

29 de abril 2025

Nuevas aportaciones acerca del tratamiento psicoanalítico del paciente *borderline*¹

Eduardo Braier

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

Introducción

El presente trabajo es una continuación del que fuera publicado en la revista *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, bajo el título de “El tratamiento psicoanalítico del paciente *borderline*” (Braier, 2023), en el cual expuse los criterios fundamentales de mi modalidad de abordaje terapéutico del enfermo *borderline*, basados en buena medida en teorías y propuestas freudianas y ferenczianas.

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

Describiré algunas aportaciones personales en lo que a hipótesis y conductas

¹ Versión modificada y ampliada del artículo del mismo título, publicado en la Revista *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia*, Año XI, N° I, Abril 2024.

terapéuticas se refiere. Las mismas giran por una parte en torno a:

a) La *desidentificación terapéutica* y la *estructuración* o la *reestructuración identificatoria* del paciente, temática sobre la cual me vengo ocupando desde hace ya mucho tiempo (Braier, 1988; 1989; 1990; 1990 a; 1990 b; 2003; 2004; 2009), si bien en este caso me centraré en lo que de ella concierne específicamente al sujeto límite.

No es habitual que se citen estas nociones en la literatura psicoanalítica; a lo sumo se suelen mencionar como al pasar. Por otra parte -estoy seguro de ello- pueden resultar altamente polémicas².

b) Haré además especial hincapié en la importancia que a mi juicio, proveniente especialmente de mi propia experiencia clínica, posee el ayudar terapéuticamente al enfermo *borderline* a que logre vincularse con un *buen objeto externo significativo*, así como a la preservación del vínculo con el mismo. He venido abordando esta cuestión en trabajos anteriores (Braier, 2012; 2018).

Desidentificaciones e identificaciones en el paciente *borderline* durante el tratamiento psicoanalítico

En las contribuciones anteriores (Braier, 2012; 2018) que acabo de mencionar, he expuesto un modelo explicativo de *la estructura límite*. Lo hice desde una concepción personal, apoyándome para ello en contribuciones de diversos autores, pero sobre todo a punto de partida en las teorías freudianas. Propuse por entonces que la patología *borderline* sea considerada *una estructura* (como

² Pero siempre hay excepciones a la regla. En nuestro medio y recientemente se destaca en la bibliografía sobre el tema el libro *Los huéspedes del yo. Las identificaciones y desidentificaciones en la clínica psicoanalítica*, editado por Teresa Olmos de Paz (2018).

también lo vienen haciendo algunos autores), al igual que las clásicamente reconocidas como tales, vale decir, la neurótica, la perversa y la psicótica (y a las cuales, dicho sea de paso, personalmente añadiría las caracteropatías y algunas otras patologías). Pero no es mi intención volver sobre este tan complejo como controvertido asunto de las estructuras psicopatológicas, puesto que nos desviaríamos demasiado del objetivo de esta presentación. Vayamos, pues, al grano.

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

- a) La creación -compensatoria- de las que he dado en llamar *seudoidentificaciones protésicas*. (Braier, 2003).
- b) La expectativa de resolución de sus déficits por medio de la búsqueda imperiosa de un objeto, a los fines de establecer con este una relación salvadora. Dicho objeto puede estar representado por personas (ej.: pareja, sujetos varios, con una actividad sexual compulsiva e indiscriminada), así como por las drogas, el alcohol, los alimentos, etcétera.

El déficit en la matriz identificatoria se traduce en una insuficiente conformación del yo y del superyó del enfermo límite, lo que da lugar a diversas alteraciones en su funcionamiento mental. En lo que atañe a las funciones yoicas, se observan dificultades para neutralizar las ansiedades, trastornos -a veces graves- en el desarrollo del pensamiento (pobreza simbólica y del mundo de fantasías, etc.), así como en la trasmisión oral y en la comprensión del pensamiento ajeno. Esto último suele crear durante la psicoterapia ostensibles dificultades para el *insight*³.

³ Como ya mencioné en el primero de mis artículos acerca del tratamiento del paciente *borderline* (Braier, 2023), de las fallas de la mentalización en pacientes límite y otras patologías preedípicas se viene ocupando eficazmente y desde hace bastante tiempo Gustavo Lanza Castelli, psicoanalista argentino radicado en España. Querría ahora añadir que, frente a lo que sería una visión macroscópica o aun meramente descriptiva de los diversos trastornos del pensamiento, *la teoría de la mentalización* supone a mi criterio una suerte de mirada microscópica y exhaustiva, que desmenuza estas perturbaciones desde teorías sólidamente fundadas; ello es necesario para intentar comprender las a menudo severas

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

El enfermo limítrofe suele padecer un estado depresivo a la manera de telón de fondo, el que correspondería a una depresión esencial. A ella se han referido autores como Bergeret (1974) y Green (Green, 1977). Según mi criterio (Braier, 2012; 2018), dicha depresión podría responder en principio a que el yo ideal *carece de una identificación primaria lo bastante consistente*, la cual, como sabemos, adviene de la relación con el objeto en función materna, en tanto que este yo primitivo, producto de la fusión con dicho objeto primario, sería la fuente inicial de la autoestima (esta última posteriormente dependerá también de la relación del yo con el ideal y de los suministros narcisistas provenientes del mundo exterior). Nos estamos refiriendo, pues, a una depresión narcisista y anaclítica, que cursa con una baja autoestima, producto de una verdadera orfandad afectiva. Esta es a su vez debida a abandonos, negligencias, maltratos corporales o psicológicos y/o abusos sexuales reiterados, sobre todo por parte de las figuras parentales. Tales hechos han sido especialmente destacados en un

dificultades en el funcionamiento mental de estos enfermos e incluso ayudarlos a lograr cambios favorables en lo que a esto respecta.

Agregaré aquí algunos breves comentarios más sobre el particular. Lanza Castelli aboga por un modelo que integre el *psicoanálisis y la teoría de la mentalización*. Esta última, nos lo recuerda su autor (Lanza Castelli, 2023 b), nace como un constructo a comienzos de los años noventa del siglo pasado, bajo la denominación de *Mentalización Reflexiva*, habiendo sido creada por P. Fonagy y un grupo de psicoanalistas bajo su liderazgo, precisamente cuando se iba comprobando que el tratamiento psicoanalítico no tenía el mismo éxito con la patología no neurótica que con las neurosis. Lo observaban en especial en los enfermos fronterizos. En sus recientes escritos (Lanza Castelli, 2023; 2023 a) mi compatriota no solo se ocupa de describir la *Mentalización Reflexiva*, sino que añade de su propio cuño la vertiente que denomina *Mentalización Transformacional*. Asimismo nos ilustra acerca de estrategias e intervenciones varias, empleadas durante la práctica misma de una psicoterapia psicoanalítica, las que resultan sumamente útiles para lograr mejores resultados terapéuticos, por lo que recomiendo al lector interesado acudir a sus textos.

comienzo por Ferenczi, en contribuciones hoy ya bien conocidas y valoradas (Ferenczi, 1929; 1932 a), y analizados muchos años después minuciosamente por Arnaldo Rascovsky en su *teoría del filicidio* (A. Rascovsky, 1973; 1986; 2000)⁴. Pero esta *patología del desamparo*, tal como acertadamente la denominan algunos autores, también puede deberse a otras causas que provocan el déficit de las funciones parentales, como puede suceder en el caso de una depresión materna, por ejemplo. Una muestra prototípica de esto último sería el denominado *síndrome de la madre muerta*, descrito por Green (1980).

En cuanto al superyó, en estos pacientes podemos encontrarnos con una conformación insuficiente del mismo para poner límites útiles al yo, pero también con una instancia arcaica y sádica que lo fustiga y que suele ser consecutiva a introyecciones e identificaciones con figuras parentales filicidas.

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

Las *seudoidentificaciones protésicas* son características de la estructura limítrofe (Braier, 2003; 2004; 2009; 2012; 2018). A través de ellas estas personas intentan en vano adquirir un sentimiento de sí mismo, puesto que las mismas operan a manera de dobles a los cuales recurrir para desmentir el vacío de identidad. (Habida cuenta de la relación existente entre la identidad y las identificaciones estructurales). Aferrándose a estas *seudoidentificaciones*, que suelen por lo demás ser inestables, heterogéneas y hasta antagónicas entre sí, los enfermos procuran al mismo tiempo elevar su disminuida autoestima, traducida

⁴ Rascovsky se refería sobre todo a todas aquellas conductas agresivas de los progenitores que él calificaba como *filicidio atenuado*.

en la mencionada depresión anaclítica a la que han quedado condenados ante la ausencia o la falta de amor del objeto primario. Por medio de tales producciones el enfermo limítrofe puede también a veces querer “convertirse” en otros, en su tentativa de huir de sí mismo, cuando su autopercepción es la de un ser desvalido y/o perseguido, por ejemplo (Braier, 2003).

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

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

Juzgo oportuno y necesario ilustrar esta problemática exponiendo además un caso clínico, para lo que brindaré algunos datos acerca de Enric, un hombre al que ya me he referido en otra oportunidad y que por entonces llamé “el paciente mutante” (Braier, 2018). Entiendo nos será útil para apreciar los trastornos de la identidad y la creación de seudoidentificaciones en el enfermo fronterizo. Paralelamente apreciaremos en este caso serias deficiencias yoicas y superyoicas, que habrán de traducirse en gruesas fallas en el funcionamiento mental, así como en actuaciones transgresoras de características sociopáticas.

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

Aceptó acudir a una entrevista conmigo sin evidenciar mayor interés, ante la insistencia de sus progenitores, en particular de su padre, quien poco lo había emplazado a que se tratara; de no hacerlo, le amenazó con no seguir manteniéndolo. Fue también su padre, que había oído hablar de mí, quien me pidió, poco menos que encarecidamente, que aceptara atenderlo, a sabiendas de los fracasos y finales casi siempre violentos de los

anteriores intentos terapéuticos emprendidos con Enric. (Este había pasado por un número considerable de terapias, de las más variadas orientaciones).

Este nuevo intento impresionaba de entrada, lamentablemente y tal como suele decirse, como “la crónica de una muerte anunciada”. No obstante me presté a ello con buena disposición e interés.

