

Otras concepciones: la patología narcisista y el paciente límite.

Texto establecido por Sergio Cánovas Cuenca. Psicólogo Clínico. Psicoanalista.

Sesión docente del CPM en Murcia del 10/10/2015, dictada como **profesor invitado** de dicha institución.

El título de la presente lección da que pensar. La frase *Otras concepciones* parece remitir al hecho de que hay *Unas* y *Otras* concepciones. Tendríamos *Unas* concepciones que remiten a las *Neurosis de Transferencia*, *Las Perversiones* y las *Psicosis*. Estas serían *Unas* patologías. Son las patologías que sirvieron para elaborar la teoría psicoanalítica freudiana. Luego, las *Otras*. Como si debiéramos pensar que se trata de otro continente clínico y teórico.

Yo tengo la impresión de que en Psicoanálisis hay un Patocentrismo que consistiría en que *Un Psicoanálisis* tiene un valor especial en la formación, que es el freudiano y que luego hay *Otras* realidades clínicas y teóricas.

Tengo la seguridad de que no se puede ser psicoanalista sin el conocimiento exhaustivo de la obra freudiana pero también la impresión de que esto funciona en el proceso formativo, o puede funcionar, como si la clínica pudiera concebirse de un modo categorial y no dimensional.

Estoy de acuerdo en las posiciones de L. Hornstein y Hugo Bleichmar quienes piensan en una realidad clínica compleja lo que repercute en el modo menos *fijo* de concebir la teoría, en palabras de Hornstein, haciendo del pensamiento de Freud un modo de autorizarse teórica y clínicamente y no tanto **usándolo** como un fundamento de la teoría para la práctica clínica.

La clínica del narcisismo está muy ligada a las disputas teóricas en el psicoanálisis.

En *La práctica convulsionada: clínica del narcisismo*, Hornstein se refiere desde el primer párrafo, como quien dice, a los analistas y a sus diferencias, al enfocar el problema teórico y de la clínica del narcisismo, como si al hablar de ello se corriera el riesgo de poner en juego las diferencias de los psicoanalistas y en consecuencia su narcisismo. A renglón seguido Hornstein afirma que la práctica está convulsionada pero que es necesario enfrentarla, resolverla y hacerlo, según él, desde un paradigma de la complejidad, esto es, desde un enfoque que no esté cerrado a un diálogo con otras disciplinas y ciencias.

¿Qué ha pasado para que los autores psicoanalíticos y los clínicos puedan describir y dejar constancia en sus textos de algo parecido a lo que podríamos llamar un cambio en los pacientes, unos pacientes que parecen difíciles y que cuestionan las teorías?

Hay que decir que este cuestionamiento se lo hacen los psicoanalistas desde hace décadas y a lo largo de estas décadas ha habido respuestas diversas, algunas de hace cincuenta años otras de hace 20 o menos.

Hornstein en el texto citado se pregunta:

¿Cómo es hoy nuestra subjetividad?

Se trata de una pregunta que en un primer momento nos conduce a pensar por la cultura, por los signos de los tiempos, una pregunta por los cambios sociales y cuya respuesta en consecuencia estaría dada desde la poesía, la literatura, básica y principalmente, desde el relato.

En la actualidad ¿podemos decir que vivimos en un mundo en el que las personas tenemos una subjetividad diferente a la de las personas que vivían en nuestro medio hace 50 años? Casi cualquiera se inclinaría a decir, que naturalmente, que hay diferencias, e inmediatamente podríamos hablar de adelantos técnicos y cosas así. En algún momento invoca, en ese u otro artículo, a Gilles Lipovetsky, en concreto a su libro *La era del vacío* y entonces se ve qué clase de respuesta y discurso es en el que se apoya Hornstein para pensar los cambios de la subjetividad como algo con lo que al menos yo ya estaba de acuerdo desde antes de leérselo:

Después de la segunda guerra mundial las personas no nos representamos con la metáfora de una máquina, el reloj menciona él sino como un fluido.

Para mi Hornstein acierta a situar la respuesta a la pregunta por la subjetividad en el terreno de la **representación**, en cómo nos representamos a nosotros mismos a partir de los materiales significantes que nos aporta la cultura. Y me parece acertado porque **al situar la subjetividad en el espacio de la representación nos situamos en el terreno del self** porque como *estructura del narcisismo* está ocupado precisamente en la representación del si mismo y en la representación de las exigencias de la realidad, principalmente de los otros, procesando como si fuera la interfaz entre la realidad interna y la externa, como el área de proyección de la relación y sus consecuencias de ambos.

A partir de ese momento otros textos y autores vienen a nuestra memoria tales como los textos de Zygmunt Bauman y sus obras, tanto o más conocidas que la anteriormente citada de Lipovetsky: *Vida Líquida*, *Amor Líquido*,... títulos que aluden también a la metáfora referida por Hornstein relativa al flujo, a lo fluido, a lo multiforme.

En definitiva, considero que está muy bien traída esa metáfora para indicar el modo en que nos representamos a nosotros mismo a lo largo de las últimas generaciones.

Teniendo en cuenta esto, que el mundo ha cambiado y que ha cambiado el modo que tenemos las personas de representarnos nuestro self Luis Hornstein se pregunta

¿Estamos atendiendo bien las patologías del narcisismo?

¿Estamos actualizados o seguimos como si el mundo no hubiera cambiado?

¿No serán viejos nuestros paradigmas?

¿Cómo es hoy nuestra subjetividad?

¿Un mecanismo de relojería, como lo era en el siglo XVIII?

¿Una entidad orgánica, como en el XX?

No. Hoy la metáfora para nuestra subjetividad es un flujo turbulento.

A partir de estas reflexiones nos va quedando claro que las patologías del narcisismo serían patologías emergentes porque ha habido un cambio de la subjetividad conforme a los cambios culturales. En definitiva nos encontramos con pacientes cuyo sufrimiento está ligado al hecho de que el modo como se siente el paciente no se corresponde a *como se debe ser*.

Quien quiera que tenga una experiencia clínica que perdura a lo largo de al menos dos décadas comprueba cómo va creciendo la demanda que se expresa de ese modo: no soy como me gustaría ser, no me resigno a vivir sin la potencia que había en mi antes de tal o cual evento.

La forma que ha adquirido el sufrimiento es que las fallas que por exceso o defecto pueda haber habido en la crianza del paciente están muy resaltadas por las demandas y los valores actuales. No es que nuestros pacientes sólo nos expresen así su sufrimiento, porque siguen existiendo las neurosis de transferencia tal como las estudiamos pero con esos pacientes hoy, con nuestras teorías y con sus demandas vemos, al lado de esas problemáticas de las pulsiones y sus defensas, problemáticas que son del narcisismo, a veces más graves como en pacientes borderline, y a veces problemáticas en las que nada se puede entender en el paciente si no se tiene una visión incluyente de lo narcisístico para valorar los conflictos y defensas en general.

No es que antes no hubiera problemáticas narcisistas es que el contraste que hacia el sujeto entre quien era y los valores predominantes ponían de relieve formaciones sintomáticas diferentes.

Paralelamente a esto podemos decir que también se ha producido un cambio en la subjetividad de los psicoanalistas ya que cada vez es más frecuente que podamos leer sobre la necesidad de atender lo que dicen las otras ciencias sobre el ser humano: neurociencia, ciencia cognitiva, psicología del desarrollo, física...

Si nos fijamos podemos ver que se trata de mantener un diálogo con los descubrimientos que las diferentes ciencias van haciendo y esto plantea el problema de que no podemos quedarnos fijados a nuestros conceptos como lo estamos a nuestras fijaciones libidinales porque eso convertiría nuestra experiencia clínica en una práctica funcional y estereotipada. Otra posibilidad es que en ese diálogo con otras ciencias, más que diálogo, apertura, se llegue a un eclecticismo que acepta todo.

En definitiva que

... nuestras viejas ideas nos aprisionarían si no se ponen al día.

Y si lo anterior rige en relación a la apertura a las otras ciencias un tanto de lo mismo pasa con los diferentes paradigmas psicoanalíticos. Y este diálogo entre paradigmas es necesario porque los cambios en la subjetividad en las últimas décadas han puesto a prueba los límites de la capacidad explicativa de las teorías psicoanalíticas, es decir, la capacidad para penetrar en el nuevo conocimiento que exigen las nuevas realidades y en esa encrucijada científica de nada sirven la exaltación de las pequeñas diferencias y las afirmaciones teóricas totalizantes que hacen que haya una sola perspectiva desde la que haya que construir de nuevo todo el psicoanálisis.

Yo siempre digo que es necesario como psicoanalistas volvernos políglotas de los diferentes paradigmas psicoanalíticos.

Narcisismo Primario en Freud .

Las tres vicisitudes de la libido narcisista: el estigma narcisista.

Stephen A. Mitchell.

El concepto de narcisismo fue introducido por Freud en 1914, en el texto Introducción del Narcisismo. Acababa de producirse la deserción de Jung del movimiento psicoanalítico. La introducción del concepto de Narcisismo respondió al intento de Freud de ampliar la teoría de las pulsiones dentro de la teoría general de las neurosis de manera que pudiera responder por la etiología de la esquizofrenia colocando a ésta en el ámbito de la teoría de las pulsiones.

Si nos fijamos el propio Freud, que tenía conciencia de que había trastornos mentales que explicar se puso a la tarea de la investigación teórica con la finalidad de dar respuesta nueva, modificando la teoría para siempre, y de qué manera, ya que estos cambios le llevaron a postular en unos pocos años una nueva teoría del aparato psíquico.

Freud propone que en el desarrollo libidinal la fase de las relaciones de objeto como la postulaba, era una fase secundaria, posterior a una primaria en la que todos los deseos del bebé se dirigían al propio bebé, en esa fase de indistinción entre lo externo y lo interno, entre el infans y la figura de apego. **Esto venía a poner al narcisismo como fase en una posición previa a la fase de relaciones objetales.** A partir de ahí se explicaba la esquizofrenia como un retorno o regresión de la libido desde las relaciones objetales al yo teniendo así una libido narcisista lo que sería responsable del retrainimiento del yo y de la **frecuente desconexión en la esquizofrenia**, según le parecía a Freud.

De manera que la libido antes de ser libido objetal era libido del yo, salía del yo a los objetos y podía volver regresando al yo. Pero eso no es lo único que podía hacer la libido narcisista sino que tenía tres destinos en total:

p.210 Vicisitudes de la libido narcisista

1. Como venimos diciendo una parte de la libido narcisista **se transforma en libido objetal**, y se trata de una **sustitución de la autogratificación** por gratificaciones proporcionadas por las figuras de apego en la función de objetos libidinales.

2.-Parte del narcisismo primario **se conserva en su estado original** depositada en el yo que funciona como un reservorio de libido desde el cual puede desplazar libido hacia los objetos en forma de libido objetal amando al objeto porque se lo idealiza es decir amándolo sobre el modelo exaltado y grandioso de uno mismo y no porque el otro sea el apoyo que permite el goce pulsional permite el goce

3.-Parte de la libido narcisista **se enraiza en el Ideal del Yo**. Si bien llega un momento en que las ideas ilusorias que el bebé puede tener acerca de su lugar en el mundo las tiene que resignar porque poco a poco no puede engañarse con todo, si

puede no obstante cumplir con los valores y las expectativas de los padres y desde ahí encontrar la satisfacción un sentimiento de integridad y sobre todo de perfección.

Siguiendo a Mitchell la característica común de estas **tres vicisitudes de la libido narcisista** es el “exceso de valoración” lo que Freud denomina “ el estigma narcisista”

(p91)

Ya sea que se trate de uno mismo, del self deseado o de la persona amada, se considera que el objeto posee más cualidades de las que revela la realidad.

De esta manera, en el sistema de Freud, **el narcisismo implica la atribución de valores ilusorios.**

Es decir que el narcisismo se expresa como **ilusión narcisista**. Y para avanzar en nuestro razonamiento con este concepto, fijémonos en el concepto de ilusión.

