

Jugando con la realidad: III.

La persistencia de la realidad psíquica dual en pacientes borderline¹

Peter Fonagy² y Mary Target³

Traducción. Juan Manuel Pedreira

Resumen

El presente trabajo es una contribución a la comprensión de las dificultades de pacientes que presentan casos borderline verdaderamente serios que son reveladas por el proceso psicoanalítico. Los autores apuntan a ampliar un modelo utilizado en trabajos anteriores, aportando una perspectiva de desarrollo relacionada con la autorrepresentación y la autoorganización. Este modelo está basado en una comprensión de la experiencia infantil de la realidad psíquica tanto en normales como en neuróticos. Los autores exploran la relevancia de estas ideas acerca del desarrollo en la reflexión sobre los trastornos borderline de carácter serio y aquellos relacionados con los mismos que se observan en pacientes adultos, desde el punto de vista de la comprensión de la patología y teniendo en cuenta la técnica. Se presentan ejemplos de un caso que ayudó a inspirar la formulación de estos estados en término de distorsiones generalizadas y persistentes de la experiencia de la realidad psíquica. Se produce luego un intento por elucidar las dificultades a las que se enfrentan los pacientes borderline para tolerar la separación y la intimidad, se considera la manera en que las experiencias corporales podrían utilizarse como un equivalente de la experiencia o contacto mental, y se presenta un análisis del impacto de los trastornos de la experiencia de la realidad psíquica en el proceso analítico.

¹. Este es el tercer trabajo de un total de tres referentes al desarrollo de la realidad psíquica, y el fracaso del mismo en pacientes borderline (Fonagy & Target, 1996; Target & Fonagy, 1996).

². Miembro de la Sociedad Psicoanalítica Británica. Sub-Department, Clinical Health Psychology, University College London, Gower St. London WC1E 6BT. E-mail: p.fonagy@ucl.ac.uk

³. Miembro Asociado de la Sociedad Psicoanalítica Británica. 26 King Henry's Road, NW3 3RP London. E-mail: m.target@ucl.ac.uk

Abstract

This paper is a contribution towards understanding the difficulties of severely borderline patients as they are covered within the psychoanalytic process. The authors aim to extend a model from previous papers, bringing a developmental perspective to bear on self-representation and self-organisation. This model rests on an understanding of the child's experience of psychic reality in both normal and neurotic people. The authors explore the relevance of these developmental ideas in thinking about severe borderline and related disturbances seen in adult patients, from the point of view of both understanding and considering technique. Illustrations are given from a case that helped to prompt the formulation of these states in terms of persistent, pervasive distortions of the experience of psychic reality. There is then an attempt to elucidate the difficulties of borderline patients in tolerating both separation and intimacy, consideration of the way in which bodily experiences may be used as an equivalent of mental experience or contact, and a discussion of the impact of disturbances in the experience of psychic reality on the analytic process.

Descriptores: **BORDERLINE / REALIDAD PSÍQUICA /
REALIDAD MATERIAL / MUNDO EXTERNO / SELF /
SIMBOLIZACIÓN / MENTALIZACIÓN / JUEGO /
RELACIÓN DE OBJETO / MATERIAL CLÍNICO /**

Introducción

En este trabajo se analiza cómo el patrón del comportamiento y las relaciones, incluida la relación de transferencia, característico de los pacientes borderline puede entenderse en términos de una integración inadecuada de dos modos primitivos de experimentar la realidad psíquica (Fonagy & Target, 1996; Target & Fonagy, 1996). Específicamente, sugerimos que el fracaso del paciente borderline para mentalizar de manera adecuada está compuesto por la persistencia de un modo indiferenciado de representar la experiencia interna y externa. Ello se basa en una comprensión infantil de los estados

mentales en los que los sentimientos y las ideas se interpretan como representaciones directas (o equivalentes) de la realidad, con la consiguiente exageración de su importancia y la extensión de sus implicaciones. Este modo de funcionamiento tiende a perpetuarse a sí mismo. La experiencia de sentimientos e ideas tanto inconscientes como conscientes como equivalentes a la realidad física inhibe la capacidad del individuo para suspender la inmediatez de su experiencia y crear el espacio psicológico que permite “jugar con la realidad”.