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

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

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

Con el paso del tiempo las conductas inadaptadas, extravagantes y rebeldes de Enric habían despertado la reacción de sus padres y gradualmente fue experimentando un rechazo por parte de estos, o al menos él se sentía rechazado por ellos.

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

La descripción que de él me hizo su madre lo mostraba, entre otros rasgos, como alguien con grandes tendencias al *acting out*, al tiempo que como mitómano y manipulador.

Enric vivía solo, en un piso alquilado. A menudo emprendía largos viajes, en los que solía meterse en líos.

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

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

No tenía afición alguna ni le preocupaba no tenerla, aunque admitió que quizás el ir de compras podría llegar a producirle cierto entusiasmo.

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

Más allá de los asiduos cambios en su aspecto físico (en cuanto a dejarse crecer una mullida barba y bigote que le daban apariencia de joven intelectual y que de pronto se afeitaba totalmente, alternando de forma continuada entre uno y otro estado, como en realidad observamos también en adolescentes y adultos jóvenes de hoy), puedo asegurarles que cada sesión (tenía dos por semana, cara a cara) me encontraba con un paciente “distinto”, no solo en cuanto a su aspecto, sino también en lo que se refiere a los aparentes rasgos de personalidad, lo cual al principio me resultó algo francamente desconcertante, ya que no sabía a qué atenerme. Quién o cómo era Enric? Hasta que descubrí que la cuestión consistía precisamente en eso, en las continuas mutaciones, en la que su comportamiento resultaba ser temporario, inauténtico y hasta contradictorio. Si en una ocasión me recordaba a un disminuido mental, a la sesión siguiente podía, por el contrario, aparentar ser listo y hasta poseyendo un barniz intelectualoide, lo que engañosamente insinuaba además la posibilidad de que tuviera ciertos intereses culturales y hasta de estar en mejores condiciones de reflexionar y comprender durante la terapia la naturaleza de sus problemas. Ello se explicaba

también en relación con las oscilaciones en sus procesos de mentalización, que con frecuencia presentaban severas perturbaciones y deficiencias, si bien fugazmente parecía funcionar de un modo más o menos adecuado. Sus comentarios se limitaban a menudo a frases hechas. Otras, por el contrario, evidenciaban serias fallas del pensamiento, que se evidenciaba como pobre, más bien concreto, disperso o aun incoherente. Por otro lado, mostraría siempre una propensión a experimentar malos entendidos cuando me dirigía a él y una escasa o nula capacidad de insight.

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

Podía inferirse que Enric, que no lucía especialmente ansioso ni con la tan habitual depresión anaclítica que suele observarse en estos enfermos, desmentía constantemente su propia inconsistencia psíquica, aferrándose para ello a seudoidentificaciones protésicas, en extremo cambiantes. Yo tenía, pues, una especie de Zelig en mi consulta...

Daba la impresión de que intrapsíquicamente el enfermo se las arreglaba a su manera con sus seudoidentificaciones, las que le conferían una ilusión de identidad; así se sentía al menos “alguien”, aunque fuese -para tomar algún ejemplo dentro del conjunto de sus diferentes máscaras- un *yonqui* o un sociópata. Obraba además episódicamente como tales, dada cierta eficacia psíquica de estas seudoidentificaciones en cuanto a condicionantes de su conducta, lo que lo llevaba en ocasiones a deambular por ambientes marginales, en consonancia con su supuesta identidad, y a alternar con sujetos de baja estofa. De este modo, al mismo tiempo, Eric luchaba por mantener una cierta autoestima, mellada como consecuencia de la existencia de un yo primitivo endeble, lo que a la vez daba lugar a fantasías defensivas megalómanas y bizarras que explicarían, por ejemplo, sus rasgos desafiantes, prepotentes y torpemente arrogantes, basados en un supuesto

coraje o poder centrado en la violencia física y en su postura rebelde ante la sociedad.

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

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

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

Tiempo después, pude enterarme de la existencia de un establecimiento expresamente dedicado a la atención del también conocido como trastorno límite de la personalidad (TLP), con orientación psicodinámica, situado cerca de Barcelona. A todo esto Enric, según me relató su padre, se encontraba en esos momentos a punto de salir ... de un encierro carcelario. Había estado confinado durante un año en una suerte de reformatorio, cumpliendo condena a raíz de múltiples infracciones de tráfico (solía conducir una motocicleta), lo que inesperadamente tuvo un resultado positivo, cosa que él mismo llegó a afirmar. Allí, según dijo, lo trataron bien. Durante un tiempo al menos experimentó lo que era una vida ordenada y sin excesos; se tranquilizó y amansó bastante. Ello significó un buen augurio de lo que podría ocurrir con la institución asistencial en la que a continuación y eventualmente habría de ser asistido. Para ello medié con un colega. Se me informó que Enric sería aceptado y que se llevaría a cabo un tratamiento y seguimiento dentro de la modalidad de un hospital de día. En definitiva, creo que en tales circunstancias esta puede ser la mejor opción. Frente a formas graves de patología límite un solo terapeuta y una psicoterapia más o menos convencional probablemente no son suficientes y tienen un alto riesgo de fracasar.

Espero algún día recibir buenas noticias de Enric, dentro de lo que cabe esperar.

En cuanto al punto de vista terapéutico acerca de las seudoidentificaciones, cabe preguntarnos: ¿cómo deberíamos obrar ante estas durante el tratamiento? Diría que a veces no es preciso hacer gran cosa para que cedan, puesto que, como antes mencioné, son transitorias e inconsistentes, sucediéndose unas a otras. Sin duda hemos de intentar comprender, desde una posición empática, el desconcierto identitario del paciente y de ir gradualmente tratando de que pueda hacer frente, por medio de nuestras intervenciones verbales, a esta “difusión de su identidad” (Kernberg, 2007; 2012).

Pero en casos como el de Enric nuestra intervención activa puede en ocasiones llegar a ser especialmente necesaria. Me refiero al momento en que estas seudoidentificaciones dan lugar a conductas inapropiadas o perjudiciales para el propio enfermo, los demás y/o el tratamiento. (Ej.: cuando Enric, sintiéndose un lumpen, incursionaba por ambientes peligrosos). En tales circunstancias puede estar indicado obrar activamente para poner límites útiles al yo del sujeto, a la manera de un superyó auxiliar.

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

La acción desidentificatoria del psicoanálisis

La desidentificación terapéutica se ejerce sobre las identificaciones patógenas, que son aquellas identificaciones, estructurales o temporarias, potencial o concretamente generadoras de manifestaciones psicopatológicas, tales como

rasgos caracteropáticos y/o síntomas, inhibiciones, afectos displacenteros y alteraciones de la conducta.

Como tantas otras veces y con no poco asombro, nos enteramos que también en esta temática Sandor Ferenczi ha sido un pionero. El maestro húngaro habría de referirse en su *Diario clínico* a la *identificación alienante*⁵, con la que el paciente compensa el vacío (Ferenczi, 1932).

Querría señalar que en los sujetos fronterizos y según mis apreciaciones, la problemática no se limita a la presencia de las ya citadas seudoidentificaciones, sino que es dable considerar la existencia de verdaderas *identificaciones patógenas*. Entre ellas quiero destacar a las llamadas *tanáticas* por H. Mayer (1982), cuya investigación y consiguiente descripción he continuado en estos últimos años (Braier, 2009; 2012; 2018). Cargadas de pulsión de muerte y profundamente incrustadas en su psique, el sujeto estaría destinado a lidiar con ellas a lo largo de su vida. Se trata de identificaciones yoicas y superyoicas tempranas y pasivas (“Ser identificado con...”)⁶. Pueden instalarse a partir de un yo y un superyó rudimentarios, desde las primeras etapas del desarrollo y de allí en adelante. Son inoculadas con violencia, dado el poder identificatorio de los objetos externos significativos, entre los que destacan las figuras parentales.

De este modo se produce una identificación, por ejemplo, con *lo desechable*, con *el que debe morir*. Cabe inferirlo, entre otras cosas, de frases horribles que vuelcan algunos progenitores sobre su hijo/a, tales como: “Eres una mierda, una rata”, o “eres un feto al que ojalá hubiera abortado”, etc., que generan en la víctima ideas de ruina, baja autoestima, pensamientos suicidas, etc. Es que a tales identificaciones se van sumando mandatos tanáticos que son introyectados, así como nuevas calificaciones despectivas, categorizaciones desvalorizantes y humillantes. Tales identificaciones constituyen una contrapartida del vacío

⁵ Deduzco que el concepto que décadas más tarde García Badaracco (1985) describiría como el *objeto enloquecedor* en los psicóticos, tendría mucho que ver con este aporte de Ferenczi.

⁶ Hay descripciones de autores como P. Aulagnier (1980) y N. Marucco (1999) que mencionan la existencia de este tipo de identificaciones pasivas.

identificadorio, aunque, claro está, para mal del enfermo. Tiempo atrás he suministrado varios ejemplos clínicos de estos casos (Braier, 2009, pp 133-140). Aquí solo reproduciré uno de ellos (pp 135-137), con algunos pequeños cambios en la redacción.

Mercedes, de veintinueve años en el momento de consultar y de agradable presencia, luce unas oscuras gafas de sol durante la primera entrevista. Dice a su entrevistadora⁷:

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

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

Vive sola...

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

No fue una hija deseada. Lo que sabe se lo ha sonsacado a algunos familiares. Al parecer, Mercedes nació en un centro de madres solteras. Su madre, por entonces una menor (solo tenía dieciséis años), sufrió abusos sexuales por parte del cura del pueblo, del cual finalmente se embarazó. El aborto era impensable por entonces. Fue así que la joven dio a luz a Mercedes.

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

⁷ Este material proviene de una supervisión que llevé a cabo.

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

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

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

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

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

Esta joven arrastra un estado depresivo crónico. Los antidepresivos que ingirió durante varios meses tampoco surtieron efecto. Hace largo tiempo que está de baja laboral.

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

Para colmo de males, cuando se conecta con los demás, con lamentable frecuencia aflora un gran enfado, que hace que acaben rechazándola, por imperio de una compulsión de repetición que está más allá del principio de placer (Freud, 1920). En efecto, su conducta autodestructiva la empuja a ser siempre la rechazada, la que debió ser abortada.