Para Freud **la ilusión narcisista** no siempre se **refiere a uno mismo**, sino que a veces se trata de una ilusión narcisista **sobre el otro** (la ilusión narcisista sobre el otro, la idealización, es el producto de la sobrevaloración ilusoria que el sujeto hace de sí mismo pero proyectada en las personas amadas o admiradas), y esto conlleva el peligro de que en la relación con el sujeto idealizado como no se trata de una relación del self con esa persona sino con lo que es propio y previamente proyectado, en consecuencia, **cuando hay una pérdida de esa persona amada entonces hay una pérdida de libido del yo que nunca volverá.**

Freud consideraba que **la ilusión narcisista tenía un carácter defensivo y suponía un alejamiento de la realidad.**

En mi opinión esto pasa frecuentemente desapercibido cuando pensamos en el narcisismo..

El Narcisismo en Kernberg

Kernberg y más aún sus seguidores tienen un concepto del funcionamiento **de las ilusiones narcisistas como defensas igual que Freud.**

Kernberg distingue entre un narcisismo normal y uno patológico.

En el intento de trabajar las patologías narcisistas, se centra principalmente en el narcisismo patológico pero admite **que el self necesita de una cierta investidura libidinal narcisista** porque si no, no podría formarse de **forma integrada y no podrían darse los procesamientos normales del self y sus representaciones y estima de sí.**

El Narcisismo patológico para Kernberg está producido por la respuesta defensiva ante las fantasías destructivas del bebé, y **esa respuesta defensiva está constituida por las ilusiones narcisistas que son de dos tipos:**

La idealización y la grandiosidad.

la idealización, constituye la defensa ante la **ansiedad persecutoria** y la furia desenfadada hacia los objetos malos;

y la grandiosidad constituye una defensa “maníaca” contra la **ansiedad depresiva** por sentirse pequeño, impotente, desamparado y de depender humillantemente del otro.

Las ilusiones narcisistas constituyen una defensa que se levanta dentro del niño, en su lucha contra ansiedades paranoides y depresivas; las ilusiones se forman a partir de la fusión patológica del yo ideal con el objeto ideal y la imagen verdadera del self

Las ilusiones narcisistas defienden por tanto de las ansiedades persecutorias idealizando y de las ansiedades depresivas con la grandiosidad.

Kernberg, siguiendo la línea de Klein, considera que éstos son mecanismos de defensa primitivos que con frecuencia funcionan junto con otros mecanismos de defensa, también primitivos **como la escisión, y la identificación proyectiva.**

Las ilusiones se forman a partir de la fusión patológica del yo ideal con el objeto ideal y la imagen verdadera del self.

¿Cómo funcionan las ilusiones narcisistas?

El infante está agobiado por la fuerza de sus pulsiones agresivas, por su propia falta de tolerancia a los propios estados agresivos **y por las severas frustraciones en los primeros años de vida.**

Es importante que veamos en este punto, que la afirmación **una severa frustración en los primeros años de su vida** es la causa que Kernberg reserva **a la acción de los otros.** El otro aparece frustrando.

Esta visión de Kernberg sitúa la aparición de las ilusiones narcisistas en el marco de la teoría de las pulsiones, es algo intrapsíquicamente determinado y las ilusiones aparecen para proteger al sí mismo y a los otros de la agresividad propia.

En este marco podemos ver que la participación de los padres se limita a que el bebé les dirige su pulsión agresiva, se la proyecta fantaseando que es el bebé quién la va a recibir, o los quiere proteger de dicha pulsión. De modo que para el bebé, o él mismo o el otro, proyectivamente, son sádicos.

El otro o es un sádico o tiene una importancia menor en la teoría del narcisismo patológico de Kernberg.

Porque para Kernberg el otro nunca es fuente ni de esperanza, ni de ilusión placentera, como en Winnicott, ni tampoco espera consuelo de manera que el bebé se conduce como quien cree que es **mejor no esperar nada, no desear nada y desvalorizar todo lo que lleguen a ofrecerle.**

Lo que por cierto parece la conducta del sujeto con estilo de apego evitativo.

En el enfoque de Kernberg el otro es un objeto, el otro no actúa llevado por sus propias motivaciones, ni por el deseo de atender a su bebé. En el enfoque de Kernberg el otro está parado y es un mero señuelo para que el bebé crea algo sobre él, o bien que el objeto lo va a destruir o que va a ser destruido por él y por esa creencia va a tener que desarrollar técnicas defensivas.

Se trata de una versión intrasubjetiva en la que el otro no existe sino que existe un objeto.

Así, según la descripción que Mitchell hace del enfoque de la patología narcisista de **Kernberg**

las ilusiones narcisistas protegen al paciente del terrible estado en el cual pasó gran parte de sus primeros años, cuando dependía del cuidado y la protección de los demás y a pesar de ello vivía **siempre insatisfecho, estafado y enfurecido**. (lo que ahora recuerda ahora al apego ansioso ambivalente).

Para Kernberg el niño se pasa la infancia asustado con su agresividad.

Vemos aquí que no tiene importancia alguna, prácticamente, si eso ocurrió o no, y no se contempla de una manera seria que la intervención o ausencia de intervención de la figura de apego pudo ser verdaderamente impactante e incluso traumática.

Con el self grandioso eliminaría el sufrimiento por depender, por verse obligado por el objeto y **puede así dejar de estar con rabia e insatisfecho** permanentemente. Es decir que para Kernberg el niño está enfadado por depender.

Esta cuestión de **la dependencia y la fusión** apela a la creencia de que el **Narcisismo Primario es un estado de fusión perfecta, de omnipotencia que le fastidia haber perdido y por eso estaría enojado dando lugar a la ilusión narcisista** para defenderse de la posibilidad de destruir al otro o de ser destruido por la previa proyección de la pulsión agresiva.

Quizás cabría representarse el Narcisismo Primario como la fase en la que no existiendo el lenguaje verbal, todo el proceso del desarrollo-del-self-y-del-otro ha sido procesado con la memoria procedimental, no con la memoria explícita y acaso esto sea lo decisivo en el desarrollo y de lo que depende la cohesividad y estructura, integrada o no del self, en el marco de los aprendizajes sin conciencia acerca de los modos de estar con el otro.

Según Luis Hornstein, Kernberg diferencia cinco niveles de perturbación narcisista, según el self conserve su integración o no.

El self conserva su integración :

1. **en las neurosis de transferencia y de carácter y la perturbación narcisista se da porque los conflictos neuróticos obstaculizan las relaciones entre las instancias psíquicas**, y ese entorpecimiento, esa falta de fluidez entre instancias **se traduce en un aumento de la presión superyoica y disminuyendo la capacidad sublimatoria**. La presión superyoica aumenta cuando el superyó exige más ya sea desde la instancia crítica o desde el ideal del yo.

2. En algunos casos de homosexualidad, el sí mismo adopta las características de un objeto internalizado patógeno, con cierta indiscriminación entre las representaciones objetales y los objetos externos.

3. **En las personalidades narcisistas el vínculo ya no se establece, entre el sí mismo y un objeto, sino entre un sí mismo grandioso patológico y su proyección sobre los objetos.** Como puede verse en estas el otro es un mero señuelo que permite al self grandioso relacionarse con un otro que es su propia proyección.

En estos tres niveles **el sí mismo se conserva integrado** aún cuando permanezca fijado a una etapa infantil.

El self no conserva su integración en:

4. Las personalidades fronterizas carecen de un sí mismo integrado y tanto **las representaciones del sí mismo como la de los objetos están disociadas.** Sus vínculos son inestables.

5. En los cuadros psicóticos, la representación del sí mismo y la de los objetos están **fusionadas.**

Para Kernberg los pacientes borderline se caracterizan por síntomas de

*debilidad yoica,
predominio del proceso primario y
operaciones defensivas específicas.*

El paciente borderline tiene dificultades para procesar las introyecciones e identificaciones positivas y negativas y esto acarrea mayor impulsividad, mayor tendencia a la acción, relaciones inestables con los otros e imposibilidad de estar solo, manifestaciones psicóticas en ciertas circunstancias, tendencia a los trastornos de identidad y a conductas autodestructivas y heterodestructivas.

La predominancia de la identificación proyectiva y las escisiones debilita la diferenciación entre el sí mismo y los objetos externos.

Kernberg subraya la falta de empatía y la falta de relaciones que no sean las destinadas a cumplir funciones narcisistas.

El narcisismo defiende de los sentimientos destructivos hacia aquellos de los cuales se podría **depender**, a través de una **autosuficiencia** que intenta negar el coste por estar separado de los demás, así como los sentimientos de rabia y envidia. (eso resulta ser consecuente del apego evitativo en la infancia y en la edad adulta)

La patología del yo grandioso sirve para proteger al paciente de su propia devaluación e incapacidad de aceptar la autonomía de la otra persona.

El analista debe trabajar sobre las resistencias narcisistas que niegan su existencia como dependiente y autónomo.

Mientras que para Kohut el self grandioso y *la imago parental idealizada* reflejan la fijación de un self arcaico pero normal, Kernberg no piensa que eso sea del narcisismo infantil normal sino que es el producto de un devenir patológico.

No resultan de una ausencia de ciertas estructuras sino de la presencia de estructuras patológicas.

No hay una carencia como en Kohut sino una presencia de procesos patológicos.

Acepta que los pacientes narcisistas fueron tratados por sus padres de una manera fría, **pero las identificaciones introyectivas fueron alteradas por distorsiones de las figuras parentales debido a su propia agresión hacia sus padres.**

Kernberg privilegia la interpretación de la transferencia negativa, la hostilidad y las expectativas grandiosas.

El Narcisismo en Kohut Narcisismo, Hornstein L.. p218

Para Kohut ya no se trata del yo. No está negada la existencia del yo freudiano sino que como otros autores, como por ejemplo Winnicott, se vale del concepto del self entendiendo al **self como una estructura yoica propia del narcisismo** que está constituida a partir de la representación que se genera como consecuencia del proceso de transformación de los objetos-del-self dando lugar a una "internalización transmutadora", que **crystaliza en el self nuclear del niño.**

Los objetos del self se integran por transmutación en un self cohesionado

Es decir que para Kohut no tenemos al yo y a los objetos sino que tenemos al self y a los **objetos-del-self**. Repito, todo esto como estructura con la que se puede dar cuenta **de la motivación narcisista** del sujeto humano, bebé o adulto.

La característica principal de estos objetos del self es que **son vivenciados como partes del sí mismo** (habría que añadir, para precisar, con la memoria procedimental) y aunque los objetos del self son partes del self se requiere de una presencia de la figura de apego para ser el soporte de esa dinámica del bebé mediante la cual va a ir construyendo su propio self.

Estos objetos del self son de dos tipos:

Los objetos del self son el **objeto especular** y el **objeto omnipotente idealizado** (imagen parental idealizada).

los **especulares** son los que confirman el sentido de vigor, grandeza y perfección del niño y la **imagen parental idealizada** a la que puede admirar y con la que puede fusionarse adquiriendo una imagen de serenidad, infalibilidad y omnipotencia.

Soy grandioso yo o es grandioso el otro y me fusiono con él.

Evolución normal (no patológica) del self para Kohut

En un primer periodo los desafíos predominantes tienen que ver con el establecimiento de un sí-mismo **firme y cohesivo**, con la preservación de la autoestima y **la transformación de las relaciones con los objetos del sí mismo, de modo tal que se conviertan en otros separados.**

Esto sería un desarrollo normal.

Sí no se desarrollaron estructuras del sí mismo más o menos estables, surgirán las estructuras defensivas y compensatorias reactivas ante esta falla.