De este modo, los borderlines se ven forzados a aceptar un entorno mental en el que las ideas son demasiado atemorizantes para ser pensadas, y los sentimientos son demasiado intensos para ser experimentados. A largo plazo, renuncian defensivamente a la mentalización y muestran intolerancia frente a perspectivas alternativas. El amplio fracaso de la mentalización solo ocurre sin embargo en individuos cuya realidad psíquica y cuya experiencia mental de sí mismos no logró ser establecida adecuadamente en la infancia. En lugar de ciertas representaciones de sus estados internos, estos individuos experimentan un inquietante sentido de alteridad, históricamente la internalización de la percepción infantil de la madre, en lugar de la imagen de la madre de los autoestados del bebé. Ello puede combinarse con un retiro a la fantasía compulsiva, que solo puede integrarse mínimamente con percepciones y experiencias de la realidad. Sin embargo, consideramos que estos déficits son parciales y es más probable que ocurran cuando surgen los sentimientos y pensamientos relacionados con el apego.

Fenómeno Borderline

Muchos autores han criticado el término borderline por ser demasiado impreciso, por lo que puede resultar útil clarificar los fenómenos clínicos que analizaremos. Existen dos principales utilidades psicoanalíticas para este término, uno de origen psiquiátrico (por ejemplo, Kernberg, 1987) y otro originado en la práctica de la clínica psicoanalítica. En este caso nos ocupamos del segundo de estos significados; además, el modelo descrito en el presente tiene la finalidad de explicar el fenómeno borderline en muchos pacientes, no simplemente aquellos que cumplen con los criterios de diagnóstico correspondientes al trastorno de personalidad borderline. Las descripciones clínicas del fenómeno borderline (por ejemplo, Rey, 1979) corresponden a individuos que hacen una regresión drástica en el tratamiento psicológico, mostrando fenómenos de tipo psicótico y que evocan sentimientos intensos en el analista. Estos sentimientos,

combinados con la intensa inestabilidad emocional del paciente, crean un proceso analítico perturbado y perturbador. Este viaje a través del análisis está marcado por puestas en acto transferenciales y a menudo contratransferenciales, con períodos de intensa dependencia jalonados por rupturas en el proceso de tratamiento. Tenemos la intención de exponer la experiencia de pacientes borderline dentro de la relación psicoanalítica, no mediante la presentación de una nueva descripción clínica, sino a través de una perspectiva de desarrollo acerca de los mecanismos del ego que subyacen bajo estos fenómenos. Asimismo, presentamos algunas sugerencias técnicas que surgen de una comprensión de las dificultades de estos pacientes realizada desde el punto de vista del desarrollo.

El desarrollo de la realidad psíquica

Comenzaremos realizando un resumen de nuestro modelo de la experiencia normal y anormal de la realidad psíquica. Hemos utilizado pruebas tomadas de la investigación y la clínica para demostrar que una conciencia normal de la relación existente entre la realidad interna y externa no es universal, sino más bien un logro obtenido a través del desarrollo (Fonagy & Target, 1996; Target & Fonagy, 1996). Es la consecuencia de la integración exitosa ocurrida entre dos modos distintos para diferenciar lo interno de lo externo en el niño pequeño. Vemos el desarrollo como un movimiento normal que parte de una experiencia de la realidad psíquica en la que los estados mentales no están relacionados como representaciones, para llegar a una visión crecientemente compleja del mundo interno. Esta visión tiene como sello característico la capacidad de mentalización: asumir la existencia de pensamientos y sentimientos en uno mismo y en los demás, y reconocerlos como algo conectado a la realidad exterior. Inicialmente, la experiencia que el niño tiene de la mente es algo similar a un dispositivo de grabación, como una cámara de video, con una correspondencia exacta entre el estado interno y la realidad externa. Utilizamos el término “equivalencia psíquica” para denotar dicho modo de funcionamiento, para enfatizar el hecho de que para el niño pequeño los acontecimientos mentales son equivalentes en términos de potencia, causalidad e implicaciones, con respecto a acontecimientos acaecidos en el mundo físico. La equivalencia de lo interno y lo externo es, de manera inevitable, un proceso bilateral. El niño pequeño no solo se verá llevado a equiparar apariencia y realidad (lo que parece es lo que es), sino que además los pensamientos y sentimientos, distorsionados por la fantasía, se proyectarán sobre la realidad externa de manera no modulada por la

conciencia de que la experiencia del mundo externo podría haber sido de este modo distorsionada.

