

ARTÍCULOS

**Perspectiva psicoanalítica del
tratamiento de los trastornos de
personalidad**

***Psychoanalytic treatment of personality
disorders***

NICOLÁS CAPARRÓS SÁNCHEZ¹

RESUMEN

Se efectúa un recorrido por la obra de Freud en relación con la técnica psicoanalítica clásica y sus insuficiencias, para abordar más tarde el estado actual de las llamadas psicoterapias psicoanalíticas y sus posibles indicaciones. Entre estas últimas se otorga especial importancia a la presencia del acting, la compulsión a la repetición, la desintrincación pulsional, y la incapacidad acentuada de elaboración. A continuación aparecen una serie de reflexiones sobre el encuadre.

El trabajo finaliza con la afirmación de que la psicoterapia psicoanalítica no es una intervención terapéutica de segundo orden comparada con la cura tipo sino el dispositivo necesario para trabajar cuadros que no pertenecen al entorno neurótico.

ABSTRACT

After a short glance at Freud's psychoanalytic technique and their limitations, the author addresses the relevance of psychoanalytic therapies and its indications. Of outstanding importance are concepts such as the acting-out, the compulsion to repeat, the disentanglement of drives, and the inability to work through. Also, a number of reflections are made about the setting.

Finally, a claim is made that psychoanalytic psychotherapy is not a second importance psychotherapy compared with standard therapies but the most suitable therapeutic device for treating personality disorders.

PALABRAS CLAVE

Psicoterapia psicoanalítica, Trastornos de personalidad, Compulsión a la repetición, Encuadre.

KEY WORDS

Psychoanalytic psychotherapy, Personality disorders, Compulsion to repeat, Setting.

ANTECEDENTES

Cuando me propusieron escribir acerca del tratamiento psicoanalítico de los trastornos de la personalidad pensé de inmediato en un artículo sobre técnica. Más tarde me di cuenta de que hacerlo así implicaba pasar por alto una serie de cuestiones de base no bien conocidas y siempre sujetas a polémica sin las cuales este artículo carecería de sentido.

Las nuevas direcciones del psicoanálisis siguen los surcos de los nuevos espacios clínicos que en el curso de su desarrollo se han ido abriendo: análisis infantil, psicopátas, psicosis, drogadicción, etc. Al mismo tiempo, aunque esto último no resulte tan notorio, el psicoanálisis se encuadra cada vez más dentro del modelo de la complejidad, en detrimento del modelo científico-positivo y este cambio de paradigma posee consecuencias de la mayor importancia.

Ahora más que nunca es necesario clarificar qué se entiende por psicoanálisis y sobre todo cómo es el psicoanálisis contemporáneo, tanto en el campo que lo define desde la metapsicología como en su actitud ante la cura.

Desde la muerte de Freud el psicoanálisis prosigue su andadura; de otro modo quedaría fijado como dogma para servir de cobijo a simples sectarios. Afortunadamente el psicoanálisis ha extendido su hori-

zonte terapéutico desde su original visión de las neurosis hasta otros tipos de cuadros que no se pueden encerrar en ese espacio, por mucho que pretendamos ampliar la extensión de ese concepto¹.

Hasta 1950 la *cura tipo* unía a su alrededor a los psicoanalistas. Pero, con el interés creciente por los nuevos horizontes clínicos, aparecen las llamadas *variaciones de la técnica*. Las *neurosis actuales*, incapaces de elaborar la libido, con la consiguiente descarga directa de ésta en el cuerpo y las *neurosis narcisistas*, que no invisten al objeto, escapaban a las posibilidades del análisis, en opinión de Freud.

Es clásico decir que la cura tipo, la cura adaptada a la concepción metapsicológica de las neurosis, reposa en la articulación, a través del proceso analítico, de las tres neurosis: la *psiconeurosis* propiamente dicha –sea la histeria, la neurosis obsesiva o la fobia-, la *neurosis infantil* –que da cuenta de los fundamentos traumático-genéticos de los primeros horizontes del desarrollo- y la *neurosis de transferencia* –cuya expresión tiene lugar en el curso de las sesiones que componen la cura.

El mismo Freud advirtió pronto sobre la insuficiencia de tal planteamiento, como se sigue de muchos trabajos en los que se socava la omnipresencia de la neurosis con su substrato estructural base: el com-

¹ De inicio, las neurosis ocuparon gran parte de la nosología psicoanalítica y el concepto, en su creciente amplitud, se volvió inútil.

plejo de Edipo. El camino viene recorrido de manera progresiva y no exenta de contradicciones.

En *Introducción al narcisismo* (Freud, 1914a) resulta necesario modificar la teoría inicial de las pulsiones para dar cuenta de nuevas problemáticas que pronto se llamarán preedípicas. Más tarde, tras *El problema económico del masoquismo* (1924a), la subversión avanza: “Con la aparición de la tendencia masoquista en la vida pulsional planea, desde el punto de vista económico, un singular enigma. En efecto, si el principio del placer rige los procesos psíquicos de tal manera que el fin inmediato de los mismos es la evitación del displacer y la consecución del placer, el masoquismo ha de resultar verdaderamente incomprendible (p. 2752)”.