Estamos frente a otro caso de *neurosis de destino*, pero que es mejor comprendido, a mi juicio, si añadimos la hipótesis de la existencia de *identificaciones tanáticas*. A este respecto cabe mencionar que Mercedes reveló a su terapeuta durante el tratamiento que

su madre quiso en una ocasión envenenarla con un raticida y a continuación ingerir ella el mismo veneno para eliminarse.

“Es muy duro no tener identidad”, dice Mercedes, aludiendo a no haber sido reconocida por sus padres. Y también suele repetirse: “Soy una puta mierda”. Yo diría en cambio que ella carga con una identidad, surgida de identificaciones pasivas y tanáticas, tal vez significada inicialmente como un feto a punto de ser abortado, a lo que ulteriormente se añadiría la de una rata que debe ser exterminada.

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

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

Personalmente, desde el punto de vista estrictamente terapéutico, me parece de sentido común y no encuentro una opción más atinada frente a las identificaciones patógenas, que aspirar a alcanzar una desidentificación.

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

objetivos investigativo/terapéuticos: hacer consciente lo inconsciente.

Se abre a partir de entonces la posibilidad de llevar a cabo una labor interpretativa que, ante la permanencia y el poder psíquico de ciertas identificaciones patógenas y los efectos de la compulsión de repetición, habrá de requerir que nuestras intervenciones se reiteren, toda vez que reconozcamos sus efectos sobre el sujeto (“Aquí de nuevo, aquí otra vez”). Así lo señalé hace ya mucho tiempo (Braier, 1988; 1989).

De resultar factible, será útil además emprender a lo largo del análisis una labor de *historización* de tales identificaciones, para así poder arribar a sus posibles orígenes, motivos y mecanismos de producción. ¿Son yoicas y/o superyoicas? ¿Son defensivas, o bien pasivas, como consecuencia de una violencia ejercida por el objeto sobre el sujeto?

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

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

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

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

Hay una diferencia considerable en lo que respecta a los resultados de *la acción*

desidentificatoria de acuerdo con el tipo de identificaciones que se trate. Así tenemos que:

a) cuando atañe a identificaciones patógenas que *subyacen a síntomas* (recordemos el caso Dora, como ejemplo prototípico), angustias u otras alteraciones anímicas, inhibiciones y actuaciones de naturaleza neurótica, en cuyo origen han participado, tenemos más probabilidades de que nuestra labor se vea coronada por el éxito (aunque no es menos cierto que a veces también cuesta mucho obtener buenos resultados, o bien estos no llegan a conseguirse).

b) cuando se trata de *identificaciones patógenas estructurales* (identificaciones en el yo y/o en el superyó), vale decir propias del núcleo duro de la estructura caracterológica del sujeto, la tarea suele ser ardua y el resultado más incierto; pero soy de la opinión de que al menos *hay que intentarlo*, con mayor razón en aquellas ocasiones en las que se cuenta con las condiciones adecuadas para poder realizar un análisis profundo, intensivo y prolongado del analizando, a la espera de que, de no obtenerse ciertas *modificaciones cualitativas* en el carácter (por desidentificaciones en el yo y/o el superyó del sujeto), al menos se produzcan *modificaciones cuantitativas*. Ej.: que una persona masoquista acabe siendo *menos* masoquista. Recordemos al respecto que tanto Reich (1933) como Fenichel (1945) sostuvieron que todo análisis (se referían, desde luego, a la cura clásica) es un análisis del carácter, tarea en la que considero razonable albergar expectativas de obtener éxitos terapéuticos en lo que respecta a las alteraciones caracteropáticas. Este es sin duda el objetivo más ambicioso del método psicoanalítico, al que no aspira ni puede aspirar, hasta donde yo sé, ninguna otra modalidad psicoterapéutica. Hablamos aquí del *cambio psíquico* representado por un *cambio estructural* en el analizando.

Dentro del terreno de las identificaciones patógenas estructurales cabe incluir los casos en que nos proponemos lograr una desidentificación cuando nos encontramos – y esto se presenta con frecuencia en la clínica psicoanalítica- con un superyó primitivo y cruel. Ello nos evoca de inmediato el famoso trabajo de J.

Strachey “Naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis”, que he revisitado minuciosamente años atrás (Braier, 2005) y que, en una reinterpretación de sus mecanismos íntimos, consideré por entonces que, en el cambio producido en el superyó según lo descrito por Strachey, cabría inferir la existencia de una acción desidentificatoria en lo que concierne a las identificaciones patógenas que integran el superyó arcaico. Esto es, en cierto modo, aplicable al superyó de ciertos pacientes límítrofes.

Pero no sin razones, hay quienes dudan o directamente descartan toda posibilidad de lograr una desidentificación inherente a la constitución del superyó (y a las identificaciones estructurales en general) y, por ende, una modificación cuali o cuantitativa del mismo. (De acuerdo con la concepción freudiana del yo como un conglomerado de identificaciones). De todos modos, lo innegable es que ante determinadas circunstancias adversas y que ocasionan diversas perturbaciones y padecimientos, es conveniente y viable que el paciente pueda al menos reflexionar en el momento oportuno acerca de la posibilidad de que determinada identificación patógena que anida en su ser y ya reconocida por él como tal, esté operando activa y nocivamente sobre él. (Como cuando se habla del “padre interno” cruel y perseguidor). Sucede que en estos trances no es poca cosa ni para nada desdeñable el *darse cuenta*, tomar conciencia de ello a tiempo, para intentar frenar y así combatir o aun evitar la acción perniciosa de la identificación patógena, que se supone operante. Podemos en consecuencia convenir que quienes sostienen que la estructura del superyó es inmodificable, desde una meta teórica del análisis basada en la metapsicología freudiana habrán de limitarse a la fórmula que Freud anunció en *El yo y el ello*: esto es, **lograr que el yo -del paciente- sea más independiente de su superyó.**

La estructuración/ reestructuración identificatoria del paciente

Es de esperar que la acción desidentificatoria se acompañe o se vea sucedida de un recambio identificatorio, con identificaciones *normogénicas* (García

Badaracco, 1985) que advengan espontáneamente o bien como consecuencia de la interacción con el analista, incluso emanadas de la presencia y conducta terapéutica de este.

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

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

Aunque la modalidad técnica preconizada por Strachey pueda básicamente corresponder al análisis de sujetos neuróticos (y dicho sea de paso, bajo un encuadre dotado de las mejores condiciones, propias de la cura clásica, lamentablemente cada vez menos frecuente de realizar en los tiempos que corren), entiendo que estos cambios en el superyó podrían ser considerados también una meta potencialmente alcanzable -al menos parcialmente- en pacientes no neuróticos, siempre y cuando el proceso terapéutico se realice contando con un encuadre contenedor y que permita una labor interpretativa de “la enfermedad transferencial” (Braier, 2005). Pero no he de extenderme en este punto puesto que ello superaría los límites de este trabajo.

En consonancia con las deficiencias y alteraciones estructurales que han sido descritas en el enfermo limítrofe (se trata de una patología de déficit antes que de conflicto) y más allá de la acción desidentificatoria del tratamiento, no debemos perder de vista un objetivo terapéutico fundamental e ineludible, que no es otro que el de *ayudarlo a construir y/o fortalecer su yo*, eventualmente también su superyó, cuando a su vez este último es escasamente consistente.⁸ En estos casos entendemos que es sobre todo la madre (u otro objeto externo que haya ejercido la función materna) quien habría fallado/faltado⁹, aunque no exclusivamente: la falla o falta puede también haber recaído en la función paterna, afectando especialmente en lo tocante al superyó. Ahora bien, cuando aludo a la madre o al objeto externo en función materna me refiero a la madre en su condición de yo auxiliar, en tanto figura protectora, de contención y de espejo. Si como tal no funciona adecuadamente, generará en el niño una falla narcisista primaria.

Vayamos, pues, a este otro punto álgido dentro de la metapsicología de la cura, que me parece tan importante como poco frecuentado dentro de la literatura psicoanalítica: A todo esto, ¿qué podría implicar aquello de “ayudar a construir un yo” (y/o un superyó) en el paciente fronterizo?, frase que oímos decir, pero que no suele ir acompañada de la enunciación de hipótesis explicativas.

Llegados a este punto, lo que veremos a continuación requiere quizás de un esfuerzo especial de imaginación por parte del lector, que va algo más allá del habitual en estas cuestiones metapsicológicas. En el psicoanálisis esto es siempre necesario y bienvenido para fomentar la creatividad y la inventiva, de modo tal

⁸ Como acabamos de ver, en otros casos en cambio el objetivo sería intentar un cambio cuali y /o cuantitativo en la instancia crítica, en el sentido de lograr que sea menos sádica y más benevolente.

⁹ En este punto sigo a Balint (1968). Más adelante volveré a referirme a este aporte de quien fuera paciente y discípulo de Ferenczi, al tiempo que también húngaro, como su maestro.

que nos permitan conjeturar y así conducirnos a la formulación de nuevas hipótesis metapsicológicas, tanto psicopatológicas como terapéuticas.

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

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

El fronterizo arrastra una fijación a un trauma precoz, expresión del desencuentro con el objeto primario y del consecuente desamparo que implicó el fracaso de la instauración de identificaciones primarias sólidas. Recordemos que, una vez más, fue el propio Freud (1939 [1934-38]) quien, aludiendo a los traumas precoces, los sindicó como causantes de los “daños tempranos del yo (mortificaciones narcisistas)”¹⁰.

Por ende, cabría pensar en la posibilidad de al menos proponernos el intento terapéutico de favorecer el desarrollo de una *estructuración identificatoria*; se trataría en estos casos -me aventuro a llamarlo así, parafraseando a Freud- de “un nuevo acto psíquico” (Freud, 1914), una suerte de *neogénesis*, diferente del sentido que le diera Silvia Bleichmar (1999).

Es esto una utopía? Aún está por verse. Al menos cabría admitir la existencia de un cierto potencial neogenético en la pareja terapéutica. Pero, en todo caso, ¿cómo se generarían estas nuevas identificaciones? Por lo pronto diremos que se trata de una tarea que en mi opinión estaría asociada a -y condicionada por- la constancia y estabilidad de la presencia de este último junto al paciente, tal como

¹⁰ He desarrollado con cierta minuciosidad esta importante cuestión en un trabajo anterior (Braier, 2009), por lo que no he de extenderme ahora en ello.

anticipé en la primera parte de este estudio acerca del tratamiento del enfermo *borderline* (Braier, 2023, p p 14-16).