Visto de manera retrospectiva, el término “equivalencia psíquica” puede resultar desafortunado, a la luz del concepto de la “equiparación simbólica” presentado por Segal (1957), que puede parecer se superpone con la formulación propuesta aquí y en trabajos anteriores. Nuestra comprensión de este importante concepto de Segal supone la relación de significado y significante, más que la relación de lo interno con lo externo. Segal analiza las confusiones que a menudo se observan en estados psicóticos, en donde el carácter simbólico de una representación se pierde y se equipara el símbolo y la cosa que el mismo representa. De este modo, tocar el violín ya no conlleva un significado simbólico de masturbación; se transforma en la actividad misma. Nuestro concepto de equivalencia psíquica es más restringido. Nos referimos a la calidad de los estados mentales y aquí, el término *equivalencia* no denota una equiparación del vehículo simbólico con la idea representada, sino más bien la asunción de que lo pensado debe ser real. Esto no es unidireccional, como también asume el niño, de manera omnipotente, que todo lo que es real le es conocido. Sin embargo, existe un área de superposición entre las descripciones de Segal y las nuestras que resultaría útil aclarar. Tomemos por ejemplo el caso de un niño de 3 años que no puede dormirse porque una bata colgada en la puerta del dormitorio lo aterroriza. Dice saber que solo trata de una bata, pero cuando comienza a dormirse la misma se transforma en un hombre malo que lo arrebatará de la cama durante la noche. Evidentemente, puede considerarse que la bata está simbólicamente equiparada con el hombre atemorizante, y el niño reacciona como si ambos fueran lo mismo.

Tal vez porque podría resultar aterrador experimentar los pensamientos y sentimientos como concretamente “reales”, el niño pequeño desarrolla una manera alternativa de interpretación de los estados mentales. En el “modo de simulación”, el niño experimenta sentimientos e ideas como si fueran totalmente representacionales, o simbólicas, como si no tuvieran implicación alguna con el mundo exterior. Incluso si un niño de 2 años sabe que cuando simula ser un policía ello no es real, esto no se debe a que comprende que está “simulando ser un policía”, sino más bien a que la forma de realidad psíquica que le permite simular requiere una separación estricta con respecto a la realidad externa (Gopnik & Slaughter, 1991). De este modo, su juego no puede formar un puente entre la realidad interna y la externa. Es solo de modo gradual, y a través de una cercanía segura con respecto a otra persona que puede sostener de manera

simultánea la simulación y las perspectivas serias del niño, que la integración de estos dos modos da lugar a una realidad psíquica en donde los sentimientos y las ideas se conocen como internas, aunque relacionadas con el exterior (Dunn, 1996).

Antecedentes de la seguridad y una teoría del autodesarrollo

Hemos sugerido que la emergencia de la mentalización está profundamente integrada en las relaciones de objeto primarias del niño, principalmente en la relación “de reflectación” con el padre. Ello está concebido de una manera en cierta forma diferente con respecto a los conceptos psicoanalíticos tradicionales de reflectación propuestos por Kohut (1977), Bion (1962) y Winnicott (1956). Es mucho más similar al modelo descrito recientemente por Gergely y Watson (1996). Creemos que el niño se da cuenta gradualmente de que tiene sentimientos y pensamientos, y lentamente se hace capaz de distinguir los mismos. Ello ocurre principalmente a través del aprendizaje de que sus experiencias internas encuentran respuesta por parte de los padres. Sus expresiones y otras reacciones habituales a sus expresiones emocionales concentran la atención del niño en sus experiencias internas, dándoles forma para que puedan tener sentido y tornarse cada vez más manejables. Las representaciones primarias de la experiencia se organizan en representaciones secundarias de dichos estados mentales y corporales (Fonagy & Target, 1997). La experiencia de afecto es el retoño a partir del cual la mentalización del afecto podrá finalmente crecer, pero solo en el contexto de al menos una relación de apego segura y estable.

El padre que no pueda pensar acerca de la experiencia mental del niño lo priva de la base para un sentido viable de sí mismo (Fonagy & Target, 1995). Esta es una idea conocida en el psicoanálisis. Bion (1962) describió cómo, para el niño, la internalización repetida de la imagen de sus pensamientos y sentimientos procesada por la madre ofrece “contención”; Joyce Mc Dougall afirmó: “a través del llanto, los gestos y reacciones somato-psíquicas al estrés, un niño de pecho presenta comunicaciones de carácter no verbal que solo una madre es capaz de comprender. Funciona, a este respecto, como el sistema pensante de su hijo (1989, p. 169)”. Ello no implica solamente la interpretación de las expresiones físicas del niño, sino además el retorno al mismo de una versión manejable de lo que él mismo está comunicando (Winnicott, 1956). La ausencia o distorsión de esta función de reflectación puede generar un mundo psicológico en el que las experiencias internas están pobremente representadas, creando una necesidad desesperada por obtener vías alternativas para contener la experiencia

psicológica. Estas vías pueden, por ejemplo, llegar a implicar diferentes formas de autoagresión o de agresión contra otros (Fonagy et al., 1993; Fonagy & Target, 1995).

