, p. 140). También para Fonagy, el objetivo de la terapia de los pacientes límite es principalmente construir un self más

robusto y mentalizador (ibid., p. 142). Por lo tanto, representa una visión diferente a la de Kernberg, para quien la *interpretación de la transferencia negativa* en la terapia de los pacientes límite es una prioridad desde el comienzo (Kernberg 1975, 2000). En mi opinión, sin embargo, la transferencia negativa sólo puede ser reconocida y reconsiderada cuando el paciente es capaz de asumir una tercera posición desde la cual puede reflexionar sobre lo que está sucediendo en la relación terapéutica. De antemano, cada confrontación con los propios sentimientos negativos se vive como un rechazo, que en lugar de comprensión sólo conduce a un mayor comportamiento de vinculación. Ciertamente es cierto que la transferencia negativa ocupa una gran cantidad de espacio en la terapia de los pacientes límite, lo que corresponde a violentas contratransferencias negativas por parte del analista (ver también Rohde-Dachser 2004, p. 147 y ss.). En mi experiencia, esto sucede principalmente porque estos pacientes no pueden imaginar que existe otra posibilidad de apego que el, a menudo catastrófico, que ellos mismos han sufrido a lo largo de su vida.

Tarde o temprano, durante la terapia, los pacientes límite entran en contacto con esa forma de ausencia en la que otro, del que dependían completamente en esta situación, sólo era experimentado como ausente y ellos, los pacientes, no podían hacer otra cosa que identificarse con esta ausencia (Green 1975; Gurevich 2008). Una experiencia de esta índole no puede comunicarse con palabras, aunque impregna cada fibra de la experiencia del sujeto. La experiencia de ausencia sólo puede entenderse negativamente, en la negación, en el retraimiento, en lo que en los registros de enfermedades psiquiátricas se denomina diagnóstico "esquizoidea" (Gurevich 2008). El analista también debe ser capaz de utilizar este lenguaje para comprender y crear un ambiente en el que el paciente puede experimentar esta ausencia y en el que puede revivirla. Tarde o temprano el paciente también entrará en contacto con la angustia a la aniquilación que tuvo lugar largo tiempo atrás ante la ausencia de un otro.

Cuando esta experiencia se ha vuelto posible, es decir, en una relación terapéutica sintonizada, se le da significado, simbolización y



confirmación y ya no se hace necesario continuar disociándola (ibid., p. 89 y sigs.). Entonces también es posible transformar lo que se recuerda en una historia auténtica que no puede eliminar el dolor asociado a ella, sino que la convierte en parte de la propia historia de vida de la que ya no hay que huir. Lo mismo se aplica a la experiencia del *vacío*.

A menudo, al paciente le lleva mucho tiempo comprender que el sentimiento de vacío absoluto es parte de la vida, y que este vacío no tiene por qué conducir necesariamente al colapso catastrófico que antes tanto temía. Para hacer esto, tiene que reconocer este vacío dentro de sí y darle un nombre (Britton 1998/2001, p. 209). "Ser y al mismo tiempo conocer la condición del no ser", escribe Rilke en los sonetos a Orfeo (Rilke 1975, vol. 2, p. 759, citado en Britton, p. 211). Para Britton, la experiencia viene del vacío interior, "del contacto con un espacio potencial en el self que nunca ha sido llenado, una esperanza innata y nunca cumplida, una expectativa informe que nunca ha tomado forma" (ibid.). El sentimiento del ser y del conocimiento se restablece cuando este vacío, *la condición del no ser*, deviene representable. Cuando, podríamos añadir, se ha alcanzado un punto en la vida a partir del cual la plenitud y el vacío, la vida y la muerte, el ser y el no ser pueden ser reconocidos y aceptados en su