Solo quienes lograron desarrollar un self cohesivo podrán padecer de las neurosis de transferencia en las cuales predomina el conflicto edípico. Esto quiere decir que para Kohut a veces no se alcanza ese grado de integración, es decir que algo ha interrumpido un *desarrollo* que considera normal y de hecho para Kohut la terapia de los trastornos narcisistas tiene que permitir **desarrollar aquello que falta**, que está en déficit, a través de la posibilidad de que el paciente invista como objeto del self, unas veces para idealizar y otras para permitir su grandiosidad al analista.

Para Kohut es mediante la frustración óptima, como el objeto es conocido en su alteridad, resistente al narcisismo, pero también como fuente de deseo y de placer. Sugerente de Winnicott.

Kohut sugiere así que una de las operaciones, de las más delicadas que tiene que **afrontar el infans es el descubrimiento de que self y el otro son partes separadas.**

Respecto de la etiología de la patología de lo narcisista Kohut sitúa principalmente **algún grado de ausencia o no respuesta del objeto del self que desencadena hostilidad** en relación con el otro. Vemos aquí de nuevo naciendo la hostilidad de la mala actuación de la figura de apego, pero de alguna manera, sin más precisiones.

La angustia resultante es una angustia de desintegración.

Si el self no tiene una buena construcción entonces lo que está en juego es la existencia como sujeto psíquico. Esta angustia es para Kohut **previa a la angustia de castración** y al complejo de Edipo, estructura relacional para la que se necesita un self cohesivo.

De manera que en las patologías narcisistas las problemáticas emergentes generadoras de angustia **no tienen que ver con el retorno de lo reprimido** sino que

la supervivencia esté en peligro en el caso de que no se pueda mantener un self cohesivo.

En la patología narcisista no causa angustia lo que proviene de lo inconsciente y quiere entrar mediante un síntoma, obsesivo o evitativo por ejemplo, en la conciencia, sino que es algo mucho anterior y más grave, es vivir o no psíquicamente hablando, con un sentimiento de identidad y continuidad temporal en el presente.

Hay convergencia con Winnicott en lo que concierne al desarrollo, al self, a la psicopatología y a la cura.

Para Winnicott, el self se forma y se integra en el yo gracias a los cuidados maternos. Está constituido por partes que son unificadas gracias al ambiente facilitador. La madre refleja lo que ve en el niño y el niño, mirándose en esa mirada, va desarrollando un sí mismo que se siente amado y conocido tal como es; la actividad creadora ligada a la búsqueda de sí permite lograr un verdadero self.

p223

Los trastornos narcisistas suelen implicar perturbaciones en la autorrepresentación. Como el sentimiento de sí tiene que ser afirmado por el otro, una respuesta no empática o no confirmatoria del otro puede producir una sensación de vacío, e incluso, la descomposición del self. Esto trae como resultado la búsqueda de una ilusoria autosuficiencia que entran en conflicto con el anhelo de confundirse con el otro, incluso de ser esclavizado (Modell, 1984).

La patología no es del narcisismo sino de las estructuras del sí mismo (deficiencias o estructuras defensivas), debido al investimento narcisista deficitario.

Kohut diferencia entre los trastornos secundarios y primarios del self.

Los trastornos secundarios son las reacciones de un sí mismo integrado frente a las vicisitudes de la vida, a la enfermedad física y /o a las restricciones impuestas por los síntomas e inhibiciones de las neurosis.

En los trastornos primarios del self hay diversos grados.

En la esquizofrenia el self ha perdido su integración y carece de defensas que encubran la deficiencia.

En los estados fronterizos, el self también ha perdido la integración de modo permanente, pero esa deficiencia está recubierta por estructuras defensivas relativamente eficaces.

En los trastornos narcisistas de la conducta, se caracteriza por el predominio de conductas perversas, delictivas o adictivas.

En los trastornos narcisistas de la personalidad predominan el debilitamiento o distorsión seria del self manifestada por síntomas tales como la hipersensibilidad a los desaires, hipocondría o depresión.

En estas dos formas de trastornos narcisistas (de la conducta y de la personalidad) se producen las transferencias narcisistas (con un objeto del

sí mismo) y su elaboración constituye el núcleo del proceso analítico. Son entonces analizables.

p.224 Kohut distinguió otros síndromes, [acaso los trastornos secundarios](#).

Las personalidades hambrientas de espejo que requieren objetos del sí mismo que respondan con admiración y confirmación.

Los hambrientos de ideas que buscan personas a las que admirar por su prestigio, poder, belleza, inteligencia o virtudes morales; solo se sienten valiosos vinculándose a personajes idealizados.

Los que anhelan la fusión, por la **fluidez de los límites entre ellos y los demás**, requieren fusionarse a objetos. Tal necesidad interfiere en su capacidad para discriminar sus pensamientos deseos e intenciones de los del objeto del sí mismo. Como experimentan al otro como partes de sí les resulta difícil tolerar su independencia. Son especialmente vulnerables a las separaciones y exigen la presencia continua del objeto del sí mismo

Las personalidades que evitan el contacto no se aíslan por desinterés sino, al contrario por un interés demasiado intenso, que las vuelve muy sensibles al rechazo y temerosas de quedar absorbidas por su necesidad de apego.

Hay dos variantes,

las personalidades esquizoides que para mantenerse a una distancia emocional segura emplean el distanciamiento mediante **la frialdad y la superficialidad emocionales** y

las personalidades paranoides, que mantienen la distancia emocional mediante la **hostilidad y la suspicacia**. Así se protegen de una fragmentación prolongada, un debilitamiento o una seria distorsión del sí mismo.

En los trastornos narcisistas para Kohut no se trata de conflictos entre estructuras sino que lo que está alterado y es deficientes son *las estructuras self*

Esas estructuras del self pueden ser defensivas y compensatorias (Kohut 1977):

*Utilizo el término **estructura defensiva** cuando su función única o predominante es la de encubrir la deficiencia primaria en el sí mismo y hablo de **estructura compensatoria** cuando, en lugar de limitarse a recubrir una deficiencia en el sí mismo la compensa*

El analista actuando como objeto del self (en el contexto de las inevitables **transferencias especulares e idealizadoras**) **permite que se retome el desarrollo, traumáticamente interrumpido, de la estructura del sí mismo**. El paciente utiliza al terapeuta como objeto del sí mismo sustitutivo de sus estructuras psíquicas deficientemente desarrolladas.

Kohut entiende las **transferencias narcisistas** como intentos de paliar un déficit de los objetos originarios. Su meta terapéutica es develar las relaciones entre frustración **narcisista, agresividad y reactivación** de demandas narcisistas en la relación transferencial.

p 226 Kohut encontró que las expectativas, necesidades, exigencias y fantasías se agrupaban alrededor de **dos tipos de vínculos transferenciales**.

En la transferencia especular se busca la aprobación, la admiración y el refuerzo de su autoestima.

En la transferencia idealizadora los pacientes se apegan al analista, al que ven como un ser omnipotente y perfecto, para participar de esa grandeza y perfección.

Estas expectativas y necesidades, cuando se consideran satisfechas, brindan al paciente cohesión, vitalidad y autoestima, así como las desilusiones generan “rabia narcisista”.

Kohut reconstruyó los traumas infantiles que dieron origen a esas organizaciones defensivas.

Postuló que la transferencia especular estaba relacionada con el “self grandioso” infantil y la idealizadora lo estaba con la “imago parental idealizada”.

En la transferencia especular se revive la necesidad de una fuente de aceptación-confirmación a la que el objeto-del-sí-mismo respondió de manera deficiente;

en la transferencia idealizadora, se reactualiza la necesidad de fusión con una fuente de fortaleza y serenidad; **en la especular**, convertir el narcisismo arcaico en una forma más madura implica una regulación más estable de la autoestima; **en la idealizadora**, esta transformación permite el autocontrol por la “internalización transmutadora” de los valores y los ideales.

La meta del análisis es la reactivación de las transferencias narcisistas para permitir un desbloqueo de las estructuras detenidas en el desarrollo.

Las transferencias narcisistas difieren de la transferencia neurótica en el hecho de que el analista es utilizado respecto de necesidades narcisistas de idealización o confirmación de sí (espejo). Son movilizaciones de configuraciones arcaicas. Postularlas es postular a la vez que pasa a ser analizable una franja de sujetos que antes no lo era.

La empatía tal como es definida por Kohut, es un modo de escucha que va más allá de la identificación: no se trata de reconocerse en el otro, ni de que el psicoanalista se pregunte qué haría o sentiría en su lugar, **sino de aprehender su punto de vista subjetivo**. El psicoanalista forma parte de aquello que observa, no es una pantalla de proyección sino un lazo arcaico.

Las interpretaciones clásicas no tienen efecto en pacientes que se sienten heridos o incomprendidos.

El analista será utilizado como función y no como objeto de proyección.

Esa utilización, más que ser un obstáculo, es una manifestación de la problemática del paciente, al que no se lo debe frustrar sino satisfacer en su demanda.

El narcisismo desde la teoría de la complejidad. Luis Hornstein.

Se dice que un sistema es complejo cuando está compuesto por varias partes interconectadas o entrelazadas y esas conexiones por el solo hecho de existir aportan o crean una información adicional que estando ahí no resultaba visible si no se ve que esas partes están relacionadas y como resultado de esas interacciones entre elementos, surgen propiedades nuevas que no pueden explicarse por los elementos aislados.

En un sistema complejo, existen variables ocultas cuyo desconocimiento nos impide analizar el sistema con precisión. Así pues, un sistema complejo, posee más información que la que da cada parte independiente. Para describir un sistema complejo hace falta no sólo conocer el funcionamiento de las partes sino conocer el funcionamiento del sistema completo una vez relacionadas sus partes entre sí.

La clínica del narcisismo no puede ser abordada sino desde el paradigma de la complejidad.

El intercambio con la neurociencia, las ciencias sociales, la psicología cognitiva, la física y otras ciencias con la epistemología de hoy es más necesario que nunca, y en este diálogo hay que evitar la autosuficiencia por parte de los psicoanalistas.

Las neurociencias y las ciencias sociales cuestionan al psicoanálisis.

Hablan de desequilibrios neuroquímicos pero no es lo único que existe determinando la vida de las personas porque están la herencia, la situación personal, la historia, los conflictos neuróticos y humanos, las condiciones histórico-sociales y las vivencias.

De un lado la causalidad biológica y de otro la histórico cultural pueden **confluir en la causalidad psíquica pero no reemplazarla** porque no es posible ninguna inferencia lineal entre lo que se sabe del cerebro y la subjetividad.

Tenemos en estas ciencias diferentes perspectivas epistemológicas y cada perspectiva, ciencia o paradigma tiene su propia frontera lo que hace que no sean las unas reducibles a las otras pero, ojo, dice Hornstein, no solo tiene fronteras el psicoanálisis también las tienen el resto de ciencias.

En el paradigma de la complejidad el sujeto es un sistema abierto autoorganizador porque los encuentros, vínculos, traumas, realidad, duelos, lo autoorganizan y él recrea aquello que recibe.

No solo padece sino que le otorga significado a lo que el sujeto vive en un acto de creación.

Gracias a la teoría de la complejidad, el papel que tiene en la teoría **lo actual** va tomando otro lugar, en la teoría y en la clínica ya que no es un mero desencadenante.

Un bucle autoorganizador reemplaza la linealidad causa-efecto por la recursividad. Los productos son productores de aquello que los produce.

La constitución subjetiva es una psicogénesis y a la vez una sociogénesis.

Una teoría del sujeto desde la complejidad debe dar cuenta del pasaje-proceso desde la indiferenciación narcisista hasta la aceptación de la alteridad y del devenir. Lo hará concibiendo al sujeto no solo identificado sino identificante; no solo enunciado sino enunciante; no solo historizado sino historizante; no solo pensado sino pensante; no solo sujetado sino protagonista; no solo hablado sino hablante, no solo narcisizado sino narcisizante.

El sujeto toma lo aportado, lo metaboliza y deviene algo nuevo. Los determinantes iniciales quedan relegados a la condición de punto de partida.