En el interior de una relación segura o de contención, las señales afectivas del bebé son interpretadas por el padre, que es capaz de reflexionar acerca de los estados mentales que subyacen bajo la angustia del bebé. Para que esta reflexión ayude al niño, debe implicar una sutil combinación de reflectación y la comunicación de un afecto contrastante. La naturaleza de la reflectación del objeto puede comprenderse más fácilmente en el contexto de nuestra descripción del juego de simulación del padre con el niño: para contener la ansiedad del niño, la expresión de reflectación de la madre mostrará un afecto complejo, que combina el miedo con una emoción conflictiva, tal como la ironía. En un nivel, ello comunica que no hay “realmente” ningún motivo para preocuparse, pero de manera más importante la reacción del padre, cuya experiencia es la misma aunque no totalmente la misma que la experiencia del niño, crea la posibilidad de generar una representación (simbólica) de segundo orden de la ansiedad. Este es el comienzo de la simbolización. En otro trabajo, analizamos cómo en el lenguaje (Fonagy & Fonagy, 1995) a menudo los hablantes, de manera inconsciente, combinan dos patrones de entonación, cada uno característico de una emoción diferente. El oyente es afectado por ambos, aun cuando solo uno de los afectos expresados se percibe conscientemente. Creemos que el bebé se calma (o se ve contenido) a través del mismo proceso.

Pueden existir varias razones para el fracaso de la sintonía entre el niño y su padre, algunas de las cuales se originan en la patología del último y otras en factores constitutivos, traumas y otras experiencias. Sea cual sea la razón, si el padre no es capaz de responder de la manera descrita anteriormente, lo que será internalizado por el niño tenderá a ser la propia experiencia o defensas del padre; la angustia del niño se ve ya sea eludida o reflectada sin ser “metabolizada” previamente. En casos extremos, el niño podrá verse empujado hacia la defensa altamente mal adaptada de la inhibición de la mentalización. Aun en casos menos extremos, las relaciones padre-niño en las que la reflectación ha sido inadecuada pueden sentar las bases para subsiguientes distorsiones en el desarrollo de la personalidad en uno o dos días. Estas corresponden a los dos modos primitivos de experiencia de la realidad psíquica. La madre puede replicar el estado del niño sin modulación, como en modo de equivalencia psíquica, concretizando o entrando en pánico ante la angustia del niño. Alternativamente, puede evitar la reflexión en el afecto del niño a través de un proceso similar a la disociación, que ubica

efectivamente a la madre en un modo de simulación, no relacionado con la realidad externa del niño –las intenciones o sentimientos genuinos del mismo. La madre podrá ignorar entonces la angustia del niño, o traducirla como enfermedad, cansancio u otra razón. Ambas maneras de evitar las comunicaciones del niño las desproveen del potencial de un significado que el mismo pueda reconocer y utilizar. Puede llevar además a una corriente entre padre e hijo de interpretación de los sentimientos en términos físicos, para que el estado físico sea “lo real”. En el trabajo que realizó con madres que sufrían de depresión puerperal (Murray & Cooper, 1997), Lynne Murray presentó algunas vívidas ilustraciones de cómo tales madres ofrecen una realidad alternativa, marcada por la exageración asociada con la simulación, sin el enlace simultáneo con las expresiones del niño. El niño no ha sido capaz de encontrar una versión reconocible de sus estados mentales en la mente de otra persona, y se ha perdido la oportunidad de adquirir una representación de dichos estados.

Normalmente, el niño logra controlar el afecto en parte a través de este tipo de simbolización. La representación de sus sentimientos se asocia crecientemente con la modulación incluida en la reflexión que el padre hace de los mismos. La reflexión está claramente relacionada con los sentimientos originales, pero no es los mismos. El niño calcará la reacción modulada de la madre en sus propios sentimientos, y esto vincula lentamente sus reacciones emocionales y fisiológicas. Clínicamente, esto significaría que el niño que ha recibido imágenes modificadas de sus estados afectivos en lugar de imágenes reconocibles, puede luego encontrar dificultades para diferenciar la realidad de la fantasía, y la realidad física de la realidad psíquica. Ello puede restringirlo a una utilización instrumental (manipuladora) del afecto más que de señal (comunicativa). Esta utilización instrumental del afecto es un aspecto clave de la tendencia de los pacientes borderline a expresar y manejar pensamientos y sentimientos a través de la acción física. Sugerimos que es central para comprender este aspecto el hecho de que una representación secundaria ausente o retrasada restringe el desarrollo de la realidad psíquica del niño. La integración de los dos modos primitivos de experimentar la mente (equivalencia y simulación) normalmente comienza en el segundo año de vida y se completa parcialmente para el quinto o sexto año (Target & Fonagy, 1996). Esta integración proporciona la base para la mentalización (ver la excelente reseña realizada, por Lecours & Bouchard, 1997).