mutua dependencia, y ya no como opuestos mutuamente excluyentes. En el mismo contexto, Money-Kyrle (1971) habla del reconocimiento de los hechos básicos de la vida, que también incluyen la separación y la muerte; Lacan (1958) de la castración simbólica como reconocimiento de la renuncia a la unidad fantaseada con la madre, que es la entrada que permite el orden simbólico. A los pacientes límite a menudo les lleva mucho tiempo llegar a este punto. Para sobrevivir, se sienten demasiado dependientes del mantenimiento de las estructuras de defensa que establecieron tempranamente. Hoy, sin embargo, el psicoanálisis ha desarrollado toda una gama de enfoques metodológicos para comprender esta obstinada adherencia al status quo. Uno de los más importantes es el cambio en el enfoque psicoanalítico de la expresión lingüística a las producciones dramáticas del paciente. Por tanto, el tratamiento psicoanalítico de los pacientes borderline tiene hoy en día un muy buen pronóstico. Sin embargo, el requisito previo para esto es que el analista esté disponible para el paciente en una relación terapéutica confiable durante el tiempo que el paciente lo necesite. Si nuestro sistema de atención médica proporciona siempre las condiciones necesarias para esto, es otra cuestión. En cualquier caso, el psicoanálisis ha desarrollado los instrumentos de tratamiento necesarios.



Referencias

- Abraham, N., Torok, M. (1987/2001). Trauer oder Melancholie. Introjizieren - inkorporieren. *Psyche - Z Psychoanal* 55: 545-559.
- Amati, S. (1977). Reflexionen über Folter. *Psyche - Z Psycho-Anal.* 31: 22-245.
- American Psychiatric Association (1994). Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-IV). Deutsche Bearbeitung und Einführung von H. Saß, H.-U. Wittchen u. M. Zaudig. Göttingen Bern Toronto: Hogrefe 1996.
- Beeghly, M., Cicchetti, D. (1994). Child maltreatment, attachment, and the self esteem: Emergence of an internal state lexicon in toddlers at high social risk. *Dev Psychopatholog* 6: 5-30.
- Benedetti, G. (1983). Todeslandschaften der Seele. Psychopathologie, Psychodynamik und Psychotherapie der Schizophrenie. Göttingen: Verlag für Medizinische Psychologie.
- Bick, E. (1968). Das Hauterleben in frühen Objektbeziehungen. In E. B. Spillius.(Ed.). *Melanie Klein heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis.* Bd. 1: Beiträge zur Theorie. München u. Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse, 1988.
- Bion, W. R. (1959). Angriffe auf Verbindungen. In Spillius, E. B. (Hrsg.). *Melanie Klein Heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis.* Bd. 1: Beiträge zur Theorie. München und Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse, S. 110-129.
- Bion, W. (1970). *Attention and Interpretation.* London: Tavistock.
- Bion, W. R. (1962/1992). *Lernen durch Erfahrung.* Frankfurt/M.: Suhrkamp.
- Birkstedt-Breen, D. (2003). Time and the après-coup. *Int J Psychoanal* 2003: 1501-1515.
- Blatt, S. J. (1974). Levels of object representations in anaclitic and introjective depression. *Psychoanalytic Study of the Child* 29: 107-157.
- Blatt, S. J., D'Affliti, J. P., et al. (1976). Experiences of depression in normal young adults. *Journal of Abnormal Psychology* 85: 383-389.
- Blatt, S. J., Quinian, D. M., et al. (1982). Dependency and self-criticism: Psychological dimensions of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 50: 113-124.
- Blatt, S., Zuroff, D. (1992). Interpersonal relatedness and self-definition: Two prototypes for depression. *Clinical Psychology Review* 12: 527-562.
- Blatt, S. J., Luyten, P., et al. (2005). Zur Entwicklung eines dynamischen Interaktionsmodells der Depression und ihrer Behandlung. *Psyche - Z Psychoanal* 59: 864-891.
- Bohleber, W. (2000). Die Entwicklung der Traumatheorie in der Psychoanalyse. *Psyche - Z Psycho-Anal.* 54: 797-839.
- Bohleber, W. (2008). Einige Probleme psychoanalytischer Traumatheorie. In Leuzinger-Bohleber; M., Roth, G., Buchheim, A. (Hrsg.). *Psychoanalyse, Neurobiologie, Trauma.* Stuttgart, New York: Schattauer, S. 45-54.
- Bråten S (1992). The virtual other in infants' minds and social feelings. In Wold A. (Hrsg.). *The Dialogical Alternative. Toward a Theory of Language and Mind.* Oslo: Scandinavian Univ Press, S. 77-97.
- Bråten, S. (1998). *Intersubjective Communication and Emotion in Early Ontogeny.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Britton, R. (1998/2001). Glaube, Phantasie und psychische Realität. *Psychoanalytische Erkundungen.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Dahl, H. (1995). An informaton feedback theory of emotions and defenses. In Conte, A., Plutchik, R. (Eds.). *Ego defenses: Theory and measurement.* New York: Wiley, pp. 98-179.
- Dennett, D. C. (1983). *The Intentional Stance.* Cambridge/MA: MIT Press.
- Dornes, M. (2002). Der virtuelle Andere. Aspekte vorsprachlicher Intersubjektivität. *Forum der Psychoanalyse* 18: 303-331.
- Faimberg, H. (2005). Après-coup. Response. *Int J Psycho-Anal* 86: 1-6.
- Fischer, G., Riedesser, P. (1999). *Lehrbuch der Psychotraumatologie:* München, Reinhardt- Verlag.
- Fonagy, P. (2008). Psychoanalyse und Bindungstrauma unter neurobiologischen Aspekten. In Leuzinger-Bohleber; M., Roth, G., Buchheim, A. (Hrsg.). *Psychoanalyse, Neurobiologie, Trauma.* Stuttgart, New York: Schattauer, S. 132-148.