Sabemos que la *constancia del objeto* con frecuencia es algo que faltó en el *borderline*. Podríamos resumir esta cuestión parafraseando a Nacht (1966), al aludir a la necesidad de “la presencia del psicoanalista”, que fue como este autor tituló a su conocido y valioso libro y al que también me he referido antes (Braier, 2023).

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

Importan asimismo la capacidad de *empatía* -en el sentido ferencziano- y de contención del analista, que *permitirían la gradual introyección en el paciente de objetos “buenos”* (Klein *dixit*) *y la eventual posibilidad de formación de nuevas identificaciones*, “saludables” y estructurantes, tanto yoicas como superyoicas, aunque más no fuera que operen de un modo vicariante y compensatorio en estos pacientes, aquejados, como venimos mencionando, de marcados déficits en su organización psíquica. Y digo esto porque es razonable pensar que las identificaciones que ahora puedan crearse no podrían igualarse a las primeras o primarias en su carácter fundante y estructurante del aparato psíquico; nunca será lo mismo.

Sigamos adelante. La siguiente pregunta sería: ¿de dónde podrían provenir las nuevas identificaciones?

Considero que podría tratarse de:

a) *identificaciones preexistentes* en el mundo interno del sujeto, hasta entonces sumergidas, que habrían de surgir o resurgir, reactivándose ahora, puesto que hasta entonces habían sido relegadas y anuladas total o parcialmente por las identificaciones patógenas. Estas últimas estaban dotadas de una mayor investidura, ahora decrecida por la acción desidentificatoria. Cuando las antes encubiertas asoman, siendo atisbadas por el analista, es importante que este

procure que el paciente tome conciencia de ello.

Pero hay que decir que todo esto sería más plausible que ocurra en un neurótico, poseedor de ciertas *reservas yoicas* (García Badaracco, 1985), antes que en un paciente *borderline* grave, que precisamente se caracteriza por carecer de un patrimonio identificadorio.

A renglón seguido, y antes de seguir enunciando otras fuentes posibles de nuevas identificaciones en el paciente, estimo necesario aclarar mi punto de vista acerca de las relaciones objetales.

Toda relación con un objeto externo significativo, y sobre todo si esta se prolonga en el tiempo, es a mi juicio capaz de dar lugar, entre otros fenómenos, a internalizaciones y posteriores identificaciones con ese objeto, como consecuencia natural de la interacción existente entre sujeto y objeto, en la que operan permanentemente mecanismos proyectivos e introyectivos. La *teoría del vínculo*, introducida por Berenstein y Puget (1997), nos permite precisamente rescatar el efecto benéfico que actuales y nuevas relaciones que se añadan en la vida del sujeto fronterizo pueden llegar a alcanzar, de modo tal de contrarrestar en cierta medida el peso de su historia vital y de las consiguientes deficiencias y contingencias de su mundo interno, las que podrían condenarlo a una existencia invariablemente desdichada (por imperio, entre otras causas, del déficit estructural, la acción de las identificaciones patógenas y de la compulsión de repetición -más allá del principio de placer- de los traumas infantiles tempranos). El efecto benefactor del buen objeto sobre el sujeto, deviene no solo de la relación libidinal que con él se establece sino también, en mi opinión, de su introyección en calidad de objeto interno bueno y de su potencial identificación con este. Recordemos además que para la producción de identificaciones estructurales, A. Rascovsky ha destacado la importancia de *la presencia real del objeto* (Rascovsky, 1973). Todo esto nos da más motivos para *la esperanza*, al no limitarnos a pensar que, dada una historia infantil de carencias y de traumas repetitivos, el sujeto quedará inexorablemente condenado, y sin tener que

sentirnos conminados a sentenciar que, de ser así, “la suerte está echada”, que la historia infantil y solo ella es lo que marcará el destino de la persona adulta. Desde luego, ¿qué psicoanalista que se considere tal puede dudar de la enorme influencia del pasado, cuando es acaso el principal factor interviniente en nuestra dilucidación acerca de la naturaleza psíquica que presenta todo sujeto adulto? Pero no es menos cierto que este *juicio*, cuando adquiere un carácter axiomático, sentencioso y fatalista -y que por lo tanto excluye toda otra posibilidad- es hoy en día pasible de ser cuestionado o al menos relativizado, sobre todo cuando llega a convertirse en un *prejuicio* que, como tal, y permítanme los lectores este juego de palabras, es el causante a veces de grandes *perjuicios* para los pacientes, dado que impedirá valorar suficientemente la existencia de otras vías y sucesos de naturaleza psíquica que pudieran contribuir, en mayor o menor grado, a producir cambios favorables en aquéllos. El escepticismo o aun el pesimismo del analista suele entonces teñir sus intervenciones, lo que no pocas veces es percibido por el paciente, condicionando negativamente los resultados terapéuticos.

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

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

c) Si estamos dispuestos a no eludir asuntos poco o nada claros, pero sobre todo polémicos, embarazosos y hasta espinosos para los analistas, hemos de contemplar la posibilidad de que el paciente, además de los objetos significativos de su entorno, enunciados en b), incluya al *terapeuta* mismo como *uno* de esos nuevos objetos de identificación.

De las poco mencionadas desidentificaciones terapéuticas, tan necesarias, que entiendo deberían integrar todo proceso analítico y ser denominadas y reconocidas como tales, pasaremos entonces ahora a las no menos polémicas

identificaciones del paciente con el analista, aunque nos circunscribiremos a un determinado tipo de ellas. Me he ocupado anteriormente con cierto detalle de tales identificaciones en la ya citada lectura psicoanalítica del guión de “Zelig”, de Woody Allen (Braier, 2004), por lo que en esta ocasión solo efectuaré una descripción resumida de las mismas. Zelig, el protagonista del filme, es a mi criterio, además de una muestra visual humorística de múltiples seudoidentificaciones, un magnífico ejemplo de la producción de este particular tipo de identificaciones con el analista. Me refiero a ciertas identificaciones que me atrevería a calificar como *más directas*, remedando así a las identificaciones primarias; inmediatas y espontáneas, son susceptibles de producirse en el enfermo no neurótico sin una deliberada participación del analista, el cual, como diría García Badaracco (1985), simplemente “se ofrece a un vínculo” con el paciente, en su condición de objeto externo benevolente y significativo. Esto es, que, en lo que concierne a dichas identificaciones, el analista *ni las alienta ni las impide*. Por el lado del paciente, dadas sus carencias, el sujeto fronterizo concurre a veces a este vínculo evidenciando lo que yo llamaría un verdadero “hambre de objetos”; y en su voracidad, agregaría, a veces parecería querer devorarnos introyectivamente; la clínica psicoanalítica da debida cuenta de ello.

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

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

Inicialmente debería darse una identificación del yo del terapeuta con el yo del

paciente, condición fundamental para que, poniéndonos en la piel de este, lo podamos comprender y “sentir con él” (*empatía*, en el sentido de Ferenczi)¹¹. Según Winnicott, dicha identificación correspondería a la capacidad de la madre para identificarse con su hijo; y, yo añadiría, ello habrá de facilitar la ulterior identificación del niño con su madre.

En definidas cuentas, un terapeuta “suficientemente bueno” (Winnicott) permitiría a su vez, en pacientes con graves déficits en su matriz identificatoria, que acontezca una cierta identificación con el objeto-terapeuta. El paciente limítrofe, ávido de encontrar un objeto-sostén, integra con su terapeuta un vínculo afectivo en ocasiones muy intenso y significativo, dadas las profundas carencias que lo aquejan, lo que puede conducir a que se produzca dicha identificación. Es que estos enfermos frecuentemente están o se sienten muy solos en la vida, y a veces el terapeuta se convierte para ellos en *el único objeto externo significativo*. Esta identificación se generaría de manera espontánea, automática e incluso inevitable, nacida de la relación transferencial y bajo la regresión terapéutica.

Berenstein (1998; 2001) ha hecho hincapié en algo sobre lo que vale la pena reflexionar. Nos dice que en el seno de la relación analizando-analista estamos habituados a reconocer los fenómenos de *repetición*, tributarios de la transferencia analítica, pero por el contrario prestamos escasa o ninguna atención a *lo nuevo* que pueda darse dentro de esta relación. De acuerdo con ello, sugiero la posibilidad de que en el tratamiento del paciente fronterizo, además de la reproducción de la relación objetal primitiva (la transferencia temprana de la que nos hablaron Klein y Winnicott, entre otros) pueda tener lugar un hecho inédito, consistente, como antes dije, en una *neogénesis* en el psiquismo del

¹¹ Sentir-con-el-otro. (Ferenczi, 1928, p 2).

paciente, vale decir que se traduciría en la formación de nuevos componentes psíquicos.

Al enunciar esta posibilidad propongo a la vez pensar que no toda identificación con el terapeuta habrá de ser necesariamente perjudicial o dañina para el paciente. Podría, por el contrario, poseer incluso un cierto efecto organizador de su funcionamiento mental; de ahí que una tal forma de identificación¹² admita ser considerada como una *identificación terapéutica*. Desde luego, la misma debe ante todo ser diferenciada de la iatrogénica identificación con el analista que he dado en llamar *pigmaliónica* (Braier, 2018), inducida por este, quien antes se ha erigido como el ideal del yo o el yo ideal del paciente.

A todo esto, lamentablemente, el prejuicio que se cierne sobre *toda* identificación con el analista está muy arraigado. Como no sea la identificación con la *función analítica*, unánimemente admitida y, obvia decir, considerada como necesaria, hablar de una identificación con el analista en el mundo psicoanalítico generalmente presupone una identificación como la que denomino *pigmaliónica*; suele tomarse la parte por el todo. Me he atrevido a sostener que pueden distinguirse no menos de siete variantes clínicas de identificaciones del paciente con el analista, pero este no es el momento de traer a colación el tema, expuesto hace ya tiempo (Braier, 1990 b; 1992), porque hacerlo iría nuevamente más allá de los límites de esta presentación.

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

¹² Preferentemente yoica y diferente de la identificación superyoica con el analista que desde mi perspectiva personal subyacería al mecanismo mutativo que atañe al superyó del paciente según Strachey (1934), del que me he ocupado páginas atrás.