En ese mismo año, en el artículo *Neurosis y Psicosis* dirá: “La diferencia genética más importante entre la neurosis y la psicosis consiste en que la neurosis sería el resultado de un conflicto entre el Yo y el Ello y, en cambio, la psicosis el desenlace análogo de tal perturbación en las relaciones entre el Yo y el Mundo exterior (p. 2742)”.

A partir de los años veinte surge un interés cada vez mayor por parte de los psicoanalistas hacia el perfeccionamiento de la técnica en aras de obtener mejores resultados terapéuticos. Era otro aldabonazo que avisaba sobre las insuficiencias de la primera tópica una vez que ésta se confronta con patologías preneuróticas.

El *Hombre de los Lobos*, que hoy puede considerarse una psicopatía límite, es un elocuente ejemplo de esta problemática. El caso de S. Pankejeff (1887-1979) resume los logros y miserias de esta nueva dirección de la cura. Su recorrido psicopatológico comienza con una blenorragia acompañada de una depresión, que contrae a la edad de dieciocho años. La depresión se agrava por el suicidio del padre en 1906 y por el de su hermana en 1908. Queda postrado y dependiente de su entorno hasta el extremo de que se desplaza acompañado de su mayordomo. Entre 1910 y 1914 es visto por Freud tras haber recorrido las consultas de los principales psiquiatras alemanes. Freud escribe el relato de su neurosis infantil y sobre el desempeño que la sexualidad juega en ella (1914c). Al focalizar la atención en este período de su historia pretende mostrar la validez de la técnica del psicoanálisis frente a psiquiatras tales como Theodor Ziehen y Emil Kraepelin, que habían fracasado en sus intentos con Serguei.

El *Hombre de los Lobos* se mantuvo bien durante tres años. La Revolución de Octubre le arruina y se ve obligado a abandonar Rusia con Teresa, su mujer; vuelve a Viena. Freud le tratará entre noviembre de 1919 y febrero de 1920. Consigue un empleo modesto y será apoyado financieramente por Freud y otros analistas. En 1926 sufre una nueva descompensación –cuenta veintinueve años– que esta vez adopta la forma de una paranoia. Freud le derivará a

su discípula Ruth Mack-Brunswick, que le analiza durante cinco meses -a ella se debe el apelativo de *Hombre de los Lobos* por el que la posteridad le conoce-. Esta analista atiende la base más profunda de su personalidad que no había sido analizada por Freud y los intensos vaivenes transferenciales que experimenta tanto hacia ella como frente al mismo Freud. Mack-Brunswick consigue esclarecer su delirio de persecución gracias a un famoso sueño en el que los lobos reaparecen amenazando aniquilarle.

Ruth Mack-Brunswick confiesa en 1945 (Gardiner, 1981, pp. 268-313) haber mantenido sesiones esporádicas con Serguei durante varios años tras 1928 con excelentes resultados. Esta analista fue de las primeras en utilizar el término *pre-edípico*, adoptado con posterioridad por el propio Freud. Asimismo, también fue pionera en recalcar la importancia de las relaciones precoces madre-niño.

El peregrinaje analítico prosigue; su esposa Teresa se suicidó a raíz de la anexión de Austria por Alemania. En 1945 realizó otro análisis y más tarde uno postrero con Kurt Eissler. En 1979 muere en Viena el paciente más emblemático del psicoanálisis.

He citado con un cierto detenimiento estas novelescas vicisitudes de *El Hombre de los Lobos*, porque en pocos casos se puede hacer coincidir en un solo paciente tantas variaciones técnicas.

Para no alargar demasiado la introducción me ocuparé del estado de estas cuestiones en nuestros días.

UN NUEVO EXPONENTE TERAPÉUTICO: LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

Abordamos así la problemática de las psicoterapias psicoanalíticas, tema candente que hoy preocupa más que nunca por el celo extraordinario con el que los psicoanalistas pretenden mantener su identidad frente a otras corrientes terapéuticas.

Al principio las psicoterapias fueron consideradas como “arte menor” frente a la ya mencionada “cura tipo”, alfa y omega del psicoanálisis más clásico.

Las psicoterapias psicoanalíticas eran practicadas entonces por los candidatos, o en otros casos se beneficiaban de ellas pacientes que, por sus características -Yo débil, presencia de importantes fijaciones pregenitales, etc.- no eran “analizables”.

Con el tiempo, la actitud del psicoterapeuta se torna más activa, adoptando funciones de apoyo y utilizando recursos terapéuticos preverbales que le alejan un tanto de la teoría y de la técnica del psicoanálisis original.

Sin embargo, el panorama clínico actual organiza las cosas de otro modo, que ya no puede ser entendi-

do, ni valorado, desde el eje único ortodoxia/heterodoxia. Existen muchos pacientes que sometidos a un análisis clásico desencadenan angustia y presentan desorientaciones profundas que harían pensar que éste tendría un efecto iatrogénico. En estos casos desempeña una función primordial *la psicoterapia psicoanalítica realizada por psicoanalistas*. Debo insistir sobre este aspecto, que arroja una luz muy precisa tanto sobre la índole de esta psicoterapia, como acerca del campo clínico al que se debe y de la identidad de sus practicantes.

Todas estas cuestiones llevaron en 1997 a la Asociación Psicoanalítica Internacional a realizar una gran encuesta entre todas sus sociedades e institutos con la que se trataba de esclarecer las complejas relaciones entre el psicoanálisis y las psicoterapias psicoanalíticas (Israel, 1999).