Abandonamos la cárcel del determinismo recurriendo a la teoría de la complejidad. Así podemos considerar las series complementarias como potencialidades abiertas a partir de la infancia sin prejuicios fatalistas.

Y podemos crear nuevas categorías para entender el advenimiento de lo nuevo.

Cuando se dice que alguien es narcisista quizá estemos diciendo muy poco. ¿En qué aspectos tiene labilidad narcisista, y en qué aspectos no?; ¿en qué momentos los tiene, y en qué momentos no? Y si es un narcisismo pasajero, ¿por qué vino y por qué se va?

Hubo una época en que todo debía pasar por los primeros meses de vida, porque allí (era una suposición simplista más que errónea) había pasado. Y allí volvía a pasar. Cuanto más atrás, más profundo era el psicoanalista, confundándose lo arcaico con lo eficaz.

Si algo indica la clínica contemporánea es que hay autoorganizaciones que no son solo resignificaciones sino modificaciones de la organización previa.

Si el paciente está viviendo una situación que implica heridas narcisistas intensas en cuanto a su proyecto de vida y el analista interpreta sólo en términos infantiles hay iatrogenia. **Un error teórico-clínico es no tener en cuenta las series complementarias (suplementarias, si queremos ser más precisos).**

Además de repetitivo, el presente es novedoso, es creativo.

El narcisismo es una etapa de la historia de la constitución del yo y de la historia de las relaciones con los otros.

Integra diversas corrientes psíquicas:

El sujeto está propulsado en la búsqueda de autonomía y autosuficiencia con respecto a los otros,

la pretensión de dominar y negar la alteridad,

el predominio de lo fantasmático sobre la realidad.

Las alteraciones del self se producen cuando estas corrientes psíquicas, estas tendencias que van a alimentar el desarrollo del yo fallan, por exceso o defecto.

Sin embargo la lectura desde las teorías del apego se enfatiza que el proceso de construcción del self, como algo inherente de la etapa narcisista, implica en paralelo el proceso de construcción de la realidad subjetiva y objetiva y la importancia que tiene en ese proceso a través de procesos de autorregulación y control atencional del otro como figura del apego y la experiencia de interiorizar memorizando el modo de estar con el otro.

En las teorías del apego está enfatizado principalmente la interacción y por un lado el self es el producto de esa interacción y por otro en el trastorno narcisista de un sujeto tiene una particular participación la figura de apego que asiste con sus fantasmática pero también con su propio modelo de apego.

Por eso **el término «narcisismo» posee varios sentidos:**

por un lado, la indiscriminación entre el yo y el otro,
por otro, la regulación del sentimiento de estima de sí,
y por otro lado el interés exacerbado por la identidad.

El narcisismo patológico consiste, más en la falta crónica que en un exceso de **amor propio** y por ello, el narcisista realiza esfuerzos insaciables por sustituir el amor propio por la admiración externa.

Para Hornstein **el narcisismo se refiere a:**

- 1) la cohesión del yo,
- 2) la estabilidad (relativa) del sentimiento de sí y
- 3) la valoración del sentimiento de estima de sí.

Desde mi punto de vista Hornstein suscribe los paradigmas que conciben al sujeto en la intersubjetividad y por esta razón propone que **no puede hablarse de narcisismo sin tener en cuenta el vínculo con el otro y tampoco se puede tener en cuenta el vínculo sin tener en cuenta al narcisismo** porque los otros cumplen las siguientes funciones en relación al narcisismo del sujeto:

balance narcisista,
vitalidad,
sentimiento de seguridad y protección,
compensan déficits,
neutralizan angustias.

Los objetos del self se integran por transmutación en un self cohesionado.

Al llevar la problemática narcisista a la relación intersubjetiva porque afirma que en ella los otros tienen unas funciones que cumplir, entonces produce un desplazamiento del narcisismo sacándolo del campo en el que jugaba, el de los trastornos graves, esquizofrenia, paranoia, depresión a considerarlo desde el punto de vista de la necesidad de todo sujeto de tener una buena regulación en ese sentido considerando Hornstein que la diferencia es de grado y por tanto la eleva al rango de ser una perspectiva necesaria de toda la clínica.

Considerar la existencia de una dimensión del otro al servicio del narcisismo, en cambio, permite considerarlo como aspectos necesarios de todo sujeto (lo que varía es el grado). Una perspectiva fundamental para la clínica (para toda clínica y no solo la de pacientes «narcisistas»).

¿Cuáles son las funciones del otro? ¿Realización del deseo? ¿Neutralizar angustias? ¿Sostén de la autoestima o de la consistencia yoica?

En la actualidad, siguiendo a Hornstein, las demandas basadas en problemáticas narcisistas se presentan como:

*oscilaciones intensas de la autoestima y del sentimiento de identidad,
alternancias del estado de ánimo,
sentimiento de desesperanza,*

*identidades borrosas,
ausencia de proyectos,
crisis de ideales y valores,
labilidad en los vínculos,*

*hipocondría,
apatía,
trastornos del sueño y del apetito,*

*impulsiones,
adicciones,*

(descripción ordenada según mi criterio)

La descripción de Hornstein tiene la particularidad de ser un enunciado amplio de enigmas del paciente que constituyen problemáticas clínicas que en una primera lectura, tomando por separado cada uno de los referidos enigmas parece referirse a problemáticas neuróticas y acaso por eso puede parecer una sintomatología leve y sin embargo la experiencia clínica nos muestra que cada una de las problemáticas descritas son capaces de generar un sufrimiento indecible.

Cada una de esas demandas puede ser en verdad la hebra de algún ovillo (un dicho, en la asociación libre, o una demanda en cualquier experiencia psicoterapéutica), **que puede llevar la terapia por el desfiladero de lo vivido no pensado y poner a prueba la consistencia del self de los pacientes convirtiéndose esa experiencia de fragmentación del self o falta de integración o cohesión, en la segunda experiencia traumática diferida que trae al presente los déficit y excesos de problemáticas tan antiguas como las preverbales, a las que a veces nos referimos como época preedípica.**

Modelos de la patología narcisista

La idea de Luis Hornstein es que **para tener una visión que no sea reduccionista y que respete la complejidad de las vidas es necesario seguir la idea de Freud a este propósito:**

«hincar hasta la raíz del conflicto»

Se trata de un enfoque que para no ser reduccionista respeta la complejidad y para ser psicoanalítico busca el reconocimiento de las diferentes configuraciones metapsicológicas:

Encontré cuatro modelos para esas incontables «patologías narcisistas», cuatro formas clínicas, cada una con su metapsicología.

Aceptando una complejidad en este campo del narcisismo que no vuelva rígida a la práctica clínica lo que constituye un objetivo.

Mi búsqueda no es, en principio, la de un término unívoco, sino la de una teoría del narcisismo lo suficientemente compleja que no embrete la clínica.

Son cuatro modelos los que propugna Hornstein:

Modelo 1.

Se dice patología narcisista cuando lo que está en juego es la identidad

y en consecuencia lo alterado es la consistencia del yo, como en la esquizofrenia, la paranoia, y los cuadros borderline. La falta de consistencia remite a que algo es cambiante o sometido a lo cambiante,

Una problemática de la identidad pensada como movimiento, como búsqueda y como devenir.

Lo que está en juego es la *perdurabilidad de la identidad a través de los cambios* que necesariamente tiene que dar el sujeto al estar en relación a los otros. Al fallar la consistencia del yo el conflicto es del yo o sea interno al propio yo que está sometido al riesgo de no ser lo suficiente consistente como para correr el riesgo de desaparecer.

Predomina el drama de la supervivencia psíquica porque el riesgo es la perdurabilidad.

Como viven en una incertidumbre constante respecto a sí mismos tienen que estar en una lucha constante para ganarse su derecho a existir lo que se evidencia en sus frecuentes experiencias generalmente llenas de malos entendidos y en las frecuentes tormentas afectivas. Ya no se trata de su derecho a amar y trabajar solamente como en la neurosis. Es algo más crucial. La existencia. La existencia como yo separado, una lucha por la identidad frente al otro vivido como amenazante.

2. En el segundo modelo lo que cuenta es el valor del yo.

Hay personas que parecen preguntarse a cada rato «¿Cuánto valgo?». Sus actividades, sus vínculos, **su vida toda tienen como eje el problema del valor.**

Aquí sitúo las depresiones en todos sus estados. Se trata del problema de la autoestima.

3. El tercer modelo tiene que ver con confundir objeto real y objeto fantaseado-pensado.

No está en juego la propia organización psíquica sino la percepción de la alteridad.

4. El cuarto modelo consiste en la «clínica del vacío».

Esta patología es la que corresponde a la **no constitución de ciertas funciones yoicas o su pérdida por exceso de sufrimiento.**

Los cuatro modelos tienen que ver con el yo: consistencia, valor, indiscriminación con el objeto, pérdida o no constitución de funciones. Y remiten a conflictos distintos.

Modelo 1: Clínica del sentimiento de sí, de la consistencia del yo.

En la terapia de pacientes con alteraciones en el sentimiento de sí o de la consistencia del yo propone estudiar la

*complejidad de la **historia libidinal e identificatoria**, de los bucles recursivos, de las relaciones de la tópica psíquica paterna-materna, de la escena primaria como trama y sus efectos constitutivos.*

Se puede hacer la historia de los deseos y los discursos provistos por los padres al constituir una proyección no sólo alienante sino subjetivante y estructurante. **Se trata de hacerse una idea de cómo utilizó los discursos para construirse a través de ellos, el lugar asignado en ellos y a través de los vínculos que dejaron identificaciones.** Todo esto para ver como se construyó el yo, cuáles fueron *las fisuras que hubo en esa historia identificatoria*

Es necesario preguntarse

*¿Por qué algunos sujetos, ante determinadas crisis actuales, regresan a una **ruptura del yo**? ¿Y cómo son esas determinadas crisis?*

Lo que es una indicación de cómo podría procederse al empezar por la crisis actual para proceder con la idea de una regresión.

En las organizaciones borderline, hay un yo con límites borrosos.

En la paranoia, un yo en peligro de fragmentación.

En la esquizofrenia, un yo que regresó más allá del narcisismo (hacia el autoerotismo).

Para Hornstein *el papel decisivo del ambiente precoz aparece como una constante del registro borderline.*

Para el autor se trata de un déficit de narcisismo trófico y la falta de límites entre lo externo e interno estaría fundamentada en esto.

Para el autor esta privilegiada la actuación sobre la representación lo que supone un punto de confluencia con las teorías terapéuticas de la mentalización para los estados borderline:

Citando a Green en *De locuras privadas*, aclara que

En la neurosis funciona una lógica de la esperanza. Más allá de los obstáculos que la realidad exterior oponga al deseo, existe un sistema en el que esos deseos van a encontrar cierta forma de satisfacción.

En los estados borderline, la esperanza no está garantizada; más que principio del placer hay compulsión de repetición de experiencias dolorosas

A lo que yo añadiría, compulsión correspondiente a la traumatización no de dos escenas sino de una, o bien, a los efectos de las escenas traumáticas no ya retroactivamente sino también de forma diferida.

Tal y como dice Gracia Rodríguez Daimiel en *El devenir del trauma psíquico* explicando las concepciones de Freud sobre el trauma (Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid p.177:

porque lo traumático provocó una fractura del yo y un arrasamiento del psiquismo por la acción sobre el yo proveniente del exterior, no del recuerdo originando un funcionamiento más allá del principio del placer. Efracción del yo, riesgo de desligadura pulsional.

Temas que Freud desarrolla a partir de la formulación de la segunda tópica, de inhibición, síntoma y angustia y el Moisés

Modelo 2

En este modelo, como dije, **el problema no es la consistencia del yo sino su valor, lo cual lleva a interesarnos acerca del investimento narcisista del yo.** ¿Cómo invistieron los padres el yo en su devenir (pasado, actual y futuro)?