- Fonagy, P., Gergely, G, Jurist, E. L. (2002). Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta, 2004.
- Fonagy, P., Target, M. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *Int J Psycho-Analysis* 77: 217-233.
- Fonagy, P., Target, M. (2000). Mit der Realität spielen. Zur Doppelgesichtigkeit psychischer Realität von Borderline-Patienten. *Psyche – Z Psychoanal* 55(9/10): 961-995.
- Frances, A., Clarkin, J.F., Gilmore, M., Hurt, S.W., Brown, R. (1984). Reliability of criteria for borderline personality disorder. A comparison of DSM-III and the Diagnostic Interview for Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry* 141: 1080-1084.
- Freud, S. (1917). Trauer und Melancholie. *GW Bd. 10*, S. 427-446. Frankfurt/M.: Fischer.
- Furst, S. (1978). The stimulus barrier and the pathogenicity of trauma. *Int J Psycho-Anal* 59: 345-352.
- Gergely, G. (2002). Ein neuer Zugang zu Margaret Mahler: Normaler Autismus, Symbiose, Spaltung und libidinöse Objekt Konstanz aus der Perspektive der kognitiven Entwicklungspsychologie. *Psyche - Z Psycho-Anal* 56: 809-838.
- Green, A. (1975/2000). Analytiker, Symbolisierung und Abwesenheit im Rahmen der psychoanalytischen Situation. In Ders.: *Geheime Verrücktheit. Grenzfälle der psychoanalytischen Praxis*. Gießen: Psychosozial-Verlag, S. 171-214.
- Green, A. (1983). Die tote Mutter. *Psyche - Z Psychoanal* 47: 205-240. Green, A. (1999). *The Work of the Negative*. London: Free Association.
- Green, A. (2002). Die zentrale phobische Position - mit einem Modell der freien Assoziation. *Psyche - Z Pschoanal* 56: 409-441.
- Greenson, R. R. (1953). On boredom. *J. Amer. Psychoanal. Assoc.* 1: 7-21.
- Greenson, R. G. (1958). Über Deckabwehr, Deckhunger und Deckidentität. In Ders.: *Psychoanalytische Erkundungen*. Stuttgart: Klett-Cotta 1982, S. 68-89.
- Gunderson, J., Phillips, K. A. (1991). "A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. *American Journal of Psychiatry* 148: 967-975.
- Gurevich, H. (2008). The language of absence. *Int J Psychoanal* 89: 561-578.
- Gutwinski-Jeggler, J. (2007). Die Depression als "Zeitkrankheit". Wenn Zeiträume nicht zu Spiel- und Denkräumen werden. *Forum Psychoanal* 23: 133-148.
- Hartocollis, P. (1977). Affects in borderline disorders. In P. Hartocollis (Ed.). *Borderline Personality Disorders. The Concept, the Syndrome, the Patient*. New York: International Universities Press, pp. 495-507.
- Herman, J. L. (1992). *Narben der Gewalt. Traumatische Erfahrungen verstehen und überwinden*. München: Kindler.
- Holtzman, W. H., Thorpe, J. S., Swartz, J. D., Herron, E. W. (1961). *Inkblot perception and personality*. Austin: University of Texas Press.
- Hopkins, J. (2000). Overcoming a child's resistance to late adoption: how one new attachment can facilitate another. *Journal of Child Psychotherapy* 26: 335-347.
- Igra, L. (1992). Stilles Töten. Das Konzept der inneren Urszene in der psychoanalytischen Praxis. *Forum Psychoanal* 10: 199 - 212.
- Kafka, F. (1910-1923). *Tagebücher*. Frankfurt/M.: Fischer, 1951
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderlinestörungen und pathologischer Narzissmus*. Frankfurt/M., Suhrkamp.
- Kernberg, O. F. (2000). Die übertragungsfokussierte (oder psychodynamische) Psychotherapie von Patienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsorganisation. In
- Kernberg, O. F., Dulz, B., Sachsse, U. (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart, New York: Schattauer, S. 447-460.
- Klein, M. (1946). Bemerkungen über einige schizoide Mechanismen. In Melanie Klein: *Gesammelte Schriften*. Bd. III, S. 1 - 41. Stuttgart, frommann-holzboog 2000.
- Kristeva, J. (1987/2007). *Schwarze Sonne. Depression und Melancholie*. Frankfurt: Brandes u. Apsel.
- Lacan, J. (1958). Die Bedeutung des Phallus. In Ders.: *Schriften II*. Olten: Walter-Verlag, S. 119 - 132.
- Leichsenring, F. (2004). Quality of depressive experiences in borderline personality disorders: Differences between patients with borderline