O. Kernberg (1999) se ocupa en extenso de esta cuestión con una serie de reflexiones que pueden resumirse en su definición del método psicoanalítico como caracterizado básicamente por la interpretación, el análisis de la transferencia y la neutralidad técnica.

A partir de esta definición, intenta poner en perspectiva la manera en que cada una de las partes que lo componen pueden y deben ser utilizadas en función de los tres campos de acción que considera: cura tipo, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de apoyo, así como sus posibles indicaciones: neurosis

de transferencia, cuadros límite y psicosis.

La psicoterapia psicoanalítica no es sólo una simple variación de la técnica en relación a la que se emplea con las psiconeurosis. Su desarrollo está incluido en una metapsicología psicoanalítica que le sirve de fundamento. El psicoterapeuta que la pone en práctica debe poseer, para que aquélla alcance su cabal rendimiento, formación y experiencia personal en psicoanálisis, único camino que le permitirá valorar, manejar y elaborar las vicisitudes de este particular encuentro terapéutico. La conocida neurosis de transferencia, será sustituida por la psicosis transferenceal o, si se me permite el neologismo, por la *psicopatía transferenceal*. Para trabar una relación terapéutica con estos pacientes, es necesaria, más que nunca, la formación psicoanalítica. Cabe añadir que la psicoterapia psicoanalítica así definida es un proceso con nuevas exigencias cuyo conocimiento se debe incluir por derecho propio en la formación del psicoanalista actual.

Podemos concluir este apartado añadiendo que, con las precisiones señaladas, la psicoterapia psicoanalítica no es un género menor con respecto al psicoanálisis, sino el producto de los nuevos desarrollos del psicoanálisis, tanto teóricos como técnicos, que permiten ampliar su campo clínico de acción.

Nos hemos de preguntar si son realmente significativos estos crite-

rios para establecer la diferencia entre cura tipo y psicoterapia psicoanalítica.

El problema se presenta con aquellos cuadros que no se pueden entender a partir de la conocida neurosis de transferencia, como es el caso de las psicopatías, que presentan defensas que se resisten al análisis.

Th. Bokanowski (2001) se refiere a esta misma cuestión al mencionar "(...) esos estados que confrontan al psicoanálisis con la clínica del malestar, donde predominan angustias difusas sobre un fondo de pánico que busca el investimento, que desarrollan a menudo transferencias donde la diferenciación interno/externo, sujeto/objeto, se mantiene en precario, lo que representa una amenaza para el narcisismo (pp. 114-115)".

En esas problemáticas donde la patología del narcisismo es preponderante, el objeto es vivido a un tiempo como demasiado intrusivo y lejano lo que implica una gran dificultad para elaborar su pérdida; eso desencadena una verdadera relación adictiva.

Ante estas circunstancias el psicoanalista ha de estar particularmente atento a los momentos angustiosos de estos pacientes que se unen a defectos básicos de su integración; las interpretaciones han de ser cautas para poder mantener así una cierta continuidad del psiquismo del analizado que garantice una atmósfera continente.

Indicaciones de la psicoterapia psicoanalítica

La primera de ellas se resume en la intolerancia más o menos marcada del paciente a las reglas de la cura tipo. La nosología sirve de guía a este respecto pero, como toda aproximación genérica, presenta numerosas excepciones y con frecuencia hay que precisar la situación en el caso concreto, que es a fin de cuentas el fundamento sobre el que descansa el psicoanálisis.

Existen en la práctica una serie de indicaciones principales entre las que destacaré:

- La frecuencia de la compulsión a la repetición en el curso del tratamiento.
- La tendencia a la actuación.
- La incapacidad más o menos acentuada para la elaboración psíquica, debida a la presencia de fantasías precoces de gran intensidad.
- La estructura masoquista del Yo.
- La desintrincación pulsional, con excesiva presencia de la pulsión de muerte.

Naturalmente no tienen que estar presentes todas estas características en el mismo paciente.

Dedicaré una atención suplementaria a alguna de ellas.

Compulsión a la repetición

La compulsión a la repetición, como señala J. Laplanche, se considera un factor autónomo irreducible a la dinámica conflictiva –es decir de naturaleza preneurótica– en la que sólo intervendría la interacción Principio del placer/Principio de realidad. Repetición por la repetición misma, por el placer que procura o por el dolor que despierta. Repetición, por último, por esa tendencia que toda pulsión mantiene hacia la descarga total que impulsa a la tensión cero.

Aunque la compulsión a la repetición es algo muy complejo, el aspecto que más nos interesa destacar aquí es la repetición de origen inconsciente de experiencias penosas muy arcaicas. Vista así posee un carácter que no se puede asimilar al *conflicto*, fuente capital de la neurosis. Freud se enfrenta a esta cuestión ya en la primera tópica con *Recuerdo, repetición y elaboración* (1914b) donde destaca ante todo la tendencia del ser humano a repetir. Esta particularidad no habría necesitado de un examen detallado de no ser porque en muchos casos donde el análisis fracasa aparece la repetición en forma *compulsiva*, enviando una y otra vez a situaciones penosas. La compulsión a la repetición en estas circunstancias se constituye en una verdadera resistencia que no procede de un conflicto entre consciente e inconsciente, sino entre *el Yo con su íntima cohesión de un lado y lo reprimido de otro*.