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

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

En su trabajo “Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia”, que hoy relacionamos con los pacientes *borderline*, H. Deutsch llega a decir la siguiente frase, que he elegido como epígrafe del presente trabajo y que de reiterar aquí:

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

Más allá de que este comentario de la autora -en torno al papel beneficioso que podría jugar una identificación con el analista en el tratamiento de estos enfermos- cabría también ser remitido con facilidad a la identificación con la función analítica, identificación que, como antes dije, es reconocida y valorada por todos los analistas, entiendo que deja también abierta la posibilidad de incluir un otro tipo de identificación, con “*influencia activa y constructiva*” (Deutsch, 1942), benéfica y vivificante, como la que vengo describiendo.

En la primera parte de mi exposición acerca del tratamiento del paciente *borderline* (Braier, 2023), a propósito de la *regresión terapéutica*, he mencionado las importantes contribuciones de Balint y Winnicott, que siguieron a los aportes pioneros de Ferenczi sobre el tema. Aquí nos interesa al menos citar las metas teóricas de los dos primeros, las que se intentan alcanzar a partir de la

regresión del paciente, y comprobar si guardan o no alguna relación con los fenómenos identificatorios.

Es importante lo que plantea Balint (1968) cuando señala, a propósito de lo que llama *falta* (o *falla*, según la traducción de algunos) *básica*, propia de los cuadros no neuróticos: en los planos mentales donde se halla el motivo principal de las perturbaciones del paciente, según este autor, no hay conflictos sino *faltas*. Comparto plenamente esta posición. Pero hete aquí que, al menos como yo lo entiendo, el objetivo terapéutico de Balint se limita a que el paciente llegue a enfrentarse con esa, su falta o falla básica, para asumirla; para comprender “que hay que vivir con eso.”¹³

Veamos ahora cuál es el pensamiento de Winnicott al respecto. Desde su perspectiva se trata de que el paciente, con la ayuda del analista, se conecte con su *self* verdadero a través del proceso regresivo; que rescate su propia identidad con el resurgimiento del *self* verdadero. Como Balint, tampoco va más allá.

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

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

- 1) Una forma de identificación (yoica y/o superyoica) con el analista como *madre nutricia*.

¹³ Similarmente, y a mi entender, para otros analistas la labor terapéutica llegaría igualmente solo hasta la posibilidad de *representación psíquica del vacío*.

2) Una forma de identificación (superyoica) con el analista como *padre protector y/o interdictor*.

A no confundirnos: tampoco estoy queriendo decir que esta sea *la gran* solución terapéutica para estos enfermos. Solo quiero llamar la atención respecto de la posible producción de estas identificaciones, cuya repercusión y eventuales alcances terapéuticos merecerían ser objeto de una mayor investigación, despojándonos de los aún existentes prejuicios teóricos que se ciernen en torno a las identificaciones del paciente con el analista.

La relación con el Objeto Externo Significativo (OES) y la preservación del vínculo

En otro lugar (Braier, 2012; 2018) me he extendido en la teorización e ilustración clínica acerca de la apremiante búsqueda de objeto que cabe observar en algunos enfermos limítrofes y que explica en buena medida sus conductas compulsivas y adictivas. Se trata, como dice con acierto Lanza Castelli (2023, p 4), del “anhelo de un objeto bueno, que cuide, ampare, alimente, [...] ame, proteja del dolor, la angustia, etc.” En estos casos la evolución favorable se corresponde no solo con la internalización del buen objeto, sino que parece ser igualmente perentorio para estos enfermos obtener el suministro afectivo procedente del hallazgo de un objeto externo significativo (OES), vale decir, de carne y hueso, con el que puedan contar (pareja, hijo, familiar, amigo, animal de compañía, etc.). Si se trata de una pareja, por ejemplo, es de prever que el *borderline*, ya sea mujer o varón, desarrolle *a priori* una marcada dependencia del objeto amoroso, pudiendo idealizarlo, enfadarse al revivir situaciones traumáticas, desconfiar gravemente de él, romper o provocar ser rechazado, contribuyendo a la ruptura de la relación, etc. De modo que lo que estará en juego es el futuro -con frecuencia bastante incierto- de ese vínculo, expuesto a distintos avatares. De allí que el tratamiento

psicoanalítico, a partir de la existencia previa o la obtención en la vida del enfermo de una relación de esta naturaleza (esto último conseguido a menudo con el auxilio de la terapia), habrá también de servir especialmente para ayudarlo a mantener la estabilidad de dicha relación. (Braier, 2012; 2018).

A propósito de lo que estamos considerando acerca del importante papel que puede llegar a poseer la existencia de un OES para el *borderline*, diré que no en vano, cuando revisamos casos de auténticas *resiliencias*, en la historia del protagonista suele advertirse la presencia de una persona que ha funcionado como sostén, protector, mecenas y/o modelo para el sujeto resiliente (Käes lo denomina *tutor*) y que parece haber tenido una influencia determinante en su evolución, habiendo posibilitado importantes cambios y logros en su vida. Es esta a mi criterio una demostración ostensible del rol decisivo que una relación de objeto de estas características puede llegar a alcanzar para el enfermo limítrofe, a pesar de su frágil organización y de arrastrar un doloroso cortejo de padecimientos, provocados en gran parte por la ausencia de los objetos primarios y/o la falta de amor de estos. Desde luego, esto a mi entender armoniza con lo preconizado por Berenstein y Puget (1997).

A menudo el enfermo *límite* está o se siente muy solo en la vida. Se trata de una soledad no elegida, que remite básicamente al trauma precoz del desamparo y alimenta sus angustias ante la falta de un objeto-sostén. Consciente de ello y mientras se vislumbra como algo factible, estoy dispuesto a auxiliar especialmente al paciente, llegado el caso, tanto en su búsqueda del buen objeto como en la preservación de una relación satisfactoria con él¹⁴. A diferencia de quienes adoptan una postura técnica en virtud de la cual no destacan especialmente meta “práctica” alguna, ayudar al paciente a obtener tales logros

¹⁴ Obviamente, esto no significa que el terapeuta haya de constituirse en una suerte de casamentero, ni mucho menos que fuerce imperativamente al paciente a una búsqueda incesante y aun desesperante de un objeto, sino que simplemente tenga presente esta cuestión y que pueda ayudarlo ante las oportunidades que se le presenten a aquél de vincularse afectivamente con otros seres.

adquiere en mi práctica el estatus de un objetivo terapéutico a tener en cuenta¹⁵. Lamentablemente, en los casos graves, dadas sus enormes dificultades para establecer vínculos saludables en sus relaciones interpersonales, el enfermo, como venimos señalando, suele recurrir a objetos inanimados que idealiza y que están más fácilmente a su alcance, tales como las drogas, el alcohol o los alimentos ingeridos con exceso, a los fines de paliar sus carencias, ahorrándose así de afrontar los avatares propios de una relación humana. Como todos sabemos, la vinculación con un ser vivo expone a toda persona a una situación incierta o en la que, por lo pronto, las garantías de poder contar con el objeto nunca serán suficientes. Otras veces, en cambio, el fronterizo se vuelca a una actividad sexual compulsiva e indiscriminada, tal que al menos el contacto físico con otros seres alivie, aunque solo sea fugazmente, su desvalimiento y sensación de vacío. Ilustraré estas conductas patológicas seleccionando algunos aspectos de la vida de una paciente a la que llamé Delia y a la cual ya me he referido en otras ocasiones (Braier, 2013; 2018).

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

Esta paciente es en mi experiencia clínica personal quizás uno de los más típicos casos

¹⁵ La historia de Diana, una típica paciente limítrofe, a la que hice referencia en la primera parte de mi estudio sobre el tratamiento de los enfermos *borderline*, constituye una muestra elocuente de mi manera de abordar estas situaciones. Bajo la influencia benéfica de la labor terapéutica, ella finalmente encontró un buen hombre, logró amar y ser amada y tuvo varios hijos con él, alcanzando una apreciable estabilidad y bienestar y teniendo finalmente una existencia razonablemente feliz. (Braier, 2023).

límites que haya podido tratar.

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

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

Recuerdo que hice todo lo que estaba a mi alcance. La veía a razón de dos sesiones por semana, atendía con invariable condescendencia sus angustiosas y frecuentes llamadas telefónicas y le daba a veces sesiones adicionales.

Estuve de acuerdo con que paralelamente continuara un tratamiento psicofarmacológico, que antes de conocerme había iniciado con una psiquiatra a través de su seguro de salud.

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

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

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

Acordamos una entrevista. Lo primero que entonces me contó fue que en el interín había sido madre de un niño, que en ese momento tenía ya dos años y medio de edad. De inmediato recordé que, cuando se hallaba pronta a interrumpir el tratamiento conmigo, comenzaba a obsesionarle la idea de tener un hijo y así llegó a transmitírmelo; por entonces ella había pensado en gestarlo a través de la fecundación *in vitro*, recurriendo al semen de un amigo homosexual. Pero su hijo terminó siendo el fruto de la relación, insustancial y fugaz (tanto que duró menos de cuatro semanas) con un hombre al que

había conocido por entonces a través de internet y al que llamaremos Bernardo. En las relaciones sexuales que mantuvieron, Bernardo no tomaba precauciones para evitar un embarazo. “Esta es mi oportunidad”, me contó Delia que pensó entonces. La relación, como ya dije, acabó pronto, pero ella consiguió lo que se proponía: embarazarse. Con lo que no contaba era que este hombre (al parecer una buena persona, pero que nunca llegó a plantearse formar una pareja con ella) demostraría interés por el hijo una vez nacido y no estaría dispuesto a renunciar a él, lo que podría estar en relación con su falta de cuidados contraceptivos.

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

A todo esto, Delia me refirió que había estado en tratamiento psicoterapéutico con una psicóloga de la mutua, con la que después de un tiempo había pasado a tratarse en su consulta privada. Al embarazarse la terapeuta el tratamiento fue interrumpido por esta. Ambas habían acordado que se reanudaría semanas después del parto. Mientras tanto, y dadas las difíciles circunstancias por las que estaba atravesando, Delia sintió que, además del auxilio que le brindaba su abogado, seguía necesitando una ayuda psicoterapéutica. No se sentía en condiciones de esperar sin más a que su terapeuta -con quien por otra parte declaró sentirse cómoda y satisfecha, aunque no sin algunas reservas- retomara su labor profesional, por lo que, con carácter provisional, acudió nuevamente a mí.