El papel del trauma en la prevención de la integración de los dos modos de realidad psíquica

Se ha demostrado que el trauma tiene un papel importante en la psicogénesis de los estados borderline (por ejemplo, Jonson et al., 1999). Creemos que cuando se perpetra por parte de una figura de apego, el trauma interfiere con el proceso de desarrollo descrito anteriormente. Pueden verse pruebas de esto en niños que sufrieron abusos severos en una o más de las siguientes maneras: (a) la persistencia de un modo de equivalencia psíquica de experimentar la realidad interna; (b) la propensión a continuar pasando a un modo de simulación (es decir, a través de la disociación); (c) una incapacidad parcial para reflexionar acerca de los estados mentales propios y los de los objetos les pertenecen. Opinamos que estas maneras de pensar persisten en la adultez y tienen un papel importante en los fenómenos borderline.

El niño maltratado no puede darse el lujo de ver la expresión del padre como una indicación exclusiva de una realidad psíquica, como si no tuviera consecuencias, dado que los sentimientos del padre pueden acarrear repercusiones aterradoras. Normalmente, el niño de una edad comprendida entre 2 y 4 años se dará cuenta de manera progresiva de las discrepancias entre sus estados internos y el mundo exterior, o con respecto a los estados mentales de los demás. Sin embargo, el niño que está rodeado por un trauma real o la amenaza del mismo tendrá pocas oportunidades de desarrollar una conciencia de cualquier distinción entre lo interior y lo exterior; su concentración debe mantenerse tan atenta al mundo exterior y sus peligros físicos y emocionales que queda poco margen para la idea de un mundo interno y separado. En circunstancias normales, un padre será capaz de proteger al niño contra parte de la fuerza aterradora de la realidad, no tanto escondiendo los hechos y sentimientos, sino transmitiendo al niño el concepto de que existe más de una manera de ver las cosas. Tal vez el niño ha visto al padre enojado, incluso como alguien atemorizante; si el padre es capaz de reconocer la experiencia del niño, pero también es capaz de comunicar que dicho temor es injustificado, el niño está a salvo. Sin embargo, en los casos de maltrato, el niño no está a salvo y cualquier comunicación tranquilizadora de contención será falsa. Asimismo, socavará aun más la capacidad del niño para confiar en la realidad interna. De este modo, el abuso refuerza de manera inevitable la falta de integración entre los dos modos infantiles de experimentar los estados mentales. Ello refuerza un modo de funcionamiento psíquico equivalente, porque obliga al niño a estar primariamente presente en el mundo físico, a desconfiar de toda oportunidad de jugar, y a sospechar del

mundo interno en general, porque el mundo interno del objeto es incomprensible, aterrador o engañoso. También refuerza un modo de simulación porque puede ser la única manera disponible para el niño de cortar la conexión entre estados internos y la intolerable realidad externa.

Los padres que no puedan ingresar en un modo de mentalización con sus hijos (en donde coexisten la simulación y lo real) no son de ninguna manera abiertamente abusivos, negligentes o enfermos mentales. Especulamos que la capacidad por parte del padre para adoptar una actitud lúdicamente empática puede ser esencial para que el niño experimente que sus proyecciones están siendo contenidas. En cambio, el padre puede ser inaccesible emocionalmente para el niño, evitando que este último cree una imagen de su mundo interno en la mente del padre, que podría haber estado entonces disponible para la internalización para formar un sentido central de sí mismo. Algunos padres pueden además revelar inconscientemente estados mentales (odio, desagrado) que, en caso de ser generalizados, constituyen un abuso psicológico, porque el niño debe retroceder con respecto a la imagen implícita de sí mismo. El aspecto más trastornante para el niño puede ser la contemplación de la crueldad o el odio que el padre siente con respecto a él. El niño no tiene protección contra esto, aparte de excluir de su conciencia las ideas acerca de los sentimientos y pensamientos en otros y en sí mismo. De este modo, el niño maltratado puede crecer temiendo las mentes y repudiando la conciencia de sentimientos o motivos, siendo la persistencia de la equivalencia psíquica el subproducto inevitable de este proceso.

El trauma también puede desorganizar la representación de sentimientos o pensamientos, mediante la creación de una propensión a pasar al modo de simulación infantil. Algunos niños traumatizados crecen con una hipersensibilidad aparente hacia los estados mentales, con una necesidad de adivinar de manera inmediata qué es lo que sienten y piensan aquellos que los rodean para poder evitar otros traumas. Como parte de esto, puede desarrollarse un pseudo-conocimiento de las mentes, que es superficial y puede ser muy selectivo, buscando señales de peligro particulares y evitando la reflexión acerca de sentidos o conexiones. Lo que parece resultar es una agudeza para identificar estados psicológicos en los demás, pero estos estados carecen esencialmente de significado para el paciente, constituyen una moneda común pero altamente devaluada. El “conocimiento” del mundo psicológico del otro se desarrolla a expensas del conocimiento que el paciente tiene de su propia mente. Este razonamiento, que en la investigación denominamos “mentalización hiperactiva”, ocurre en el modo de

simulación, sin lazos firmes con la experiencia interna y externa que se siente como real.