En el curso del análisis tal tipo de pacientes reproduce una y otra vez en la transferencia esa clase de experiencias penosas y displacenteras. Intentan interrumpir entonces el tratamiento y fuerzan al analista a que los trate con dureza.

A primera vista, estos pacientes sufren de manera pasiva ese eterno retorno de lo doloroso, pero un examen más atento demuestra que no es así, sino que, por el contrario, hay una búsqueda activa de estas situaciones.

Como dirá Freud, en estos sujetos existe una compulsión a la repetición que se sitúa *más allá del principio del placer*. Freud considera a la compulsión a la repetición como una propiedad general de la vida orgánica. Una vez más los rasgos del psicoanálisis que, en un primer examen, se nos antojan incomprensibles, hallan explicación en los fundamentos biológicos. Las pulsiones poseen el carácter iterativo de buscar ante todo la ciega descarga. Una y otra vez el proceso seguiría así de no mediar una serie de circunstancias en la existencia que posibilitan la aparición de los vínculos. Al objeto como lugar donde descarga la pulsión, le sucede el objeto investido que deviene más tarde objeto histórico. El otro, el vínculo y la libido, rompen la vertiginosa circularidad que se agota en sí misma, perpetua repetición de imposible transcendencia. Si el vínculo se asocia al Eros, a la pulsión de vida, la compulsión a la repetición debe ser considerada como un efecto de la pulsión de muerte.

Una pulsión en tanto cuenta con raíces biológicas es *un impulso inherente del organismo vivo hacia el reestablecimiento de un estado anterior*, que busca en la urgencia de la descarga energética la ausencia total de tensión.

Las experiencias penosas que son génesis de la compulsión a la repetición implican la existencia de energía libre en forma de dolor, de angustia, circulan sin elaboración psíquica posible, sin esa representación acompañante, condición para su inscripción en el aparato psíquico. Angustia y dolor irrerepresentables, atemporales, que insisten más allá del proceso histórico del sujeto.

Freud considera la compulsión como una *resistencia del Ello*, así la refiere en *El malestar en la cultura* (1930). Paulatinamente la trata como sinónimo de tendencia a la destrucción, quedando unida entonces al masoquismo primario.

En *Análisis terminable e interminable* (1937) dirá de forma taxativa: "Inclinémonos delante de la hegemonía de estas fuerzas contra las que se estrellan nuestros esfuerzos" (p. 3358).

La compulsión a la repetición abrió el camino hacia la segunda tópica y ha ejercido un gran influjo en la técnica psicoanalítica, obligada con su presencia a entrar en otros derroteros.

La psique es conservadora y en esa peculiaridad reside una de las

mayores resistencias ante un cambio propiciado por el análisis.

EL ENCUADRE EN LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

Una vez determinada esta compleja cuestión que, como se advierte fácilmente, precisa de profundos conocimientos psicoanalíticos para su identificación, tendremos que abordar otro problema de gran importancia que suele ser tratado de una manera rígida y formalista, me refiero al *número de sesiones semanales* preciso para que este tratamiento adquiera su debido rango. Está muy extendida la opinión de que una frecuencia de tres o cuatro sesiones semanales es un requerimiento esencial para que la intervención terapéutica se pueda llamar psicoanálisis, mientras que una sesión a la semana es cosa propia de la psicoterapia psicoanalítica. Esta creencia debe ser revisada. Se da la circunstancia en la práctica de que un paciente sometido a psicoterapia psicoanalítica precisa en un momento determinado de un número elevado de sesiones, incluso superior al que se considera idóneo para la cura tipo. La tendencia más actual hace hincapié sobre todo en la *extensión* que el tratamiento requiere más que en su *intensidad*.

La práctica determina el número de sesiones con el auxilio de una serie de criterios entre los que se cuentan los siguientes, citados sin establecer un orden de importancia:

- La tolerancia concreta del paciente a las sesiones. Este aspecto atañe tanto al número de éstas como a su duración.
- Su situación geográfica, que puede resultar decisiva por la limitación que imponen los desplazamientos.
- Los recursos económicos, que hay que tener en cuenta si observamos el principio de realidad.
- Su condición socio-laboral.

En reiteradas ocasiones he manifestado que la psicoterapia y/o el psicoanálisis, están al servicio de la vida y no a la inversa. Quiere esto decir que, por importante que sea el análisis, no puede alterar el curso vital hasta un extremo en que por las limitaciones que imponga se convierta en una experiencia penosa y a veces utópica.

EL PROCESO ANALÍTICO EN LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA

A. Green (2002), que se ha ocupado mucho de estos temas, combatió la frecuente objeción de que en la psicoterapia no existe un proceso psicoanalítico: “Lo que nos parece importante [escribe] no es tomar en cuenta el saber relativamente codificado de la cura clásica como lo único seguro en relación a ese continente negro que cubre la psicoterapia. En lugar de rechazar ante la ausencia de mapas, la aventura por esas regiones desconocidas, es preciso, por el contrario,

lanzarse a esos dominios, poco o mal explorados, para hacer valer los derechos del análisis. Estoy persuadido de que sólo los analistas [*no rígidos, añadiré por mi cuenta*] pueden comprender a este tipo de pacientes y hacerles progresar en el conocimiento de ellos mismos sin limitarse al papel de distribuidores de píldoras (pp. 52-53)”.