Inició entonces una segunda etapa de tratamiento conmigo.

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

En la primera de ellas, Delia, que era una mujer físicamente poco agraciada, se presentó con un aspecto un tanto desarrapado. Registraba diversos trastornos, característicos de los cuadros fronterizos: un consumo compulsivo de marihuana, cocaína y alcohol; una marcada tendencia a la actuación, con conductas tan inquietantes y desenfrenadas como impredecibles, frecuentes accesos de ira (rabia narcisista ante sus múltiples frustraciones y la percepción de su debilidad yoica), una actividad sexual igualmente compulsiva, además de promiscua (que avalaba con racionalizaciones). Había sufrido además

algunas somatizaciones, que no fueron graves, y breves episodios deliroides de contenido persecutorio. Todo esto acontecía junto a un trasfondo de ansiedad desbordante y casi continua, irritabilidad y una tendencia a la depresión que ella intentaba combatir denodadamente. Me refirió que arrastraba desde siempre estos estados anímicos y que, entre otras cosas, no le permitían concentrarse suficientemente en su trabajo, lo que le preocupaba mucho.

Los *porros* que fumaba casi sin parar constituían unos de los principales objetos con los que trataba de llenar su vacío existencial, al igual que los hombres a los que, al apenas conocerlos, invitaba a mantener relaciones sexuales, en un afán perentorio de contacto corporal y afectivo. Intentaba así desmentir sus carencias por medio de estos objetos que se procuraba casi incesantemente, defendiéndose de este modo de sus angustias de desamparo, vacío y separación.

A todo esto, había calificado las relaciones con sus padres como “pésimas”. Les reprochaba que hubiesen sido excesivamente fríos con ella. Estos datos me llevaron a sospechar que pudieran haber existido importantes fallas en su proceso de narcisización. La hostilidad que experimentaba hacia sus progenitores, que se empeñaban en ayudarla, ocultaba su profunda necesidad de dependencia hacia ellos. Había utilizado su rencor para poder alejarse, adoptando una posición pseudo-independiente que implicaba una huida hacia adelante.

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

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

Supe que en su adolescencia había intentado una vez suicidarse ingiriendo psicofármacos.

Las ideas suicidas la seguían asaltando con cierta frecuencia.

De pronto una obsesión se fue apoderando de ella: su situación había llegado a tal extremo que tenía que contar cuanto antes con alguien por quien sentirse amada de manera incondicional. ¿Una pareja? Desde luego que sí, pero estaba visto que le resultaba muy difícil conseguirla. Anteriormente solía experimentar enamoramientos súbitos e intensos. Sus tentativas de formar una pareja siempre habían acabado en fracaso y era la regla que persiguiera hasta la extenuación a algunos hombres que no

estaban interesados en mantener una relación amorosa con ella. Ahora manifestaba otra vez su deseo de tener una relación sentimental, añadiendo que tanto podría tratarse de un hombre como de una mujer, dado que esto no le preocupaba en lo más mínimo. Estaba claro que lo fundamental continuaba siendo el sentirse aceptada, amada y reafirmada en su ser por *un objeto-sostén*; la cuestión sexual ocupaba en ella un plano muy secundario, lo que es frecuente en las personas fronterizas.

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

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

Por otro lado, hacía mucho tiempo que venía deseando tener un hijo. Fue cuando pensó: ¿por qué no tenerlo, y a la brevedad? No quería, no podía esperar. Tal vez el niño sería solamente para ella, se dijo a sí misma. Esto podría salvarla, pensaría, crear ella misma el objeto: un hijo, que la amara incondicionalmente y a quien amar. Por momentos esto parecía convertirse en una cuestión de vida o muerte.

Lo cierto es que fue muy poco después cuando Delia tuvo aquella aventura con Bernardo y luego un hijo con él. Delia volvió a mí, pero ya como madre de un niño, a quien tenía con ella todo el tiempo, sin separarse de él.

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

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

Quizás a las dos cosas...

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

Es indudable que el niño se hallaba expuesto a las vicisitudes de un vínculo patológico con una madre que se perfilaba como extremadamente retentiva; pero me encontraba

con el hecho ya consumado, y con una clara sensación contratransferencial de que en estas actuaciones desesperadas de Delia estaba en juego su propia supervivencia. (Recordemos que había intentado suicidarse).

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

El hijo ocupaba para Delia, mucho más allá de sus deseos maternos, el lugar del objeto primario de amor. Con Rafael intentaba llenar el vacío objetal, afectivo e identificador que arrastraba desde hacía muchos años. Por él y gracias a que él existía había abandonado los *porros*, la cocaína y el alcohol. Se hallaba ahora casi siempre sobria, además de bastante más serena.

Antes de que existiera Rafael, los objetos, fuesen estas drogas o personas, habían sido siempre fácilmente intercambiables para Delia; el niño, desde luego, constituye una excepción en este sentido, tratándose ante todo de un ser vivo, pero además de su propio hijo, al que ella trajo al mundo, lo cual, naturalmente, le confería un valor narcisista que no admitía comparación alguna. Delia sentía que había conseguido por fin un objeto estable que la amaría y con el que contaría para siempre; Rafael, obviamente, nunca dejaría de ser *su* hijo.

Tampoco aceptó en esos momentos tomar psicodrogas; su “droga” era ahora el niño. Comprendí rápidamente que para que se sintiese aceptada y acogida por mí durante el tiempo que durara la terapia, era necesario que yo asumiera como premisa admitir y aceptar -sin cuestionarla ni mucho menos contrariarla- la solución a la que ella había recurrido para resolver sus problemas existenciales, que encaró por su exclusiva cuenta y riesgo, creando con su actuación el objeto que la sostenga y le brinde nada menos que un sentido y un objetivo a su existencia. Además, reitero, ella se sentía claramente mejor. Al mismo tiempo debía yo reconocer que mi sensación contratransferencial había experimentado un cambio: ya no percibía aquella angustia desgarradora y esa mezcla de profunda tristeza y apatía que se reflejaba en la mirada perdida y desesperanzada que antes exhibía Delia. Asimismo y de hecho la calidad de la comunicación en las sesiones había mejorado también; se mostraba algo más receptiva, podía aceptar mejor mis interpretaciones y trabajar en alguna medida con ellas, más allá de las dificultades que habría padecido siempre en cuanto a su limitada capacidad elaborativa y sus irrefrenables tendencias a la actuación.

Sus problemas habían pasado a ser de otra índole, al menos por el momento. Estaba

claro que ella no podía evitar de experimentar una gran tensión, así como ansiedades de naturaleza persecutoria a raíz de las disputas con el padre del niño. (“Me insulta, me acosa”, expresó). Pero estas eran emociones de otro cariz; pese a todo, más soportables que las que antes había padecido. Ahora tenía un hijo; luchaba junto a alguien y por ese alguien. En relación con esto me dijo literalmente que cuando abandonó la psicoterapia que efectuaba conmigo “... ya no encontraba de qué hablar, ya no confiaba en la vida...” Y muy pronto, como vimos, se embarazó.

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

La labor terapéutica se fue centrando en esto último, ya que ella sentía que Bernardo literalmente le “arrancaba” el niño de sus brazos, cuando en realidad solo parecía querer hacer uso de sus derechos como padre en cuanto a poder verlo y estar con él dentro de los períodos legalmente establecidos.

Pronto retornaría en Delia la amenaza de una nueva descompensación de su frágil estructura. “No me deja *construirme* como persona”, había dicho acerca de Bernardo. Temía que con el tiempo este predispusiera mal al niño hacia ella, hasta lograr que la rechazara, o que le iniciara una demanda por insania y le quitara la tenencia de Rafael, lo cual era en parte producto de una proyección en Bernardo de sus propios deseos de adueñarse del pequeño.

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

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

y solo para ella, sino además que desearía que no creciera y que nunca se emancipara ni separara de ella.

Habiendo partido de la carencia de objeto y las angustias de desamparo y vacío y sin la posibilidad de revisar la relación con su hijo a través de la psicoterapia, Delia habría podido estar en camino de ir convirtiéndose en algo semejante a una madre fálica y de conformar con su vástago una unidad narcisista patológica cuyas consecuencias son de sobra conocidas por el psicoanálisis.

De más está decir que se angustiaba sobremanera cuando Rafael se enfermaba, mientras que le invadía una gran ansiedad y tristeza cuando no estaba a su lado durante los días que su padre se lo llevaba con él; toleraba, pues, muy mal la soledad y la espera, que desataban en ella las angustias de desvalimiento, separación y vacío. Ante ello se animó a contarme que había estado pensando en... tener un segundo hijo, ahora sí por fecundación *in vitro* y con la ayuda de su amigo gay. Me dijo que esta vez sería por fin un hijo *solamente para ella*, sin un padre ni persona alguna que viniera a reclamarlo y a arrebatárselo de su lado. No estoy para nada convencido que hubiera podido escucharme y realmente comprendido cuando, con prudencia y suavidad, me atreví a hablarle de que tratara de pensar en los probables inconvenientes y desventajas que al nuevo hijo podría significarle carecer de una figura paterna y al mismo tiempo tener ese vínculo fusional y excluyente que ella se proponía decididamente a establecer con él. Consideré que no tenía otra alternativa que convertirme en esos momentos en representante de la figura paterna interdictora, con sus pros y sus contras. Puede decirse también que asumí en cierta medida el papel de un superyó que procuraba poner límites útiles a su yo. Me aparté temporaria y necesariamente de la neutralidad a la que cabe aspirar en el análisis clásico (pensada, eso sí, para las psiconeurosis). Aquí sigo a Kernberg (1978; 1983) en lo que a este apartamiento deliberado se refiere. Le fui transmitiendo, con mi mayor calma y amabilidad, lo que yo pensaba, pero entiéndase bien: solo le sugerí que pensáramos juntos, procurando no presionarla en momento alguno. Trataba de evitar lo que considero sería una nueva actuación de Delia, que podría tener algunas consecuencias lamentables. Otra cosa -le expliqué- sería tener un hijo más adelante, en circunstancias más apropiadas, contando ante todo con la posibilidad de reconocer sus problemas con mayor claridad, evitando actuar compulsivamente y pudiendo proceder con una mayor consciencia de la responsabilidad y complejidad que el hecho implica. Es que, además de los efectos sobre Rafael, se pondría en juego la salud mental y en definitiva el destino de

otro ser. Y que nos encontrábamos a tiempo de evitarlo. Pensar en lugar de actuar. Pero luego comprobé que en esos momentos regresivos ella solo quería calmar su angustia teniendo un segundo niño, ya que lo de Rafael no había salido como esperaba, y que si por ahora descartaba tal propósito, no era debido a ninguno de los motivos sobre los que intenté pudiera reflexionar, sino simplemente a otros de orden práctico: Delia pensaba que ello “no sería razonable” ya que no daría abasto, teniendo que trabajar y además ocuparse de dos hijos pequeños. A esto -continuó diciéndome- se sumarían las dificultades económicas a las que se vería expuesta y que, además, chocaría con la desaprobación de sus padres, quienes no admitirían esta nueva situación bajo ningún concepto y por tanto no la ayudarían.