Un ejemplo podría resultar útil. La Sra. A es una mujer de 35 años con un historial de automutilación y actitudes suicidas de 27 años, y antecedentes de abusos psicológicos maternos. Mary Target fue su cuarta analista. En la primera parte del análisis, la Sra. A estaba constantemente preocupada por analizar los motivos que se escondían tras el comportamiento de su madre y su psiquiatra, un comportamiento que describía como cruel y paranoico. Los acontecimientos descritos, pertenecientes ya sea a la infancia o al día anterior, tenían una calidad trillada, como si hubiesen sido tomados de una telenovela. Los motivos que la Sra. A atribuía a los personajes que la ofuscaban eran poco convincentes e intercambiables. (Naturalmente, a menudo también eran proyectados transparentemente). Habitualmente, la Sra. A pervertía su función de reflexión, desviando la atención de sus propios estados mentales, y distorsionando o negando los de los demás. Su abuso compulsivo de la mentalización la protegía de una verdadera introspección o intimidad. Parecía que su capacidad de reflexión había sido tomada por el modo de experiencia de simulación, en el que los acontecimientos psicológicos, como sus relaciones, estaban idealizados pero desprovistos de profundidad emocional. Una ilustración de esto es que, luego de pasar una noche cortándose y haciendo que un hijo de nueve años la ayudara a redactar una nota de suicidio, la Sra. A acudió a su sesión intentando enfáticamente comprender la tacañería de la nueva esposa de su hermano, mencionando sus arranques del día anterior tan solo al pasar.

Más comúnmente, el tratamiento descuidado o cruel de un niño conduce al rechazo de la mentalización (Fonagy et al., 1997). Ello debería considerarse no solo como un déficit, sino como una adaptación que ha ayudado al niño a alcanzar cierta distancia con respecto a una situación traumatizante. A pesar de que la restricción de la mentalización era originalmente de adaptación, existe un vínculo potente y claro entre esta capacidad restringida y la vulnerabilidad a traumas posteriores. La incapacidad para reflexionar acerca del estado mental del perpetrador, al igual que la reacción del self, puede evitar que el niño resuelva la experiencia original o maneje el ataque subsiguiente. A la inversa, la mentalización es un componente importante de la capacidad de autocorrección en individuos que son capaces de soportar adversidades en etapas tempranas de sus vidas (Fonagy et al., 1994).

Existe una relación de desarrollo mutua entre el trauma y la mentalización; el trauma puede socavar la voluntad del niño para jugar con sentimientos e ideas (sentidos

también como reales) en relación con acontecimientos externos, pero al mismo tiempo la falta de un modo de mentalización de organización interna completo creará una propensión tendiente a una repetición continua del trauma, en ausencia de la modulación aportada por una visión representativa de la realidad psíquica.

La rigidez de los patrones de relación y la petrificación de los sistemas de representación

Uno de los rasgos más característicos de la psicopatología borderline es la inestabilidad y tempestuosidad de sus relaciones. Las mismas muestran tiempos rápidamente acelerados, en donde la intimidad sigue de manera inmediata al primer conocimiento, y existen numerosas crisis, a menudo presentando dependencia, masoquismo y dominación. En realidad, parafraseando a Winnicott, se puede decir que en cierto sentido no existe lo que llamamos una persona borderline, sino solamente una pareja borderline –la persona borderline y su objeto. Sin embargo, estos pacientes tienden a no tener un sentido realista de la realidad psíquica de la otra persona. Lo que se representa es una asociación entre un autoestado y el estado en un “otro virtual”, que no es coherentemente plausible. Por ejemplo, la Sra. A hablaba extensamente acerca de amigos, pero los sentimientos y pensamientos que les atribuía eran a menudo improbables e incoherentes con respecto a sus acciones. En las narraciones, estas personas parecían ser bidimensionales, y a medida en que la paciente incorporaba a la analista al grupo de personajes, esta última tenía una fuerte sensación de vacío y artificialidad en la manera en que era representada. Ello no era similar a la elaboración de distorsiones a medida en que se desarrollan las transferencias; más bien, sentía ser un comodín en un juego de cartas, que vale por cualquier otra carta pero no tiene identidad o continuidad reales.