El psicoanálisis se enfrenta a nuevas patologías, entre ellas a los llamados trastornos de la personalidad –también conocidos como psicopatías- y lo hace con otras aportaciones metapsicológicas como ya fue el caso –en tiempos de Freud de la segunda tópica, desde las cuales se podrán abordar tanto las perversiones como los trastornos de la personalidad y las psicosis.

Freud definió de inicio las psiconeurosis de transferencia y dentro de ese marco abordó a la neurosis en general como el negativo de la perversión. A partir de 1924 el par de opuestos será neurosis/psicosis. En la actualidad, la creciente preocupación sobre los llamados *casos límite* ha obligado a precisar con más detalle las diferencias existentes entre estructuras neuróticas y estructuras psicóticas; es así que la mayoría de los teóricos no se contentan ya con la mera oposición psicosis/neurosis.

Las corrientes psicoanalíticas han recorrido un largo trayecto desde la muerte de Freud; desde un punto de vista metapsicológico asistimos ahora a una suerte de continuo entre dos polos: en uno de ellos se

encuentra el *Self*, lo narcisista, el sujeto; en el otro, el objeto, el otro; y entre ambos la llamada intersubjetividad.

El narcisismo, la pulsión de muerte, el antivínculo, la compulsión a la repetición, el déficit, el sistema madre-bebé y su patología, la angustia de fragmentación y el dolor psíquico, la reacción terapéutica negativa, son todas ellas nociones que se hacen imprescindibles en el tratamiento de lo preneurótico.

Y en todo este complejo panorama late la pulsión. Pulsión siempre situada en primer plano en los distintos momentos de la teoría freudiana, pero que en desarrollos posteriores ha sido puesta en cuestión, e incluso eliminada, por ciertas escuelas objetualistas, tal como es el caso de R. Fairbairn. Existen muchas otras en las que la pulsión figura sólo de manera nominal sin que sea un concepto operativo, como es lo que sucede con la escuela lacaniana. La razón de todo ello estriba, quizá, en el pretendido deseo de "liberar" al psicoanálisis de pesadas hipotecas biológicas y hacer de él un *corpus* doctrinal autónomo.

EL CARÁCTER, CONCEPTO BÁSICO EN LOS TRASTORNOS DE LA PERSONALIDAD

Sea cual fuere la entidad clínica analizada, y una vez considerados los rasgos diferenciales que permiten identificarla, veremos que todas se disponen alrededor de una organización de la personalidad, el

carácter. En el caso de los trastornos de la personalidad este concepto adquiere una importancia capital.

La noción aparece primero en la obra de Freud en *La interpretación de los sueños* (1900) a propósito de las huellas mnésicas; más tarde, en *Tres ensayos para una teoría sexual* (1905), el carácter viene referido al papel desempeñado por las fijaciones. Freud describe diferentes tipos en relación con las pulsiones parciales en *El carácter y el erotismo anal* (1908) y en *Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica* (1916).

En *La disposición a la neurosis obsesiva* (1913) había diferenciado de manera precisa *síntoma* y *carácter*. El fracaso de la represión y el retorno de lo reprimido son acontecimientos que están presentes en el síntoma. En la formación del carácter –dirá– intervienen más la formación reactiva y la sublimación.

Con la segunda tópica cobra importancia el papel que desempeña el Yo y las identificaciones.

Los tipos libidinales representan una extensión de la caracterología y al mismo tiempo son un intento de establecer una nosología psicoanalítica original.

El carácter representa también la historia de las elecciones de objeto ya abandonadas. Sus atributos de constancia, que permiten identificarle, operan al mismo tiempo como resistencia en el proceso psicoanalítico.

El recorrido que Freud realiza a lo largo de su obra a propósito del carácter queda reflejado en estas reflexiones de A. Green (2002): “1.- Al comienzo de la teoría ésta se organiza alrededor del síntoma. 2.- Más tarde síntoma y carácter se contraponen. 3.- El carácter es el lugar de la resistencia, lo que lleva a que el análisis del carácter equivalga al análisis de las defensas narcisistas. El narcisismo se puede identificar en este aserto: El Ello soy Yo; Yo soy (como el) Ello (p. 195)”.

K. Abraham (1924) insiste sobre la importancia de las fijaciones en su formación, aspecto en el que insiste I. Sanfeliu (2002): “determinados rasgos del carácter se forman en estadios sucesivos y se fundamentan unos a otros (p.250)”.

Más tarde, con W. Reich (1925), seguirán los conceptos de neurosis del carácter y carácter neurótico.

Como señala E. Rodrigué (1996), “Reich siguió las huellas de Abraham, que ya en 1921 había publicado su contribución a la teoría del carácter anal. Abraham trazó una tipología caracterológica del desarrollo libidinal, hablando de un yo oral, un yo anal y un yo genital. Pero para Abraham el carácter era una resistencia transitoria en el recorrido libidinal, mientras que para Reich era una función estructurada del yo, cuya disolución pasaba a ser la meta central de todo análisis (p. 387)”.