- personality disorder and patients with higher levels of personality organization. *Bulletin of the Menninger Clinic* 68: 9-22.
- Leichsenring, F., Sachsse, U. (2002). Emotions as wishes and belief. *Journal of Personality Assessment* 79: 257-273.
- Main, M., Hesse, E. (1990). Parents' unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status: is frightened and/or frightened parental behavior the linking mechanism? In Greenberg, M. T., Cicchetti, D., Cummings, E. M. (Eds.). *Attachment in the Preschool Years: Theory, Research, and Intervention..* Chicago: University of Chicago Press, pp. 161-182.
- Masterson, J. F. (1976). *Psychotherapie bei Borderline-Patienten.* Stuttgart: Klett-Cotta. Money-Kyrle, R. (1971). The Aim of Psychoanalysis. *Int. J. Psycho-Anal.* 52: 103-106.
- Moser, U. (2001). "What is a Bongaloo, Daddy?" Übertragung, Gegenübertragung, therapeutische Situation. Allgemein und am Beispiel „früher Störungen". *Psyche - Z Psycho- Anal.* 55: 97-136.
- Moser, U. (2009). *Theorie der Abwehrprozesse. die mentale Organisation psychischer Störungen.* Frankfurt/M.: Brandes & Apsel.
- Moser, U., v. Zeppelin, I. (1996). Die Entwicklung des Affektsystems. *Psyche - Z Psych-Anal* 50: 32-84.
- Moser, U., v. Zeppelin, I. (2004). Die Regulierung der Beziehung bei „frühen Störungen“ (Borderline-Fällen). *Psyche - Z Psychoanal* 58: 1089-1110.
- Paris, J. (2000). Kindheitstrauma und Borderline-Persönlichkeitsstörung. In Kernberg, O. F., Dulz, B., Sachsse, U. (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen..* Stuttgart New York: Schattauer, S. 159-166.
- Potamianou, A. (1997). *Hope. A Shield in the Economy of Borderline States.* London: Routledge.
- Reddemann, L., Sachsse, U. (1999). "Trauma first!". *PTT - Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie*(1): 16-20.
- Reddemann, L., Sachsse, U. (2000). Traumazentrierte Psychotherapie der chronifizierten, komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung vom Phänotyp der Borderline-Persönlichkeitsstörungen. In Kernberg, O. F., Dulz, B., Sachsse, U. (Hrsg.). *Handbuch der Borderline-Störungen.* Stuttgart New York: Schattauer, S. 555-571.
- Rey, J. H. (1979). Schizoide Phänomene im Borderline-Syndrom. In E. B. Spillius (Hrsg.). *Melanie Klein Heute. Entwicklungen in Theorie und Praxis. Bd. 1: Beiträge zur Theorie.* München und Wien: Verlag Internationale Psychoanalyse, S. 253-287.
- Rohde-Dachser, C. (1986). Ringen um Empathie. Ein Interpretationsversuch masochistischer Inszenierungen. *Forum Psychoanalyse* 2: 44-58.
- Rohde-Dachser, C. (2004). *Das Borderline-Syndrom.* Bern Göttingen Toronto: Hans Huber, 7., vollständig überarb. und erw. Auflage.
- Rudolf, G., Grande, T., Hennigsen, P. (2002). *Die Struktur der Persönlichkeit. Vom theoretischen Verständnis zur therapeutischen Anwendung des psychodynamischen Strukturkonzepts.* Stuttgart: Schattauer.
- Schmideberg, M. (1959). The borderline patient. In Arieti, S. (Eds.): *American Handbook of Psychiatry.* New York: Basic Books. Vol. I, 1959.
- Schneider-Rosen, K., Cicchetti, D. (1984). The relationship between affect and cognition in maltreated infants: Quality of attachment and the development of visual self-recognition. *Child Development* 55: 648-658.
- Schneider-Rosen, K., Cicchetti, D. (1991). Early self-knowledge and emotional development: Visual self-recognition and affective reaction to mirror self image in maltreated and non- maltreated toddlers. *Developmental Psychology* 27: 481-488.
- Steiner, J. (1993). *Orte des seelischen Rückzugs. Pathologische Organisationen bei psychotischen, neurotischen und Borderline-Patienten.* Stuttgart: Klett-Cotta.
- Tronick, E. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant Mental Health J* 19: 290-299.
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., Brazelton, B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *J Am Academy Child Psychiatr* 17: 1-13.
- Van der Kolk, B. A. (1999). Das Trauma in der Borderline-Persönlichkeit. *PTT - Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie* (1): 21-290.
- Weiß, H. (2004). Pathologische Hoffnung und allwissende Verzweiflung - Zur Rolle von Zeitlosigkeit in Borderline-Glaubenssystemen. In