Mientras que el tratamiento psicoanalítico puede desarrollar una capacidad de función reflexiva en el paciente (y analista), el trabajo con pacientes borderline sugiere que el atronamiento o el desvío de esta capacidad puede ser clave para su patología. El tratamiento necesita estar entonces enfocado intensamente (a pesar de no estar enfocado directamente, de modo necesario) en este desarrollo. Tal vez el único indicador más importante del déficit que estamos describiendo es la rigidez del mundo de las representaciones, de la experiencia del self y las relaciones con los demás. En los pacientes borderline, las maneras particulares de relacionarse se mantienen con una tenacidad que va mucho más allá de las asociadas con las defensas habituales. Estos

individuos, al igual que otros pacientes, organizan la relación analítica para que se adapte a sus expectativas inconscientes, pero para los pacientes borderline estas expectativas tienen toda la fuerza de la realidad, y no existe la posibilidad de expectativas alternas. En momentos en que la realidad externa no se adapta al esquema activo tenazmente mantenido, existe vacío y confusión.

Así como el comportamiento y las relaciones interpersonales están estrictamente restringidas, también lo está la experiencia interna; del espectro total de las experiencias, solo algunas se registran y sienten, conduciendo a una discontinuidad de la experiencia propia. Dada la falta de flexibilidad en el sistema de representación para los estados mentales, el individuo no puede evocar experiencias psíquicas que no sean la puesta en acto y la provocación. Los estados subjetivos, tales como la ansiedad, pueden conocerse principalmente a través de su creación en otra persona. Muchos han explicado los aspectos manipuladores de los desórdenes alimenticios y otras formas de autoinflicción (por ejemplo, Main, 1957; Bruch, 1982) en términos de proyección o identificación proyectiva de partes intolerables del self, o como parte de la comunicación. En este caso, nuestro énfasis es algo diferente. Es la creación de una experiencia interna similar a la reflexión, normalmente intrapsíquica, que se establece a través de la interacción interpersonal. Como no son capaces de sentirse a sí mismos desde el interior, se ven obligados a experimentar el self desde el exterior. En diferentes momentos de crisis, la Sra. A afirmó saber que se había visto desbordada por la ansiedad porque su hijo había llamado a la policía, o porque su analista había hablado con su psiquiatra. Estas reacciones tenían sentido en lo que ella había sentido como un “desorden mental” y fue entonces en cierto modo más capaz de manejarlo más apropiadamente.

Un aspecto importante de esta rigidez es la persistencia de la equivalencia psíquica como un modo predominante de experimentar la realidad psíquica. Cuando la experiencia mental no puede concebirse como una vía simbólica, los pensamientos y sentimientos tienen un impacto directo y a veces devastador que solo pueden evitarse a través de movimientos defensivos drásticos y primitivos.

Un joven borderline tratado por Peter Fonagy y descrito con mayor detalle en un trabajo anterior (Fonagy, 1991) tendía a largos períodos de silencio durante una etapa en los comienzos del análisis. Los silencios eran impenetrables y durante algún tiempo, inexplicados. En una ocasión el disparador fue un retraso de dos minutos en la llegada del analista a la sesión, que derivó en más de una semana de silencio. La interpretación

del silencio como un castigo al analista, la comunicación de la frustración o un sentido de estar siendo excluido o incomprendido fracasaron en romper la parálisis. Finalmente, se dedujo que en esta y otras ocasiones la llegada tarde del analista creó una imagen en el paciente de estar con alguien desatento y no confiable, al punto de generar enojo. “Ud. sabe que es sólo un bastardo nada profesional y desatento.” En estas situaciones, el analista era experimentado como alguien con quien era totalmente inseguro estar y cuestionar esta percepción no arrojaba sentido alguno.

Aunque esta imagen de transferencia era bastante inusual, fue mantenida con enorme tenacidad e impermeabilidad a cualquier consideración de otros momentos que habían sido experimentados de manera igualmente definitiva mostrando una imagen opuesta. Cada visión reemplazaba a la otra de manera completa, y cada una era vista como si fuera tan clara que no valía la pena discutirla. El analista vio que esta situación estaba basada en una falta de capacidad para “jugar con la realidad”; el paciente estaba dominado por una idea y era incapaz de experimentarla como algo psíquico en lugar de como una realidad física. El analista tenía que aceptar la distorsión. Los intentos para evocar la imagen completa que el paciente tenía del analista eran interpretados inevitablemente como un ataque a la salud mental del paciente. A pesar de que a menudo no somos conscientes de ello, lo respetamos ingresando a la realidad del paciente y aceptando el papel del “bastardo nada profesional y desatento”, o como sea que se lo designa según el caso.