Personalmente me he ocupado reiteradas veces de esta cuestión

(Caparrós, 1978, 1979a, 1979b, 1980, 1992, 1994, 2005) y remito a estos trabajos para un análisis detenido del tema. En 1980 apuntaba que el Yo que controla el carácter es capaz de manejar la represión. Quiere esto decir que en el trabajo analítico el carácter puede ser considerado como la *resistencia de la resistencia*.

El análisis de casos no neuróticos ha llevado a un nuevo concepto propuesto en su día por P. Marty, el de *funcionamiento mental*. Discurre en un amplio espectro que va desde la plena expresión, propia de las neurosis, hasta su abolición en los trastornos psicósomáticos.

Las resistencias clásicas conocidas en el análisis tradicional sufren una modificación decisiva con el trabajo analítico aplicado a estructuras no neuróticas. Aparecen a este respecto en la obra de Freud –*Más allá del principio del placer* (1920)- dos conceptos que modifican todo el discurrir del proceso analítico: la ya mencionada compulsión a la repetición y la reacción terapéutica negativa. Ambas nociones dan cuenta de un más allá de las resistencias propiamente neuróticas; si persistiéramos en las coordenadas clásicas de la cura, expresarían los límites de lo analizable.

El concepto compulsión a la repetición en realidad ve la luz en *Recuerdo, Repetición y Elaboración* (Freud, 1914b), donde se la relaciona ante todo con el principio del placer; la noción de 1920 estará más ligada a los efectos de la

pulsión de muerte y a la descarga total aniquiladora del proceso psíquico.

¿Qué decir de la reacción terapéutica negativa?

En algunos pacientes toda resolución parcial, que debería tener como consecuencia una mejoría o desaparición pasajera de los síntomas provoca en ellos un aumento momentáneo de su sufrimiento, su estado se agrava durante el tratamiento en lugar de mejorar, dirá en *El Yo y el Ello* (Freud, 1923).

Lo importante de esta resistencia, a veces definitiva, al proceso terapéutico es que no emana del Superyó, en forma de autorreproches o de sentimientos de culpa, sino del efecto antivínculo fruto de la acción de la pulsión de muerte. La reacción terapéutica negativa es, de hecho, la negación del análisis mismo de la posible neurosis de transferencia. Si en la transferencia negativa el analista es investido de afectos displacerentes, por esta reacción es borrado en tanto que ese otro imprescindible para que sea posible el acto terapéutico.

En esos sujetos importa ante todo no el deseo de curación sino la necesidad de estar enfermo. Como señala A. Green (1990), el conflicto dominante es el de amor/odio y en tanto que el amor resulta incierto el odio es seguro.

En el psicoanálisis actual interesa sobre todo dejar establecido en el tratamiento la idea que el analista

posee del proceso terapéutico concreto; cuando éste no obedece a las reglas tradicionales de la cura tipo habrá que interrogarse sobre la naturaleza de las fijaciones, el estado del yo y la posible estructura no neurótica del paciente.

Se debe entender por proceso psicoanalítico a la creación de una realidad específica nacida del intercambio que acontece en las sesiones entre terapeuta y paciente; las dificultades que surgen se deben ante todo al trabajo de lo negativo que emerge como antivínculo y a las resistencias, especialmente a aquellas que distorsionan la realidad: escisión y renegación ante todo.

ALGUNAS CONSIDERACIONES SOBRE LA PSICOTERAPIA PSICOANALÍTICA DE LOS TRASTORNOS DE PERSONALIDAD

A lo largo de este artículo figuran implícitos bastantes rasgos específicos que posee este tipo de tratamiento. Nos limitaremos ahora a organizarlos de forma manifiesta añadiendo algunas reflexiones finales.

El trabajo que ya hemos mencionado de P. Israël (1999) en nombre de un comité de la API sobre el psicoanálisis y las psicoterapias afines merece algunos comentarios. El comité que llevó a cabo la encuesta mencionó, como colofón de la misma, algunas observaciones. L. Kirchner, de la Asociación Psicoanalítica Norteamericana, apunta un

desencanto generalizado acerca de la cura tipo en beneficio de un continuo que de manera insensible se desliza hacia prácticas más flexibles, así como la creciente tendencia a tratar un tipo cada vez más variado de pacientes con el auxilio de técnicas analíticas modificadas.

Una de las diferencias capitales entre psicoanálisis y psicoterapia radica en el número de sesiones semanales. La mayor parte de los institutos no contemplan una formación específica para el tratamiento de pacientes no neuróticos.

J.P. Jiménez, de Chile, consigna que la cura tipo, en su acepción restringida, se utiliza menos que las terapias psicoanalíticas. L. Goijman, en nombre de la APA (Asociación Psicoanalítica Argentina), atestigua sobre el progresivo auge de las psicoterapias psicoanalíticas. La diferencia con la cura tipo estriba en que ésta busca una modificación de la estructura de la personalidad, su aplicación es limitada y el coste alto. En cualquier caso los objetivos cambian, se habla ya menos de curación que de transformación y de la capacidad de contraer nuevos compromisos; cada vez se emplean menos términos tales como análisis completo y resolución de la transferencia.

Como conclusión capital se llega a la idea de que resulta radicalmente diferente el que una psicoterapia sea llevada a cabo o no por un psicoanalista, como señala E. Weinschel (1992).