Los motivos de consulta en las depresiones se pueden agrupar en categorías:

A. **Estados de ánimo y afectividad**: tristeza, baja autoestima, autorreproches, pérdida de placer e interés, sensación de vacío, apatía, ansiedad, tensión, irritabilidad, inhibiciones varias.

B. **Pensamiento**: concentración disminuida, indecisión, culpa, pesimismo, crisis de ideales y de valores, pensamientos suicidas.

C. **Manifestaciones somáticas**: **alteración de algunas funciones** (insomnio, hipersomnias, aumento o disminución del apetito, disminución del deseo sexual), **dolores corporales** (cefaleas, lumbalgias, dolores articulares) y **síntomas viscerales** (principalmente gastrointestinales y cardiovasculares).

¿Cuáles son los elementos intrapsíquicos y externos que determinan el investimento narcisista de la representación del yo?

El sentimiento de estima de sí es inestable.

Lo hacen fluctuar

las experiencias gratificantes o frustrantes en las relaciones con otros,

la sensación de ser estimado o rechazado por los demás;

el modo en que el ideal del yo evalúa la distancia entre las metas y las aspiraciones, por un lado , y los logros y el éxito por el otro.

también las exigencias que el superyó ejerce sobre el yo: cuando más estricto es el superyó, más disminuye la autoestima.

Y lo apuntala

La representación de objetos libidinalmente investidos que ratifican su amor al yo al proveer suministros narcisistas.

La satisfacción pulsional **directa, inhibida en su fin o sublimada**, eleva el sentimiento de estima de sí

así como la representación de un cuerpo saludable y satisfactorio estéticamente según los valores que exige el ideal del yo.

El investimento narcisista es afectado por

la pérdida de fuentes externas de amor,
por presiones superyoicas exacerbadas,
por la incapacidad de satisfacer las expectativas del ideal del yo,
por la frustración pulsional,
por enfermedades o
por cambios corporales indeseados

Debemos entender la relación yo-superyó-ideal del yo, los baluartes narcisistas, la modalidad de tramitación de duelos y traumas pasados y presentes, los efectos de la vida actual y de los proyectos personales y compartidos en las valoraciones del yo. Para abordar las depresiones un eje del trabajo es el concepto de autoestima.

La autoestima es cambiantes, fluyente. Es un estuario, en la que desemboca la **infancia**, las **realizaciones personales**, la trama de **relaciones significativas**, pero también los **proyectos** (individuales y colectivos) que desde el futuro hacen posible el presente. Es decir, tiene muchos afluentes.

Entonces no asombrará que sea turbulenta, inestable. Turbulenta pero no incognoscible. Mencioné antes la noción de flujo turbulento. Por eso, la pérdida del anclaje cultural hace zozobrar al individuo. Se me dirá que solo tenemos una idea vaga de cómo la sociedad enferma a la gente.

Bueno, es precisamente eso lo que tenemos que estudiar, saliendo del aislamiento, de los compartimentos estancos.

Modelo 3

¿Qué pasa si salimos de una concepción solipsista y pensamos que el sujeto del psicoanálisis no es el sujeto del inconsciente? Y pensamos que en el sujeto hay instancias , ello, superyó, yo, realidad y las pensamos interactivamente.

El yo se construye y junto con el yo se construye el objeto como otro.

Aceptar la alteridad, ese otro del cual puedo depender, al cual puedo necesitar es un proceso de duelo que no se realiza sin secuelas.

En relación al otro el yo puede sentir que la distancia no es justa o muy lejos o demasiado lejos y esto le genera angustias de separación y de intrusión.

Es problemática narcisista porque lo que está en juego es la fantasía de autosuficiencia y porque no hay reconocimiento del otro como otro.

¿Cómo pensamos los vínculos y las defensas ante la realidad? ¿La realidad es una instancia o solo trabajamos con sonámbulos, como si no hubiera una relación a descifrar entre mundo fantaseado/mundo real? Trabajamos con la realidad.

La lógica de los sistemas abiertos autoorganizadores se expresa en el azar organizativo como principio de complejidad. Reflexionar acerca de la relación entre el otro fantaseado, el pensado y el real es algo distinto de una modernización oportunista en la que a una teoría endogenista se le implanta una cobertura vincular. Articular no es injertar.

La diferencia se nota teórica y clínicamente. Las prácticas ya no pueden ser las mismas.

Modelo 4

La clínica del vacío. Hace mención a la pulsión de muerte. Tiene múltiples interpretaciones.

Yo privilegio el «deseo de no deseo»: cuando el exceso de sufrimiento produce el desinvertimiento de lo que antes era una función o un otro investido.

En esta «clínica del vacío» no se constituyen ciertas funciones yoicas o se pierden por exceso de sufrimiento. Prevalece el vacío cuando el sufrimiento prolongado produce desinterés. El yo, ante el sufrimiento, apela a empobrecer sus relaciones. Busca la desconexión, de partes de su mente tanto como de la realidad.

Cuando esa desinvertidura está al servicio de la pulsión de vida, se preserva la posibilidad de invertir nuevos objetos. Se trata del duelo, ese trabajo psíquico insoslayable. Ninguna relación está eximida del conflicto, aunque este solo emerja clínicamente cuando algo ha pasado a mayores. Si el sufrimiento es excesivo se produce un movimiento de desinvertidura. **El sufrimiento es tanto una necesidad como un riesgo.** Un riesgo porque el sujeto, ante el exceso de sufrimiento, puede desinvertir aquello que lo causa. Una necesidad porque, regidos por sus propios deseos, los otros propenderán a imponer su modalidad y se rehusarán a un lugar que no quieren o no pueden ocupar (Aulagnier, 1979).

Teorías del Apego, Trauma y Trastornos Borderline

Existe una corriente en el Psicoanálisis que se sitúa en el cruce de varios paradigmas psicoanalíticos como la teoría de las relaciones de objeto de Klein, las teorías relacionales y de la intersubjetividad y a la vez invoca la apertura a las demás ciencias empezando por la neurociencia, la psicología cognitiva, y otras.

El enfoque psicoanalítico de las teorías del Apego da cuenta de la experiencia del Narcisismo Primario, salvando la distancia de que el Narcisismo Primario, concepto elaborado por Freud en Introducción del Narcisismo, pertenece a la teoría de las Pulsiones mientras que este enfoque psicoanalítico se inscribe en la

teoría del desarrollo del self tomando de Winnicott en primer lugar y de Kohut una parte importante de sus desarrollos del self y quizás aún más de la Psicología del Desarrollo y de la investigación empírica que la sostiene.

Se trata de la Teoría del Apego, que fue concebida por John Bowlby (1969), se refiere a las formas características con que una persona se relaciona con sus más cercanos o "figuras de apego": con sus padres, hijos y parejas sexuales (Hazan & Shaver, 1987; Levy, Ellison, Scott, & Bernecker, 2011).

La teoría del apego nos dice que desde el nacimiento, las interacciones entre el infante y sus figuras primarias establecerán las bases para el desarrollo de la personalidad y

moldearán las interacciones íntimas siguientes,
 las expectativas de aceptación social y
 las actitudes frente al rechazo.

Una relación de apego es buena, segura y podemos llamarla una **base segura** porque se ha formado a través de la estabilidad momentos de estrés, lo que permite al infante explorar el ambiente a su alrededor. Así, el niño crea una serie de modelos mentales acerca de si mismo y de los demás en un contexto de interacción social (los Modelos Operantes Internos, basados en reiteradas interacciones con otros significativos (Bowlby, 1973).

Estas relaciones de apego tempranas son cruciales para

la adquisición de las capacidad de regulación afectiva,
 de control atencional,
 mentalización, y del
 sentido de autonomía del infante (Fonagy et al., 2010).

La investigación con niños y adultos ha demostrado que existen diversos tipos de apego y que hay una estabilidad entre el modelo de apego que se ha tenido en la infancia y la que se tiene en el resto de relaciones de apego adulto como por ejemplo en el amor romántico o simplemente en las relaciones sociales.

La evaluación más influyente es la Técnica de la Situación Extraña (Ainsworth, Blehar, Waters, & Wall, 1978): Cuando un infante es separado de su madre y es dejado junto a un extraño durante algunos minutos en un ambiente poco familiar, los infantes tienden a mostrar un número limitado de comportamientos.

Tres estilos de apego han sido identificados por este procedimiento en niños:

Seguro	63%
Ansioso-ambivalente	16%
Ansioso-evitativo	21%

En adultos, el estilo de apego se clasifica respectivamente como

Seguro-autónomo	58%
Ansioso	19%
Evitativo	21%

estas clasificaciones provienen de la Entrevista de Apego Adulto (AAI) (George, Kaplan, & Main, 1994; Hesse, 2008), durante la cual el entrevistado narra experiencias de apego infantil. **Trabajos posteriores han revelado un cuarto estilo, el apego desorganizado, tanto en niños como en adultos (Levy et al., 2011).**

Los adultos clasificados en esta categoría son también clasificados dentro de alguna de las otras tres categorías primarias (Fonagy et al., 2010).

Estos estilos de apego se mantienen estables durante todo el ciclo vital, y su prevalencia no presenta diferencias culturales, de lenguaje ni de género (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009).

Niños: Situación Extraña	Adultos: Entrevista de apego adulto
<p>seguro (63% de los niños)</p> <p>explorará su alrededor fácilmente en presencia de la madre, se mostrará ansioso en la presencia del extraño, se afligirá frente a la ausencia de la madre y rápidamente buscará renovar el contacto con ella a su retorno</p>	<p>seguro-autónomo (58%)</p> <p>integrará coherentemente sus recuerdos de relaciones de apego tempranas en una narrativa significativa y mostrará apreciación por tales relaciones</p>
<p>ansioso-ambivalente (16%)</p> <p>El juego y la exploración que presenta serán limitados. Se mostrará muy ansioso ante la separación y no se calmará fácilmente ante la reunión con la madre</p>	<p>Ansioso (19%)</p> <p>las narrativas de un adulto ansioso serán poco coherentes y mostrarán rabia, confusión o miedo en relación a figuras de apego temprano (Fonagy et al., 2010). Esto corresponde a la sobreactivación de las conductas dirigidas a obtener proximidad y protección, a una hipersensibilidad (crónica) a los signos de un posible rechazo o abandono, y a una intensificación de emociones indeseadas (Barone et al., 2011)</p>
<p>ansioso-evitativo (21%)</p> <p>evidenciará menos ansiedad ante la separación, es posible que no busque renovar el contacto con la madre cuando ella retorna y puede no preferir a la madre sobre el extraño</p>	<p>Evitativo (21%)</p> <p>el entrevistado será incapaz de tener recuerdos concretos que sirvan de ejemplo de las afirmaciones generales, e idealizará o devaluará sus relaciones tempranas (Fonagy et al., 2010). Este comportamiento es resultado de una desactivación del sistema de apego caracterizada por la inhibición de la búsqueda de proximidad y por la decisión de manejar el estrés por uno mismo, lo que implica un intento de evitar emociones negativas a través de la regulación no-interpersonal (Barone, Fossati, & Guiducci, 2011)</p>
<p>Desorganizado</p> <p>presentará comportamiento inentendible y bizarro ante la separación: se quedará inmóvil, se autolesionará o incluso puede intentar escapar de la habitación</p>	<p>Desorganizado</p> <p>Las narrativas del AAI de un adulto desorganizado contendrán confusiones al explicarse cuando se le pregunta acerca de pérdidas y duelos. Esto corresponde al colapso de las estrategias para regular el estrés, lo que desembocará en desregulación emocional total o parcial</p>

Existe entre 68-75% de correlación entre las clasificaciones de apego durante la infancia y aquellas en la adultez (Fonagy et al., 2010).