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

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

Con su identidad difusa y su autoestima baja, se hallaba todavía muy ocupada en *ser*, en sobrevivir psíquicamente; aunque estuviese mejor no había aún lugar para deseos y proyectos vitales. Ahora los hombres, por ejemplo, parecían no importarle.

Manténía muy pocas relaciones amistosas, por otra parte inestables, y experimentaba un sentimiento de desarraigo (provenía de otro país europeo). Además, sus familiares vivían lejos, por lo que se sentía sola, aunque un poco menos desde el nacimiento de Rafael.

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

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

Tiempo después, la paciente decidió reanudar su terapia con la terapeuta que la que se había estado tratando. En todo momento procuré que se sintiera libre de hacerlo. Ahora decía hallarse a gusto conmigo, pero sus limitaciones económicas fueron determinantes

en cuanto a su decisión.

Esta vez pudimos realizar un buen cierre del tratamiento y ella misma evaluó los resultados como favorables.

Resumen del caso

He descrito los avatares que durante la psicoterapia psicoanalítica se presentaron en la vida de una típica paciente límite, en relación con la búsqueda desesperada de un objeto/sostén, que acabó encarnado en la figura de un hijo. Las actuaciones suscitadas por dicha búsqueda, de características impulsivas y adictivas (adicción a drogas y alcohol, sexualidad promiscua), se tradujeron ulteriormente en la gestación del hijo, al que logró tener a toda costa, embarazándose mediante una actuación deliberada con un compañero ocasional.

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

Es en este estado que urdió la posibilidad de buscar un segundo hijo (esta vez por fecundación *in vitro*, con la colaboración de un conocido que, una vez nacido el niño, le prometía que habría de desentenderse), en condiciones tanto psíquicas como económicas francamente desfavorables.

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

A modo de síntesis y de conclusiones provisionales

1) Como puede apreciarse a lo largo de todo el desarrollo del presente trabajo, un factor que me resulta clave para la comprensión de la psicopatología y por añadidura para una concepción de ciertos resortes terapéuticos en el paciente *borderline*, está dado por la crucial importancia que para este posee el *buen objeto*, tanto como objeto externo con una *presencia real en la vida del sujeto* – capaz de instalar una dinámica intrasubjetiva de efectos ansiolíticos y estructurantes- como en su condición de *objeto internalizado y de identificación* que compense el déficit identificatorio. Entiendo, pues, que esta apreciación es lo que más sobresale y caracteriza mi enfoque del desafío que supone la tentativa de lograr beneficios terapéuticos en el tratamiento del enfermo limítrofe.

La existencia de un verdadero “hambre” de objeto ante la necesidad de objetos internos que sirvan de sostén y deriven en parte en la formación de identificaciones estructurales para combatir así el vacío, la baja autoestima y las carencias identitarias, puede conducir a estos seres a intentar identificarse o mimetizarse con diferentes objetos (*seudoidentificaciones protésicas*), como sería el caso de Zelig, principal y camaleónico personaje del filme del mismo nombre y que invita a asociarlo con un sujeto *borderline*. En ocasiones esto requiere de las intervenciones del terapeuta para impedir actuaciones perjudiciales y aun peligrosas dentro y fuera del tratamiento, las que pueden producirse a partir de jugar los enfermos el rol de los objetos con los que en esos momentos se han identificado.

2) Una labor psicoanalítica que incluya la *desidentificación terapéutica* de las *identificaciones patógenas* -entre las que en el fronterizo destaco la existencia de *identificaciones tanáticas*, tempranas y propias de las situaciones traumáticas primitivas que han padecido-, puede verse acompañada de procesos de *estructuración o reestructuración identificatoria*, con el surgimiento de verdaderas identificaciones, ya sea las que estaban sumergidas en el psiquismo del sujeto (ahora investidas) o de nuevas identificaciones con distintos objetos,

provenientes de las relaciones con personas que forman parte del medio familiar, social o laboral del paciente y aun de la propia figura del analista; esto último también sucede en la película *Zelig*. Se trataría de identificaciones *cuasi directas* y de efectos benéficos.

Aquí podríamos preguntarnos: ¿es todo esto que he descripto “ciencia ficción”? Más allá de su uso habitual en la literatura, las revistas, el cine, la televisión y últimamente los juegos, podríamos también animarnos a aplicar la expresión “ciencia ficción” en el terreno del psicoanálisis. Aceptemos, pues, este reto. Pero antes tengamos presente que *ficción* proviene etimológicamente del latín *fictio* o *fictus*, que significa *fingido* o *inventado*. Es fácil entonces entender dicha denominación en este contexto teórico como una adjetivación valorativa y en un sentido negativo, por ende descalificatorio; pero lo cierto es que el término *ficción* está también asociado a conceptos tales como *imaginación* y *fantasía*, así como a los de *creación* e *invención*. (Los dos primeros como condición necesaria para que se den los dos últimos). Y es desde estas significaciones que propongo la citada aplicación a nuestra disciplina, proposición esta no exenta de un cierto espíritu travieso, lo admito (aunque en realidad la cosa va muy en serio, desde luego).

Partiendo de esta perspectiva y si se me permite, sí que podríamos hablar también de *ciencia ficción* en nuestro propio terreno, en el que el lugar de la *ciencia* estaría ocupado por el psicoanálisis. (Más allá de las consabidas polémicas epistemológicas acerca de si se trata o no de una verdadera ciencia). ¿Y en cuanto a *ficción*? Al respecto a nadie escapa que nuestra disciplina científica es ante todo *conjetural* y que progresa en base a *nuevas hipótesis*, muchas de ellas inspiradas en acontecimientos observables, pero aun así nacidas siempre de la *imaginación creativa*. En el campo específico de la psicología, con *imaginación creativa* me refiero a una actividad mental a través de la cual, apoyándonos e inspirándonos en aportes teóricos preexistentes, podamos ser capaces de generar ideas innovadoras, las que en ocasiones llegan a cristalizar en hipótesis

explicativas de los hechos que motivan nuestra investigación¹⁶. Considero que hemos de sentirnos legitimados para intentar realizar dicha labor. Y si bien es cierto que las teorías psicoanalíticas poseen estas características y una buena parte de ellas no son incuestionablemente demostrables, tampoco pueden ser descartadas con facilidad. Ello está en la naturaleza misma de nuestra disciplina, lo que no impide, desde ya, que contemos con hipótesis que se han erigido en pilares fundamentales en el universo teórico del psicoanálisis.

Creo que estas consideraciones deben de tenerse especialmente presente al referirnos, por ejemplo, a ciertas *identificaciones con el analista* y a sus efectos terapéuticos en el psiquismo del paciente, asunto del que poco y nada se habla.

3) Finalmente, las carencias objetales afectivas que hemos venido mencionando en el enfermo limítrofe y su consecuencia directa, el padecer de un sentimiento de soledad no deseada, a menudo serían determinantes para tener en cuenta la necesidad y conveniencia de que este logre tener de manera duradera en su vida un *objeto externo significativo*, al que he dado en llamar con la sigla OES (Braier, 2023 a); aludo a un objeto real bueno, amado y amante (que ama), pudiendo tratarse de una pareja, un hijo, un familiar, un amigo; y hasta un animal de compañía. Pero el enfermo deberá además poder sostener el vínculo con este objeto, ante los peligros de ruptura debidos a la compulsión de repetición y otras vicisitudes por las que puede atravesar, además de estar expuesto al desamor o directamente a ser -nuevamente- abandonado por el objeto. El mantenimiento de una relación afectiva confiable y estable para el enfermo se convierte a mi criterio en un factor terapéutico de primer orden para aspirar a que su vida sea más sana, más tranquila y placentera y menos expuesta a angustias de desvalimiento, separación o aniquilamiento, depresiones y relaciones adictivas con drogas,

¹⁶ Desde luego, estamos aludiendo a la *metapsicología*. Recordemos lo que acerca de ella y próximo ya al final de su obra y de su vida, escribió Freud:

«[...] es preciso que intervenga la bruja». La bruja metapsicología, quiere decir. Sin un *especular y un teorizar metapsicológicos* – a punto estuve de decir: *fantasear*– no se da aquí un solo paso adelante». (Freud, 1937, p 228. Las cursivas son mías).

alcohol, actividad sexual compulsiva e indiscriminada, etc., relaciones estas con las que el sujeto limítrofe intenta vanamente llenar el vacío objetal y afectivo. Por lo tanto estoy persuadido de la conveniencia de acudir en su auxilio para que tenga posibilidades de lograr un vínculo saludable. Pero de ningún modo ello quiere decir que la obtención y mantenimiento de este vínculo sea la panacea ni mucho menos. Ni siquiera conseguido esto habrá suficientes garantías de un bienestar perdurable en los enfermos limítrofes. No obstante, debo decir que con algunos de ellos he podido comprobar que un logro de esta naturaleza les cambió sustancialmente la vida. Lo necesitaban en grado sumo. Bien sabemos que generalmente han sufrido la falta de amor y el abandono por parte de sus objetos primarios, cuando no abusos sexuales o agresivos, lo cual suele ser uno de los principales factores causantes de la deficitaria y frágil organización de su psiquismo y de sus diversos padecimientos.