- Gerlach, A., Schlösser A.-M., Springer, A. (Hrsg.).
Psychoanalyse des Glaubens. Giessen:
Psychozozial-Verlag, S. 159-172.
- Weiß, H. (2009). Das Labyrinth der Borderline-
Kommunikation. Klinische Zugänge zum Erleben
von Raum und Zeit. Stuttgart: Kett-Cotta.
- Weltgesundheitsorganisation (1991). Internationale
Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10.
Übers. u. herausg. von H. Dilling, W. Mombour, M.
H. Schmidt, Bern Göttingen: Huber, 2. Aufl. 1993.
- Westen, D, Moses, M.J., Silk, K.R., Lohr, N.E., Dogen,
R., Segal, H. (1992). Quality of depressive
experiences in borderline personality disorders and
major depression: When depression is not just
depression. *Journal of Personality Disorders* 6: 382-
393.
- Winnicott, D. W. (1974). Fear of Breakdown. *Int. Rev.
Psycho-Anal.* 1: 103-107.
- Woods, M. Z. (2008). Entwicklungspsychologische
Überlegungen in der Erwachsenenpsychoanalyse.
In Green, V. (Hrsg.). *Emotionale Entwicklung in
Psychoanalyse, Bindungstheorie und
Neurowissenschaften. Theoretische Konzepte und
Behandlungspraxis.* Frankfurt/M.: Brandes & Apsel
2008, S. 285-310.