Si bien el estilo de apego se mantiene estable, **cuando cambia es debido a sucesos negativos en la infancia temprana**, como la pérdida de alguno de los padres, el divorcio de los padres, una enfermedad terminal de uno de los padres o del niño, la enfermedad mental de uno de los padres, el maltrato físico y el abuso sexual (Johnson, Cohen, Brown, Smailes, & Bernstein, 1999; Waters, Hamilton, & Weinfield, 2000; Waters, Merrick, Treboux, Crowell, & Albersheim, 2000).

Si bien los procesos de apego son normativos y necesarios para la supervivencia humana, **la teoría del apego está siendo utilizada cada vez más para investigar e intervenir en trastornos de la personalidad**

(Aaronson, Bender, Skodol, & Gunderson, 2006; G. Adshead & Sarkar, 2012; Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009)

Y se concluye que **el apego inseguro es un factor de riesgo para desarrollar trastornos de la personalidad** y otras enfermedades mentales

Los investigadores han comenzado a estudiar la relación entre este concepto y **el éxito de los procesos psicoterapéuticos** y es ampliamente **aceptado que los modelos internos del apego influyen los resultados de la psicoterapia**, sin embargo los resultados son inconsistentes

La mayoría de los estudios muestran que los pacientes con apego seguro obtienen mejores pero otros informan de resultados más ventajosos con pacientes evitativos y desorganizados (Fonagy et al., 1996)

El metaanálisis más importante acerca de la influencia de los estilos de apego sobre los resultados psicoterapéuticos en varios diagnósticos (incluidos los trastornos de la personalidad), tratados desde diversas orientaciones terapéuticas, demostró que

Influencia de los estilos de apego sobre los resultados psicoterapéuticos	
Apego Ansioso	tiende a obtener malos resultados en psicoterapia
Apego evitativo	no tiene efecto
Apego seguro	predice el éxito psicoterapéutico de manera consistente.

Además de relacionarse con los resultados sintomáticos, el apego está asociado a la deserción en psicoterapia.

Estilo de apego y deserción en psicoterapia	
Apego Evitativo	los pacientes no se comprometen fácilmente con el proceso ni con el terapeuta (Levy, Meehan, Weber, Reynoso, & Clarkin, 2005; McGauley et al., 2011).
Apego Ansioso	se sentirán abandonados por el terapeuta cuando éste cancela sesiones debido a imprevistos o a vacaciones. Los Individuos ansiosos pueden desertar como respuesta a sentirse demasiado cercanos o dependientes del terapeuta y del tratamiento

(Chen-Chieh Huang, 2011)

La psicoterapia puede ser entendida como una amenaza para la apatía defensiva de estos pacientes, y va en detrimento de la transferencia

El apego influye también en la alianza terapéutica, que a su vez tiene importantes efectos en el resultado de la terapia

Estilo de apego y alianza terapéutica (Barber, Connolly, CritsChristoph, Gladis, & Siqueland, 2000)	
Apego Seguro	percibir a sus terapeutas como receptivos y emocionalmente disponibles
Apego Ansioso	anhelan mayor contacto con el terapeuta y desearían extender la relación más allá de los límites profesionales (Bachelor et al., 2010; Saypol & Farber, 2010)
Apego Evitativo	más reticentes a revelar situaciones personales, pues se sienten amenazados al sospechar que el terapeuta las desaprobará

De acuerdo a la teoría del apego de Bowlby, no sólo la búsqueda de atención y protección, sino que también el atender y proteger a otros está influenciado por el apego (Bowlby, 1988). **Por lo tanto, el estilo de apego del terapeuta también influye en el proceso y resultado psicoterapéutico.**

Los terapeutas con apego ansioso crean alianzas de trabajo fuertes, **pero la calidad de la alianza disminuye cuando los pacientes muestran ansiedad social**

Influencia del estilo de apego del psicoterapeuta en el éxito de la terapia	
terapeutas con apego ansioso	Crean alianzas fuertes pero disminuye cuando aparece ansiedad social en el paciente. (Dinger, Strack, Sachsse, & Schauenburg, 2009; Sauer, Lopez, & Gormley, 2003)
terapeuta ansioso y paciente evitativo	menor profundidad. (Romano et al., 2008).

Algunos estudios han evidenciado cambios en el estilo de apego como resultado del tratamiento.

Uno de los autores (PF) reportó los resultados de la psicoterapia psicoanalítica **en una muestra de pacientes límite. Luego del tratamiento, 40% de la muestra fue clasificada como teniendo apego seguro; ninguno de los pacientes era seguro antes de comenzar la psicoterapia (Fonagy et al., 1995).**

Otro estudio mostró un aumento del apego seguro en pacientes con varios diagnósticos luego de 21 sesiones de psicoterapia.

Un tratamiento exitoso no implica necesariamente lograr un apego seguro: mujeres con trastorno límite cuyos estilos cambian de desorganizado a evitativo logran mayores remisiones sintomáticas luego de psicoterapia de corto plazo (Strauss et al., 2011).

Estilos de apego y los diferentes trastornos de la personalidad

Existe una gran cantidad de literatura referida a la relación entre apego y trastornos de la personalidad.

Muchas de las características del apego inseguro adulto se asemejan a los signos y síntomas de los trastornos de la personalidad (Adshead & Sarkar, 2012).

Existe una gran cantidad de estudios acerca de los patrones de apego en personas que presentan trastornos de la personalidad, especialmente del clúster B antisocial, límite, histriónico y narcisista (Bender, Farber, & Geller, 2001), que señalan que estos individuos exhiben **mayores índices de apego inseguro que la población general**.

A la inversa, se ha demostrado que **el apego seguro está rara vez asociado al trastorno de la personalidad límite o por evitación**.

Adultos con un estilo de apego ansioso son más sensibles al rechazo y a la ansiedad, y por lo tanto son propensos a trastornos de la personalidad:

histriónico, límite, por evitación y por dependencia.

Los pacientes con un estilo de apego evitativo, debido a la hipoactivación del sistema de apego que han aprendido a tener para vivir, hace más frecuente los haya entre los **trastornos de la personalidad esquizoide, narcisista, antisocial y paranoide**

Adultos	
Estilo de apego ansioso	Histriónico, Límite, Evitación y Dependencia
Estilo de apego evitativo	Esquizoide, Paranoide, Narcisista y Antisocial

El trastorno límite de la personalidad está significativamente asociado al apego ansioso en presencia de traumas no resueltos y con estilos de apego desorganizados (Westen et al., 2006).

Los estudios demuestran que un 50-80% de los pacientes con trastorno límite de la personalidad cumplen los criterios para al menos uno de estos estilos de apego.(Agrawal, Gunderson, Holmes, & Lyons-Ruth, 2004; Barone et al., 2011).

La razón de que se encuentre la asociación entre apego inseguro y trastornos de personalidad es la tendencia a la mala interpretación de la causalidad social y por los desordenes del pensamiento que son características típicas de estos pacientes básicamente por los trastornos de mentalización. (Shedler & Westen, 2004; Westen, 1991; Westen, Lohr, Silk, Gold, & Kerber, 1990).

Esto implica una capacidad limitada para obtener alivio emocional por medio de nuevas relaciones de apego, aspecto que tiene consecuencias importantes para la relación terapéutica porque estos pacientes están muy atentos a las fallas del terapeuta más que a sus esfuerzos.

Estas mismas asociaciones entre estilos de apego y rasgos de personalidad patológicos están presentes en adolescentes.

A pesar de estas diferencias, **el apego desorganizado es transversal a todas las presentaciones del trastorno límite**, lo que explica la desregulación emocional de estos pacientes.

Relación entre la historia de apego y el desarrollo de los trastornos de la personalidad

Como los estilos de apego son estables a lo largo de la vida entonces las estrategias para la regulación afectiva y para el contacto social también son estables. Dependiendo de la capacidad para mentalizar en situaciones de estrés.

Individuos con apego seguro confían en sus figuras de apego y perciben el ambiente como poco amenazante. Esto le permite tener la capacidad de enfrentar los desafíos de la vida diaria de manera fluida, sin necesidad de aplicar **mecanismos de defensa masivos**; por lo tanto, este grupo de individuos son los menos propensos a los trastornos de la personalidad.

Estos sujetos continúan buscando relaciones de apego que sean buenas durante toda la vida

Un niño con apego seguro ha contado con un adulto capaz de reflejar sus estados emocionales agudos de una manera consistente, certera y no invasiva (Bennett, 2005; Bouchard et al., 2008; Fonagy et al., 2011).

El hecho de que un adulto sea capaz de reflejar es crucial para entender no sólo como se instaura un estilo de apego sino mucho más importante y trascendente , como se instaura y desarrolla el self en el sujeto humano. Nos permite entender que clase de experiencia es la que se da para que donde no estaba esa estructura aparezca. La calidad del reflejo es el concepto clave de cualquier tipo de terapia de un sujeto con cualquier tipo de apego inseguro, tanto más en el desorganizado y por esto

es el concepto clave en el que se basa la terapia del trastorno límite basado en mentalización.

Cuando hablamos de reflejo exitoso nos referimos a lo que para Kohut es la experiencia del self con el objeto especular, y nos referimos también al lugar que otorga Winnicott a la mirada de la madre.

Este proceso equipa al infante con una creciente capacidad para el procesamiento mental, particularmente con la capacidad de mentalización, entendida como la habilidad para entender el propio mundo interno y el mundo interno de los otros en **términos de estados mentales**, es decir, que la mentalización es la habilidad para imaginar que los demás poseen una mente que es esencialmente similar a la propia (Allen, 2008; Fonagy et al., 1996; Fonagy & Target, 2005; Fonagy & Bateman, 2008; Fonagy & Target, 2006; Fonagy et al., 2003; Slade et al., 2005).

Esta capacidad implica que un individuo con una personalidad saludable puede interpretar y responder a los sentimientos del otro, no sólo a la propia experiencia. En este sentido, la aparición del lenguaje acerca de los sentimientos está relacionada con la habilidad de la figura de apego de poner la experiencia mental del niño en palabras: infantes con un estilo de apego seguro adquieren lenguaje más rápidamente y son más competentes verbalmente que niños inseguros (Adshead, 2010; Meins, 1997).

Individuos con apego ansioso, luego de una historia de apoyo inconsistente por parte de sus figuras de apego primarias, se sienten amenazados más fácilmente porque el **umbral es más bajo para la percepción de las amenazas ambientales y por tanto, para desarrollar estrés**. La frecuente activación del sistema de apego, provoca angustia e ira y dificulta los procesos de mentalización.

El problema es que con las emociones activadas se desactivan las áreas corticales encargadas de la capacidad de mentalización..

Sujetos evitativos, que han carecido crónicamente del apoyo de figuras de apego, suelen **negar o desestimar las amenazas del ambiente** (Bennett, 2005). Por lo tanto, presentan un **umbral más alto** frente a emociones negativas o frente a las necesidades de apego, fenómeno que Bowlby llamó “autoconfianza compulsiva” (Bowlby, 1980). Se trata de una situación en la que el sujeto no basa su tranquilidad en su capacidad para reflexionar en los estados mentales de los otros sino en evitar el estrés negando el estado de estrés mismo.

Adultos desorganizados tienen una falla en la simbolización o falla de mentalización basada en el arrasamiento de su capacidad para pensar en los propios estados mentales y en los ajenos. Usualmente han tenido padres quienes han sido abusivos o incapaces de resolver sus propias experiencias traumáticas (Bakermans-Kranenburg & van Ijzendoorn, 2009; Buchheim et al., 2008; Gabbard, 2005; Lyons-Ruth, Yellin, Melnick, & Atwood, 2005; Riggs et al., 2007; Teicher, Andersen, Polcari, Anderson, & Navalta, 2002). y en consecuencia **no es sorprendente, que exista una alta prevalencia de trauma infantil tanto en individuos con apego inseguro como en pacientes con trastornos de la personalidad.**(

(Botbol, 2010; Fonagy & Target, 2005; Lyons-Ruth & Block, 1996; Slade, Grienberger, Bernbach, Levy, & Locker, 2005).