BIBLIOGRAFÍA

- Aulagnier, P. (1980), *Los destinos del placer*, Petrel, Barcelona, 1980.
- Balint, M. (1968), *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*, Bs. As., Paidós, 1982.
- Berenstein, I. (1998), "Education as a Social and Institutional Means for Productings Persons", Viena: International Psychoanalytical Association.
- Berenstein, I. (2001), "Transferencia: hecho nuevo y/o repetición, producción vincular y/o individual". En I. Berenstein, *El sujeto y el otro. De la ausencia a la presencia*, Buenos Aires: Paidós, 2001. Cap. 6.
- Berenstein, I. y Puget, J. (1997), *Lo vincular: clínica y técnica psicoanalítica*, Paidós, Bs. As., 1997.
- Bergeret, J. (1974), *La Personalidad Normal y Patológica*, Gedisa, Barcelona, 1996.
- Bleichmar, S. (1999), *Clínica psicoanalítica y neogénesis*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Braier, E. (1988), "La acción desidentificatoria del psicoanálisis y la reorganización estructural del analizando". Ponencia en el panel del mismo título junto a Jorge García Badaracco y David Saludjian. Tercer Congreso Interinstitucional de Psicopatología y Salud Mental y Segundo Simposio sobre Prevención de la Violencia Familiar, Bs. As., 27 al 30 de noviembre de 1988.
- Braier, E. (1989), "Las identificaciones patógenas y la acción desidentificatoria del psicoanálisis". Trabajo presentado en A.P.A., Bs. As., el 14-11-1989.

- Braier, E. (1990), “La reestructuración identificatoria del analizando”. Trabajo presentado en A.P.A., Bs. As., 15-05-1990.
- Braier, E. (1990 a), “Una sesión psicoanalítica a la luz de la acción desidentificatoria y de la reestructuración identificatoria”. Trabajo presentado en A.P.A., Bs. As., 14-08-1990.
- Braier, E. (1990 b), “Las identificaciones del analizando con el analista (Un tabú del psicoanálisis). Introducción a su estudio”. Trabajo presentado en el XVIII Congreso Interno y XXVIII Symposium de la APA. *Cambio psíquico. Desarrollo en la Teoría de la Técnica*, Bs. As, 11 al 13 de octubre de 1990.
- Braier, E. (1992), “Las identificaciones del analizando con el analista”. Conferencia en la Asociación Catalana de Psicoterapia Psicoanalítica (ACPP), Barcelona, 19-05-1992.
- Braier, E. (2003), “Un estudio de las identificaciones en 'Zelig', de W. Allen”, *Revista Intercambios*, nº 11, Barcelona, noviembre 2003.
- Braier, E. (2004), “Un estudio de las identificaciones en 'Zelig', de W. Allen” (Segunda parte), *Revista Intercambios*, nº 12, Barcelona, junio 2004.
- Braier, E. (2005), “¿Puede el superyó cambiar con el análisis? (A setenta años del artículo de J. Strachey)”, *Revista de Psicoterapia y Psicósomática*, IEPPM, Madrid, Nº 60, Septiembre 2005.
- Braier, E. (2009), “Destructividad e identificaciones primarias”. En E. Braier, *Hacer camino con Freud*, Lugar Editorial, Bs. As., 2009. (Capítulo 4).
- Braier, E. (2012), “La estructura limítrofe. Una perspectiva teórico-clínica desde la metapsicología freudiana”. Versión abreviada. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, XXI Simposio de la APM, “Pacientes y analistas de hoy”, nº 67, 2012, pp. 129-163, Madrid.
- Braier, E. (2013), “La búsqueda desesperada del objeto en un caso límite. Dilemas técnicos y éticos.” Trabajo presentado en el VI Simposio de la Sección de Psicoterapias Psicoanalíticas de la FEAP, *Situaciones difíciles en el proceso terapéutico*, Madrid, 19 de octubre de 2013.
- Braier, E. (2018), “La estructura limítrofe. Una perspectiva teórico-clínica desde la metapsicología freudiana”. Versión completa. Página web de la Asociación Europea de Historia del Psicoanálisis (AEHP). www.historia-psicoanalisis.es, Barcelona, febrero 2018.
- Braier, E. (2018 a), “De la relación analítica a la relación de poder. La identificación al analista-ideal del yo”. En IX Jornadas de Intercambio en Psicoanálisis, *El trabajo del analista. Diálogos sobre técnica psicoanalítica*, Gradiva, Barcelona, Xoroi ediciones, 2018.
- Braier, E. (2023), “El tratamiento psicoanalítico del paciente borderline”, *Mentalización. Revista de psicoanálisis y psicoterapia*, Año X, nº 1, Mayo 2023, España.
- Braier, E. (2023 a), Conferencia online: “Realidad Psíquica vs. Realidad Fáctica. La importancia del objeto externo significativo (OES) para el psiquismo del sujeto”. Organizada por IEPPM (Instituto de Estudios Psicósomáticos y Psicoterapia Médica), Madrid, 06/05/2023. Hay vídeo.

- Deutsch, H. (1942), "Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia", *Rev. de Psicoanálisis*, 25, 2, Bs. As., 1968.
- Fenichel, O. (1945), *Teoría psicoanalítica de las neurosis*, Paidós, Bs. As., 1966.
- Ferenczi, S. (1928), «Elasticidad de la técnica psicoanalítica», *Obras Completas*, vol. IV, Espasa Calpe, Madrid, 1984.
- Ferenczi, S. (1929), "El niño mal recibido y su impulso de muerte", *O.C.*, vol. 4, Espasa Calpe, Madrid, 1984.
- Ferenczi, S. (1932), *Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932*, Amorrortu Editores, Bs. As., 1997.
- Ferenczi, S. (1932 a), *Confusión de lenguas entre los adultos y el niño*, *O.C.*, vol. 4, Espasa Calpe, Madrid, 1984.
- Freud, S. (1914), *Introducción del narcisismo*, *O.C.*, A. E., XIV, Bs. As.
- Freud, S. (1921), *Psicología de las masas y análisis del yo*, *O.C.*, A. E., XVIII, Bs. As.
- Freud, S. (1923), *El yo y el ello*, *O.C.*, A. E., XIX, Bs. As.
- Freud, S. (1937), *Análisis terminable e interminable*, *A. E.*, XXIII, Bs. As.
- Freud, S. (1939 [1934-38]), *Moisés y la religión monoteísta*, *A. E.*, XXIII, Bs. As.
- García Badaracco, J. (1985), "La identificación y sus vicisitudes en la psicosis. La importancia del concepto 'objeto enloquecedor'", *Rev. de psicoanálisis*, 42, 3, 495-514, Bs. As., 1985. También fue publicado en el *Libro Anual de Psicoanálisis 1986*, Imago, Lima, 1987.
- Green, A. (1977), "El concepto de fronterizo. Marco conceptual para la comprensión de los pacientes fronterizos". En A. Green, *De locuras privadas*, Amorrortu Editores, Bs. As., 1994. (Capítulo 3).
- Green, A. (1980), *La madre muerta*. En A. Green, *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, Amorrortu Editores, Bs. As., 1986. (Cap. 6).
- Kernberg, O. (1978), "Técnicas de tratamiento de estructuras de personalidad de tipo limítrofe". Conferencia pronunciada en la Asociación Psicoanalítica Argentina, Bs. As., 05-11-78.
- Kernberg, O. (1983), "Psicoterapia psicoanalítica con pacientes fronterizos y narcisistas". Conferencia pronunciada en la Asociación Psicoanalítica Argentina, Bs. As., 07-11-83.
- Kernberg, O. (2007), "Identidad: hallazgos recientes e implicaciones clínicas". En *Aperturas Psicoanalíticas*, n° 25, abril 2007, <http://www.aperturas.org>.
- Kernberg, O. (2012), entrevista al Dr. Otto Kernberg por Jaime Nos. En *Temas de psicoanálisis, Revista de la Sociedad Española de Psicoanálisis* (S. E. P.. Barcelona). <http://www.temasdepsicoanálisis.org>, n° 2, junio de 2011.
- Lanza Castelli, G. (2023), "Un Enfoque Multidimensional en la Psicoterapia Psicoanalítica: Conflicto, Dimensión Estructural, Modo de Procesamiento y Funcionamiento Mental", *Revista Mentalización*, 19, octubre 2023.
- Lanza Castelli, G. (2023 a), *Mentalización, funcionamiento mental y psicoanálisis. Sus interrelaciones y complementariedades en la práctica de la psicoterapia*, Ed. Psimática, Madrid, 2023.
- Lanza Castelli, G. (2023 b), presentación online del libro *Mentalización, funcionamiento mental y psicoanálisis. Sus interrelaciones y complementariedades en*

- la práctica de la psicoterapia*, Ed. Psimática, Madrid, 2023. 13/12/2023.
- Levin de Said, A. D. (2004), *El sostén del ser. Las contribuciones de Donald W. Winnicott y Piera Aulagnier*, Paidós, Bs. As., 2004.
- Marucco, N. (1999), *Cura analítica y transferencia. De la represión a la desmentida*, Amorrortu Editores, Bs. As., 1999.
- Mayer, H. (1982), *Narcisismo*, Kargieman, Bs. As., 1982.
- Mayer, H. (2000), "El sostén interior", *Rev. de Psicoanálisis*, LVII, N°1, Bs. As., 2000.
- Nacht, S. (1966), *La presencia del psicoanalista*, Proteo, Bs. As., 1967.
- Olmos de Paz, T. (Editora y coautora) y otros, (2018), *Los huéspedes del yo. Las identificaciones y desidentificaciones en la clínica psicoanalítica*, Biblioteca Nueva, Madrid, 2018.
- Rascovsky, A. (1973), *Conocimiento del hijo*, Orión, Bs. As., 1973.
- Rascovsky, A. (1986), *El filicidio. La agresión contra el hijo*, Paidós, Bs. As., 1986.
- Rascovsky, A. (2000), "Los orígenes del filicidio", *Rev de Psicoanálisis*, número especial internacional, 2000, n° 7, Bs. As.
- Reich, W. (1933), *Análisis del carácter*, Paidós, Bs. As., 1965.
- Strachey, J. (1934), "Naturaleza de la acción terapéutica del psicoanálisis", *Rev. de Psicoanálisis*, V, 4, Bs. As., 1948.