Los trastornos de la personalidad, desde el punto de vista de la nosología psicoanalítica, son estructuras preneuróticas pero cabe decir también que si su definición estructural, es decir cualitativa, resulta nítida frente a psicosis y neurosis, su especificidad no aparece tan clara en la vertiente cuantitativa. En la práctica muchos trastornos de la personalidad lindan con lo neurótico y por lo tanto admiten un análisis esencialmente clásico, otros en cambio –como sucede con los llamados cuadros límite– apenas presentan diferencias a la hora del enfoque terapéutico con las psicosis. Ello quiere decir que debemos tener en cuenta un abanico posible de variaciones técnicas que llevan de manera insensible desde el encuadre clásico a otros radicalmente alejados de él.

La elección pertinente hay que tomarla, como siempre sucede en psicoanálisis, a partir del caso concreto.

Como guía orientativa para adoptar la decisión pertinente podemos apoyarnos en los siguientes parámetros:

La angustia

No es ni la angustia señal ni la angustia automática², ni la que aparece en los ataques de pánico. Se trata de una angustia casi permanente ante la cual es muy difícil

² Aquella que se desencadena por una situación traumática.

hacer asociar al paciente. Perturba el sueño, obliga a tomar tranquilizantes, y coloca al paciente en situaciones alternantes de abatimiento y excitación.

A veces esta angustia adopta la forma narcisista con amenaza de fragmentación yoica.

Los estados de despersonalización

Por lo general un estado de este tipo –que entraña pérdida de la coherencia del yo- y fragilidad en el sentimiento de unidad, con sensaciones de extrañeza, reemplaza a la angustia. La despersonalización suspende las relaciones de objeto, con lo que la transferencia posible queda anulada.

Vida onírica

Los sueños, vía regia de acceso a lo inconsciente... Los sueños son escasos; insomnio frecuente mezclado con pesadillas, de las que dicen no recordar nada. A veces el recuerdo de una pesadilla les persigue durante todo el día después.

Dificultad para asociar

Le resulta arduo salir de un tema que les paralice, que al mismo tiempo bloquea las asociaciones. La asociación precisa de la riqueza de investimentos objetales; a través del hilo conductor de un mismo

afecto será entonces posible hacer el tránsito. Hay pérdida de capacidades imaginarias.

La atención flotante del analista

Como señala Green (2006), se trata de un lujo que el analista no puede permitirse, a menudo hay que reemplazarlo por una sensibilidad exacerbada de la escucha, al acecho de cualquier detalle significativo. Cuando la atención flota demasiado el analista corre el peligro de verse invadido por la somnolencia debido al aburrimiento.

Las defensas básicas: renegación y escisión

Aunque la represión está siempre presente en diverso grado, lo característico es la escisión, bien sea en el sentido freudiano como “sí y no” o en la acepción kleiniana como separación y disociación. La escisión se complementa con la identificación proyectiva, cuya presencia preponderante impide el retorno de lo reprimido, que tan precioso servicio presta a la cura tipo.

El trabajo de lo negativo se opone al *insight* y –como señaló Bion, según nos recuerda Green (2006)- la evacuación predomina sobre la elaboración.

La renegación se constituye en estos casos como un potente mecanismo de defensa que introduce importantes modificaciones en la percepción de la realidad.

Transferencia

Desorganizada, inconsistente e imprevisible, lo que se traduce en tendencia a la agresividad y en el frecuente paso al acto. La clásica transferencia neurótica presupone una capacidad de elaboración psíquica de la que estos pacientes carecen.

Contratransferencia

Es este un parámetro que debe recibir especial atención. La actitud del paciente, en la que aparecen de manera clara los aspectos más regresivos, tiene la virtud de facilitar a su vez la movilización, muchas veces de manera especular, de las estructuras más arcaicas del propio terapeuta. Es ahí donde la utilidad del análisis personal previo se hace más evidente. Me atrevería a decir que incluso es más necesario aún que en la cura tipo.

Esta reflexión habla por sí sola de la dificultad intrínseca de la psicoterapia psicoanalítica y de la viva recomendación de que sea practicada por psicoanalistas.

Las provocaciones transferenciales de muchos de estos pacientes: *actings*, exhibición masoquista, agresividad, invitan al analista a reaccionar al contenido manifiesto y a abandonar las escasas oportunidades interpretativas de las que dispone.

Importa reiterar que las respuestas contratransferenciales de tipo

especular son muy frecuentes y exigen por parte del analista una extrema cautela.

El paso al acto

Es una posibilidad muy frecuente y no sólo en el marco de las sesiones sino también como característica habitual de su vida de relación: profesional, familiar, amical, etc.

El manejo de los afectos

Estas psicoterapias están marcadas ante todo por los afectos y no por las representaciones; esta característica halla su máxima expresión en la frecuencia de afectos no ligados, como es el caso de la angustia, efecto de la conocida pulsión de muerte.

Es también notoria la excesiva presencia de emociones que, por su intensidad, anegan el espacio del pensamiento.

Los conflictos

Son escasos los que se deben al complejo de Edipo y cuando éstos aparecen lo hacen en sus fases previas y menos elaboradas. Esta temática se sustituye por la conflictiva pregenital –anal y oral- y narcisista. Las heridas narcisistas son muy corrientes en el curso del tratamiento, a veces por causas que, en lo manifiesto, juzgamos nimias.