Estos individuos son los más propensos a desarrollar trastornos de la personalidad (Brennan & Shaver, 1998).

Por consiguiente, las terapias que intentan ser efectivas deberían incluir un componente que permita a los pacientes reconocer, etiquetar y comunicar sentimientos verbalmente (Allen, 2008; Fonagy & Bateman, 2007; Fonagy et al., 2011; Zanarini, 2009).

Traumas durante la infancia se correlacionan especialmente con el estilo adulto de apego desorganizado (Barone, 2003; Westen et al., 2006).

Pacientes con trastornos de la personalidad presentan altos índices de trauma infantil (73% reporta abuso, del cual 34% es abuso sexual, y un 82% relata negligencia).

En comparación con adultos sanos, pacientes con trastornos de la personalidad tienen una probabilidad 4 veces mayor de haber sufrido traumas durante la infancia (Johnson et al., 1999).

El abuso físico en la infancia aumenta el riesgo de sufrir trastornos de la personalidad antisocial, límite, pasivo-agresivo, esquizoide y por dependencia (McGauley et al., 2011).

Negligencia durante la infancia se asocia al riesgo de desarrollar trastornos de la personalidad antisocial, límite, narcisista, pasivo-agresivo y por evitación (Battle et al., 2004; Bennett, 2005; Johnson et al., 1999).

El trastorno de personalidad límite es el asociado más consistentemente al abuso y negligencia durante la infancia

(Baird et al., 2005; Battle et al., 2004; Buchheim et al., 2008; Fonagy & Bateman, 2008; Fonagy et al., 2003; Johnson et al., 1999; Teicher et al., 2002).

El trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad ha sido asociado con abuso sexual por personas ajenas al cuidado del infante (Battle et al., 2004).

Sin embargo, no todos quienes han sufrido traumas infantiles desarrollan trastornos de la personalidad.

Los efectos del trauma son influenciados tanto por predisposiciones biológicas (examinadas en la sección siguiente) **como por los estilos de apego** (Riggs et al., 2007). Por ejemplo, mujeres víctimas de maltrato y abuso sexual durante la adolescencia y la adultez, son más propensas a desarrollar síntomas postraumáticos si su estilo de apego es ansioso (Sandberg, Suess, & Heaton, 2010). Asimismo, mujeres víctimas de trauma infantil poseen mayor riesgo de desarrollar síntomas de somatización si poseen un estilo ansioso de apego (Waldinger, Schulz, Barsky, & Ahern, 2006).

El impacto del maltrato sobre la función reflexiva

Venimos diciendo que algunas personas con trastornos de personalidad son víctimas de maltrato infantil. Estas personas tuvieron que afrontarlo rechazando captar los pensamientos que sus figuras de apego tenían sobre ellos mismos y sobre otras figuras de apego para evitar conocer los deseos de sus cuidadores de hacer daño, a ellos o a otras personas de la familia. (Fonagy et al., 1996).

Al evitar pensar como defensa limitan su capacidad para representarse estados mentales propios y de los otros lo que les lleva a operar con impresiones esquemáticas e imprecisas sobre los pensamientos y los sentimientos de los demás.

Esto les hace inmensamente vulnerables a las relaciones íntimas y esta inhibición reflexiva de su capacidad para mentalizar es la base de algunas características de los trastornos de personalidad.

Existe un cúmulo de evidencias sobre el deterioro que el maltrato produce en la **capacidad reflexiva y el sentido del self del infante** lo que conduce probablemente a un desarrollo enormemente perturbado.

Tras la experiencia de maltrato el niño se aísla y retrae psicológicamente como medida defensiva ante el maltrato, esto aumenta su malestar, y **activa al sistema de apego**. La necesidad de proximidad persiste e incluso se incrementa como consecuencia del malestar causado por el abuso.

La **proximidad mental** se hace insoportablemente dolorosa, y **la necesidad de cercanía se expresa en el nivel físico**. No se acercan con el pensamiento a tratar de entender los estados mentales de sus figuras de apego pero si se acercan físicamente a sus figuras de apego maltratadoras. De este modo, el infante puede paradójicamente sentirse impulsado a acercarse físicamente al abusador.

Es probable que su habilidad para adaptarse, modificar o evitar la conducta del abusador se vea reducida aún más por una limitada capacidad de mentalización.

En la contradicción entre la defensa contra la búsqueda de proximidad mental y la búsqueda de contacto físico radica para los estudiosos del apego la esencia del apego desorganizado observado de forma sistemática en infantes maltratados.

¿Por qué socava la capacidad reflexiva un ambiente familiar de maltrato?

En primer lugar, el reconocimiento del estado mental del otro puede ser peligroso para el self en desarrollo. El infante que **reconoce** el odio o la violencia que implican los actos de violencia de sus progenitores **se ve forzado a verse a sí mismo como carente de valor o como no digno de ser querido**.

En segundo lugar, el significado de los estados intencionales es negado o distorsionado.

Los padres abusadores a menudo exigen creencias o sentimientos opuestos a su conducta. El infante no puede poner a prueba o modificar las representaciones de los estados mentales, que se vuelven rígidas e inapropiadas y que quizás sean abandonadas.

En tercer lugar, el mundo público, donde la función reflexiva es común, y que podría generar un modo alternativo de experimentarse a sí mismo es mantenido rígidamente al margen del contexto de apego.

Finalmente, la disfunción puede ocurrir, no a causa del maltrato sino de la atmósfera familiar que lo rodea ya que aún no habiendo maltrato la capacidad de mentalización se ve retrasada por ejemplo en la paternidad autoritaria (ver Astington, 1996) ya que los niños y sus figuras de apego encuentran difícil en un ambiente autoritario adoptar una actitud de juego, de exploración en las relaciones por lo que no puede tener lugar la interacción social primaria que permite funcionar y entrenarse en la experiencia de que cada cual tiene una mente propia que tiene representaciones sobre la realidad pero no es la realidad misma y que los estados mentales de los otros y sus intenciones son motivadores de la conducta trascendiendo el significado de lo que acontece desplazando del registro físico.

Asímismo es improbable el desarrollo de una instancia mentalizante en un infante que se siente tratado generalmente como un objeto físico sin importancia. **Si la falta de consideración de la intencionalidad del infante por parte de los cuidadores es persistente, las consecuencias pueden tener lugar no sólo a nivel funcional sino también a nivel del desarrollo neural.**

El trabajo de Bruce Perry (1997) sugiere que los **huérfanos rumanos**, institucionalizados al poco de nacer y que sufrieron un abandono y un maltrato severos durante la mayor parte de su primer años de vida presentan una **pérdida significativa de función cortical en las áreas frontotemporales.**

La implicación de dichas áreas en la capacidad de inferir estados mentales ha sido mostrada de manera independiente (Frith, 1996). **A los cuatro años, aquellos que habían sido adoptados antes de los cuatro meses de edad presentaban con mucha menor frecuencia un apego desorganizado que aquellos adoptados más tarde (Fisher, Ames, Chisholm, & Savoie, 1997).** Igualmente ha sido demostrado de manera independiente que el apego inseguro, particularmente el desorganizado, está asociado con un **enlentecimiento en el retorno a niveles basales del aumento de cortisol inducido por la separación** (Spangler & Grossman, 1993).

La exposición crónica a niveles elevados de cortisol asociada con una crianza insensible mantenida en el tiempo puede dar lugar a anomalías en el desarrollo neural que derivan en un déficit de mentalización

El self en el Apego desorganizado y en el Trastorno de personalidad

Hemos sugerido que la función reflexiva y su contexto de apego son la base de la organización del self y que la internalización de la imagen que el cuidador/a tiene del infante como de un ser intencional es capital.

La representación emergente del self del infante quedará trazada en lo que podría llamarse “self constitucional” o primario (la experiencia del infante de un estado del self real, el self como es).

Psicoterapia para el trastorno límite de la personalidad

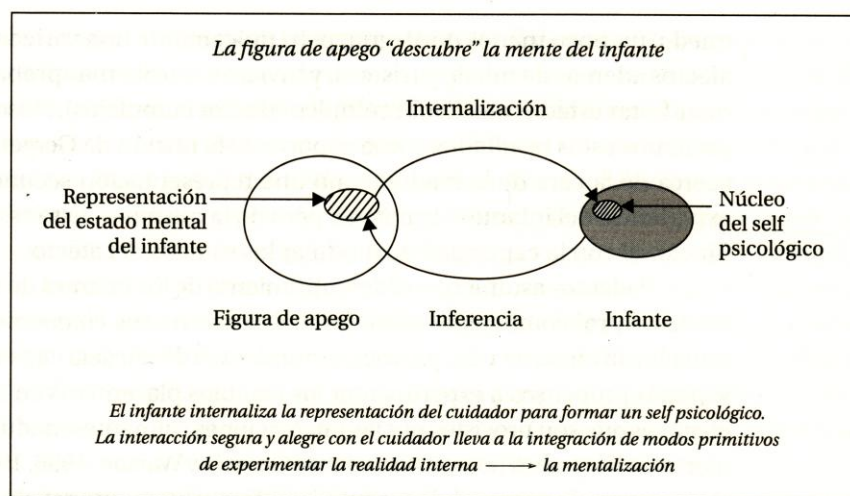


Figura 3.2. Nacimiento del self psicológico.

La esencia del apego de tipo desorganizado en relación a la estructura del self consiste en el proceso mediante el cual **el self se construye como un self ajeno** en el ámbito de una relación traumatizante en el apego.

En caso de malos tratos, y en otras experiencias de intensidad variable la representación de sí que el niño percibe en la mente de la madre o como dice Winnicott en el rostro de la madre, no se corresponderá con la experiencia primaria que el niño tiene de sí mismo. Es decir que la intencionalidad hostil que el niño percibe en el cuidador no permite al niño verse reflejado con una imagen del self coherente.

La *experiencia* que tiene el niño en su interior respecto de su *estado interior* no encuentra la comprensión externa en su figura de apego y **permanece sin nombrar, confusa y el afecto que le acompaña no queda contenido ni regulado.**

Winnicott (1967, p.33) nos advertía que ante la falla para encontrar su estado actual especularizado por el otro, es probable que el infante internalice el estado actual de su madre como parte de su propia estructura del self.

El infante incorpora en su estructura del self naciente una representación del otro (Fonagy & Target, 1995) de ahí la experiencia del "self ajeno".

Cuando se ve confrontado con un cuidador asustado o atemorizante, **el infante incluye como parte de sí mismo el sentimiento de ira, odio o miedo de su madre y la imagen de sí mismo la incorpora pues, como atemorizante o inmanejable.**

Esta dolorosa imagen debe entonces externalizarse para que el infante adquiera una autorrepresentación coherente y soportable.

El comportamiento de apego desorganizado del infante, y sus secuelas, consistente en interacciones controladoras y mandonas con el progenitor, deben ser entendidas como un intento rudimentario para hacer desaparecer los aspectos inaceptables de la autorrepresentación.

Los intentos posteriores de manipular el comportamiento de los otros permiten la externalización de partes del self y limitan una mayor intrusión de estos otros en la autorrepresentación.

Este núcleo disociado del self es una ausencia, más que un genuino contenido psíquico y esa ausencia refleja una brecha en los límites del self, creando una apertura para la colonización por los estados mentales de otras figuras de apego importantes.

Desastrosamente, en el caso de algunos infantes maltratados en fases posteriores del desarrollo, ese otro no será un otro neutral sino un torturador.

¿Podrías ser el caso de mujeres maltratadas?

Una vez internalizada y alojada dentro de la autorrepresentación, esta representación "ajena" tendrá que ser expelida no sólo porque no coincide con el self constitucional sino, también, porque es persecutoria. Las consecuencias para las relaciones interpersonales y **para la regulación del afecto** son entonces desastrosas (Carlsson & Sroufe, 1995).