Es frecuente cuando se sienten mal que se abstengan de acudir a la

sesión, ante la perplejidad del terapeuta con poca experiencia en este tipo de casos.

Como norma general, hay que estar atentos a las frecuentes manifestaciones de la desintrincación pulsional; cuando ésta tiene

lugar la primera e importante consecuencia es la preponderancia de la pulsión de muerte: lo que se traduce en *la hegemonía de lo narcisista ante lo objetal, los ataques masivos a los vínculos y la desorganización de la estructura de su personalidad.*

REFERENCIAS

Abraham, K. (1924). *Esquisse d'une histoire du développement de la libido basée sur la psychanalyse des troubles mentaux.* En *Obras Completas* (tomo II). Paris : Payot, 1966.

Bokanowski, Th. (2001). *Evolution de la pratique des psychothérapies psychanalytiques.* En A. de Mijolla (Ed.), *Évolution de la clinique psychanalytique* (pp. 103-116). Paris: L'Esprit du Temps.

Caparrós, N. (1978). *Psicopatología vincular: las psicopatías (1ª parte).* *Clínica y Análisis Grupal*, 9, 28-39.

Caparrós, N. (1979a). *Psicopatología vincular: las psicopatías (2ª parte).* *Clínica y Análisis Grupal*, 18, 510-518.

Caparrós, N. (1979b). *Psicopatología vincular: las psicopatías (3ª parte).* *Clínica y Análisis Grupal*, 19, 638-655.

Caparrós, N. (1980). *La construcción de la personalidad. Las psicopatías.* Madrid: Fundamentos.

Caparrós, N. (1992). *Psicopatología analítico vincular. Tomo II.* Madrid: Quipú Ediciones.

Caparrós, N. (1994). *La imputabilidad del psicópata.* En *Cuadernos de Derecho judicial* (167-206). Madrid: Consejo General del Poder Judicial.

Caparrós, N. (2005). *La intervención grupal en los cuadros límite.* *Cuadernos de Psiquiatría Comunitaria. Dossier Estados Límite*, 5(2), 109-120.

Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños.* En *Obras Completas* (tomo II). Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.

Freud, S. (1905). *Tres ensayos para una teoría sexual.* En *Obras Completas* (tomo IV). Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.

Freud, S. (1908). *El carácter y el erotismo anal.* En *Obras Completas* (tomo IV). Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.

Freud, S. (1913). *La disposición a la neurosis obsesiva.* En *Obras Completas* (tomo V). Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.

Freud, S. (1914a). *Introducción al narcisismo.* En *Obras Completas* (tomo VI). Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.

Freud, S. (1914b). *Recuerdo, repetición y*

- elaboración. En *Obras Completas* (tomo V). Madrid: Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1914c). Historia de una neurosis infantil. En *Obras Completas* (tomo VI). Biblioteca Nueva, 1972.
- Freud, S. (1916). Varios tipos de carácter descubiertos en la labor analítica. En *Obras Completas* (tomo VII). Madrid: Biblioteca Nueva, 1974.
- Freud, S. (1920). Más allá del principio del placer. En *Obras Completas* (tomo VII). Madrid: Biblioteca Nueva, 1974.
- Freud, S. (1923). El Yo y el Ello. En *Obras Completas* (tomo VII). Madrid: Biblioteca Nueva, 1923.
- Freud, S. (1924a). El problema económico del masoquismo. En *Obras Completas* (tomo VII). Madrid: Biblioteca Nueva, 1974.
- Freud, S. (1924b) Neurosis y Psicosis. En *Obras Completas* (tomo VII). Madrid: Biblioteca Nueva, 1974.
- Freud, S. (1930). El malestar en la cultura. En *Obras Completas* (tomo VIII). Madrid: Biblioteca Nueva, 1974.
- Freud, S. (1937). Análisis terminable e interminable. En *Obras Completas* (tomo IX). Madrid: Biblioteca Nueva, 1975.
- Gardiner, M. (1981). *L'Homme aux loups par ses psychanalystes et par lui-même*. Paris: Gallimard.
- Green, A. (1990). *La folie privée*. Paris : Gallimard.
- Green, A. (2002). *Idées directrices pour une psychanalyse contemporaine*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Green, A. (2006). *Les voies nouvelles de la thérapie psychanalytique. Le dedans et le dehors*. Paris : Presses Universitaires de France.
- Israel, P. (1999). Report of the Committee on psychoanalysis and allied therapies. *International Psychoanalysis (IPA Newsletter)*, 8, 14-19.
- Kernberg, O. (1999). Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy and supportive psychotherapy: contemporary controversies. *International Journal of Psychoanalysis*, 80, 1075-1091.
- Reich, W. (1925). *Análisis del carácter*. Barcelona: Paidós Ibérica, 2005.
- Rodrigué, E. (1996). *Sigmund Freud. El siglo del psicoanálisis*. Buenos Aires: Editorial Sudamericana.
- Sanfeliu, I. (2002). *Karl Abraham o el descubrimiento de la melancolía*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Weinshel, E. (1992). Therapeutic technique in psicoanálisis and psychoanalytic psychotherapy. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 40, 327-347.