Las descripciones de las madres de niños desorganizados son con frecuencia muy notables: ellas ven al infante como una réplica de sí mismas y se sienten como fusionándose con el infante. Suponemos que estas experiencias se explican por la **externalización** por el infante de aspectos de su autorrepresentación que se relacionan no con la **internalización de la representación materna del self** del niño sino con **la representación de la madre dentro del self.**

La externalización de la imagen de la madre desde dentro de la autorrepresentación sirve a la función de adquirir una autorrepresentación coherente. Tal externalización sólo puede ser adquirida satisfactoriamente si se controla a la madre suficientemente como para ser un vehículo adecuado **para que la autorrepresentación "ajena" sea experimentada como externa.** (la elección de

pareja por parte del maltratador también está sujeta a esta misma idoneidad en la violencia de género).

Esta estrategia puede ser reforzada, durante la infancia, a medida que el comportamiento ofensivo o amenazante a menudo compele al adulto a retomar una posición de autoridad y así reactivar el propio sistema de cuidado del progenitor que éste había abandonado temporalmente (West & George, en prensa).

El mecanismo aquí descrito puede ser un ejemplo prototípico de la noción psicoanalítica de identificación proyectiva (Klein, 1946) o, más específicamente, lo que Elizabeth Spillius (Spillius, 1994) ha denominado “identificación proyectiva evocadora”.

Para decirlo de manera sencilla: **el apego desorganizado se enraiza en un self desorganizado**. El individuo, cuando está solo se siente inseguro y vulnerable por la proximidad de una representación torturadora y destructiva de la que no puede escapar porque es experimentada desde dentro del self en lugar de desde fuera del self.

A menos que su relación permita la externalización, se siente casi literalmente en riesgo de desaparecer, de la fusión psicológica y de la disolución de todos los límites entre sí y el otro.

Sintomatología del trastorno de personalidad borderline interpretado desde un enfoque psicoanalítico basado en la mentalización.

Revisemos brevemente algunos de los síntomas comunes en los estados borderline desde el punto de vista de este modelo.

1. **El sentido inestable del self** de muchos de estos pacientes **es una consecuencia de la ausencia de capacidad reflexiva**.

El sentido del self solo puede ser estable de manera ilusoria ya que cuando el self es “ajeno”, es decir, cuando el self está construido sobre la base de reflejos en la figura de apego no tanto del niño como del propio estado de la figura de apego, entonces, es externalizado en el otro y controlado allí. Lo que significa una completa proyección de lo intolerable por ajeno pero vivido como propio y terrible.

En estos casos el individuo a pesar de la fragilidad del self es **un agente activo que toma el control**. El alto precio pagado es que al forzar al otro a comportarse como si fuera parte de su propia representación interna, el potencial para una relación “real” se pierde, y el paciente está preparando el camino para el abandono.

2. **La impulsividad de estos pacientes puede ser debida asimismo a:**

a) falta de conciencia de sus estados emocionales asociada con la ausencia de una *representación simbólica* de los mismos, y

b) **la dominancia de estrategias físicas prementalísticas** centradas en la acción, particularmente en la relaciones amenazantes.

En el modo teleológico no mentalístico, que es un modo premental y no mentalizado del comportamiento del otro, se interpreta en términos de sus consecuencias observables, no como algo impulsado por el deseo o por las intenciones observables en su estado mental. Sin embargo, sólo cuando la conducta es interpretada como intencional, uno puede concebir influirlo a partir de modificar el estado mental del otro. Hablar de la conducta tiene sentido si el comportamiento del otro se explica a partir de deseos y creencias. Si, por el contrario, se interpreta únicamente según las consecuencias observables, se establece un tipo de “indefensión mentalística aprendida”.

Obviamente el modo de intervención será la acción física. Esta puede incluir palabras, que suenan como un intento de cambiar las intenciones de la otra persona, pero que son de hecho intimidación, esfuerzos para forzar a la otra persona a un curso de acción diferente.

Sólo se ve un estado final en la realidad física. Esto puede representarse en términos del cuerpo de esa persona. El paciente puede amenazar físicamente, golpear, dañar o incluso matar; alternativamente puede provocar, excitar o incluso seducir.

Estos pacientes aportan numerosos recuerdos de haber sido tratados de este modo. Un joven confesó a su padre que había roto accidentalmente una lámpara. El padre le tranquilizó diciéndole que no pasaba nada ya que no lo había hecho a propósito. Más tarde el padre vio que la lámpara rota era su favorita y golpeó a su hijo tan fuertemente que le rompió el brazo cuando este lo alzó para protegerse. En estos ejemplos, la mente del padre está trabajando de acuerdo a un modo no mentalizante (teleológico). La acción del padre está dirigida por lo que el infante ha hecho (resultado observable) y no por la intención que éste tuvo (estado mental).

3. La inestabilidad emocional y la irritabilidad tienen que ver con el modo en que se representan la realidad los pacientes borderline.

La ausencia de mentalización reduce la complejidad de esta representación lo que les lleva a la convicción de que sólo es posible una versión de la realidad, no pueden existir falsas creencias no hay malos entendidos (Fonagy & Target, 1996)

(N.T. falsas creencias se refiere a que cuando el sujeto es guiado por una actitud mentalizante considera que lo que hace el otro, aun cuando sea inadecuado con respecto a la realidad o para nosotros, depende de un sistema de creencias del cual la falsa creencia es su consecuencia).

Si la conducta del otro y el conocimiento de la realidad no encajan, normalmente intentamos comprender la conducta del otro en términos mentalizantes. Se puede aceptar una versión ultrasimplificada de forma acrítica. Este hecho lleva con frecuencia, especialmente en individuos que tuvieron un cuidado no - reflexivo, coercitivo, a construcciones paranoides sobre el estado desiderativo del otro.

La mentalización actúa como un amortiguador: cuando la conducta de los otros es inesperada, esta función amortiguadora permite al individuo crear hipótesis auxiliares sobre creencias que previenen conclusiones automáticas sobre intenciones maliciosas.

Una vez más, vemos al individuo traumatizado con una desventaja doble.

Los modelos internos activos (“modelos internos de trabajo”) basados en el abuso suponen que la malevolencia es lo más probable.

Independientemente, ser incapaz de generar hipótesis alternativas, particularmente en situaciones de estrés, hace que la experiencia de peligro sea aún más convincente. Normalmente, el acceso al amortiguador que significa la actitud mentalizante permite a uno *jugar con la realidad* (Target & Fonagy, 1996). **Pero si sólo existe una forma de ver las cosas, el intento por una tercera parte, como el del terapeuta, de persuadir al paciente que está equivocado puede ser percibido como un intento de enloquecerlo.**

Los esquemas interpersonales son notablemente rígidos en los pacientes borderline porque no pueden imaginar que el otro pudiera tener una construcción de la realidad diferente de la que ellos experimentan como convincentes.

En la actitud teleológica, la vida es simple: **el individuo ve el resultado de la acción, y esto es visto como su explicación.**

4. El **suicidio**.

Los clínicos están familiarizados con el enorme **temor de abandono físico en los pacientes borderline**. Esto, quizás más que ningún otro aspecto, alerta a los clínicos sobre los modelos de apego desorganizado con los que tales pacientes son forzados a vivir.

Cuando se necesita al otro para la propia coherencia, el abandono significa la reinternalización de la intolerable autoimagen “ajena”, y la consecuente destrucción del self.

El suicidio representa la destrucción fantaseada de este otro “ajeno” dentro del self. Los intentos de suicidio se buscan a menudo para evitar la posibilidad de abandono; parecen un último intento forzado de restablecer una relación. La experiencia del infante puede haber sido que sólo algo extremo consiguió producir cambios en la conducta del adulto, y que sus cuidadores emplearon medidas coercitivas similares para influenciar su propio comportamiento.

Mientras el suicidio y la autoagresión son **manifestaciones frecuentes del apego desorganizado en mujeres, en los hombres con patología similar es más común la violencia contra otras personas.**

Una persona así **sólo puede mantener una relación si esta le capacita para externalizar las partes “ajenas” del self.**

La relación que los hombres violentos se ven forzados a establecer es una en la que **el otro significativo puede actuar como un vehículo para los estados del self intolerables.**

Ellos controlan su relación a través de una cruda manipulación para engendrar la autoimagen que intentan desesperadamente olvidar. Recurren a veces a la violencia cuando la existencia mental independiente del otro amenaza este proceso de externalización. En estas ocasiones, se adopta una acción radical y dramática porque el individuo está aterrorizado por la posibilidad de que la coherencia del self adquirida a través del control y la manipulación sea destruida por el retorno de lo que ha sido externalizado.

El acto violento en estos momentos tiene una función doble.

Primero, recrear y reexperimentar el self “ajeno” dentro del otro y, **segundo**, destruirlo en la creencia inconsciente que será destruido para siempre.

Al percibir el terror en los ojos de su víctima, son reasegurados de nuevo y la relación recupera su importancia máxima donde esta externalización es posible e indudablemente absoluta.

Permítaseme concluir considerando con algún detalle la presentación clínica de los hombres implicados en el abuso de sus parejas en términos del marco teórico propuesto, basada tanto en las descripciones clínicas disponibles y en nuestras propias entrevistas con hombres cuya violencia fue suficientemente extrema como para ser encarcelados.

5. La escisión, la representación parcial del otro (o del self) es un obstáculo común para la adecuada comunicación con este tipo de pacientes.

La escisión se produce porque es difícil comprender e integrar las intenciones propias y ajenas debido al déficit de mentalización. Además esta tarea es más difícil por las actitudes contradictorias del abusador.

La solución que encuentra el niño que no puede integrar las experiencias es **escindir la representación del otro en diversos subconjuntos coherentes de intenciones (Gergely, 1997), principalmente una identidad idealizada y una persecutoria.**

El individuo encuentra imposible emplear ambas representaciones simultáneamente.

La escisión posibilita al individuo crear imágenes mentalizadas de otros pero que son inexactas, ultrasimplificadas y sólo permiten una ilusión de un intercambio interpersonal mentalizado.

6. El sentimiento de vacío.

El sentimiento de vacío es una ausencia de sentido. Una falla en la mentalización que es una consecuencia directa de la falta de representaciones del self en el nivel consciente y también de la superficialidad con la que se experimenta a los demás en sus relaciones.

El abandono de la mentalización, la ausencia de mentalización crea un profundo sentimiento de aislamiento y falta de conexión.

Para experimentar el estar con otra persona tiene que haber una mente; tiene que haber una mente para sentir la continuidad entre el pasado y el presente, la conexión es proporcionada por los estados mentales; **el vacío y, en extremo, la disociación** es la mejor descripción que tales individuos pueden dar de la ausencia de sentido que crea el fallo de la mentalización.

El presente texto ha sido compuesto en el marco de las sesiones docentes que el CPM lleva a cabo en Murcia, sesiones a las que fui invitado como **profesor invitado**, no titular de dicho centro, sobre la base de establecer un texto de estudio tanto para los alumnos como para el propio docente. Se trata pues un texto del que no se reclama autoría. Con la finalidad de dejar claro las partes objeto de resumen y los comentarios se propone un texto en dos colores: negro para los resúmenes de los autores y azul para los mencionados comentarios.

Los textos consultados son:

Conceptos relacionales en psicoanálisis. Una integración. Stephen Mitchell. Edit. Siglo XXI

Narcisismo. Autoestima, identidad, alteridad. Luis Hornstein. Paidós Profunda.

Avances en Psicoterapia. Hacia una técnica de intervenciones específicas. Hugo Bleichmar. Paidós.

Apegos patológicos y acción terapéutica. Fonagy, Peter Aperturas, revista electrónica, nº4.

Psicoterapia para el trastorno Límite de Personalidad. Tratamiento basado en Mentalización. Edit. Universitaria. A. Bateman, P. Fonagy.

La práctica convulsionada: clínica del narcisismo Luis Hornstein.