Manifestaciones de los modos de equivalencia psíquica y simulación en un caso de desorden de personalidad⁴ severo

Henrietta estaba en la mitad de los treinta cuando comenzó a atenderse con un colega psiquiatra forense. Extrañamente, la paciente no me indicó nada acerca de una historia forense, pero describió intentos de suicidio repetidos, relaciones inestables pero intensas, y abuso de la medicación. Sin embargo, no me preparó para los episodios paranoicos, casi psicóticos pero en realidad disociados, con alucinaciones y algunos desórdenes del pensamiento, que eran tan impresionantes en mi trabajo con la paciente.

Hay dos hechos que hacen que la historia de Henrietta sea inusual considerada desde un punto de vista psicoanalítico. El primero es que era una asesina; no solo de manera metafórica, como por ejemplo a través de ataques contra sus objetos internos, su

⁴. Peter Fonagy fue el analista a cargo y es este su relato.

pensamiento y demás, pero también contra su novio. Lo había apuñalado en el curso de una pelea violenta. Arguyó defensa propia y que el apuñalamiento había sido accidental. Fue encontrada culpable de asesinato y fue liberada en libertad condicional. Luego de aproximadamente cuatro años de análisis confesó que en realidad no había apuñalado a su novio accidentalmente. A pesar de no haber sido premeditado, sin duda había sido intencional. Se había dejado llevar por un ataque de furia violento y engeguecedor. Para ese entonces, a cuatro años de comenzado el análisis, ya estaba familiarizado con los ataques de furia explosivos y crueles de Henrietta. Su revelación no me sorprendió realmente.

El segundo hecho era su experiencia de abuso. Describió que primeramente había sido objeto de abusos sexuales por parte de su padre alcohólico y luego por un profesor en el correr de su adolescencia cuando acudía a un colegio para pupilos. Ambas experiencias incluyeron coito. El padre de Henrietta la golpeaba además semanalmente por diferentes faltas, y de manera más severa al menos una vez al mes por “contestar”. El abuso perpetrado por su padre fue un secreto mantenido por ambos hasta la muerte del mismo, ocurrida poco antes del comienzo del tratamiento. La relación con el profesor se hizo pública y el hombre en cuestión fue despedido.

¿Por qué alguien como Henrietta acudiría al análisis? Parecía que nunca había tenido una relación de comprensión. Dijo estar buscando ayuda para los sueños aterradores que comenzaron luego de la muerte del padre. Acudió a la primera entrevista exigiendo fuertemente atención profesional. No sabía que yo era un psicoanalista y, al percatarse del diván, rato después de comenzada la entrevista, afirmó: “Entonces, ¿ahí se coge a los pacientes?”. Sentí que una sensación de temor me recorría. Antes que reaccionar directamente frente a sus modos combativos y de intrusión, tomé conciencia de la vulnerabilidad y la enorme ansiedad detrás de su necesidad de golpear y herir. Traté de sonar tranquilizador: “Debe ser muy valiente para animarse a venir a verme”. Contestó de manera despreciativa: “Uds. los loqueros son unos abusadores. Es solo una cuestión de poder”. Dije, ya más seguro de mi respuesta contratransferencial: “Creo que es su propio poder para destruir y abusar lo que la asusta de la terapia. Tiene mucha más confianza acerca de su capacidad para vérselas conmigo”. Su actitud cambió completamente y me preguntó a qué me refería con “terapia”.

Comenzó con una sesión por semana, pero en el correr de 18 meses subimos el número a cuatro veces por semana. No faltó a casi ninguna sesión. Su compromiso con el proceso analítico era impresionante, y fortaleció mi creencia en la firmeza del deseo

de ser oído y reconocido. Sin embargo, lo que pasó entre Henrietta y yo puede no considerarse generalmente como un análisis. Rara vez mis intervenciones se experimentaban como interpretaciones y ella tenía muy poco sentido de introspección, al menos durante los primeros años. Permítanme presentar un ejemplo de lo que pasaba en esos tiempos.

Llegó en hora a la sesión, se sentó en una silla y dijo estar molesta, y me miró desafiante sin hablar más. Le dije: “No entiendo. Necesita decirme lo que “molesta” significa para Ud. en este momento”. Me dijo que había tenido otro sueño acerca de su padre que la había dejado molesta. En su sueño, *el padre le había pedido que le metiera la cabeza en el trasero, pero ella no quería hacerlo*. Se aprestaba a seguir el relato con una serie de imágenes obscenas que describían la vida sexual que llevaba con su padre. La interrumpí: “Creo que está molesta porque tiene miedo de que le haga meter la cabeza en pensamientos sucios”. Se detuvo en seco, en una secuencia rápida que apenas pude seguir me contó que estaba perdida, que su madre no comprendía, que no intentaba herir a nadie, que la muerte había sido accidental, que había tratado de resucitarlo, de darle el beso de la vida, pero que había fracasado, y que ahora yo trataba de matarla. Hubo una aceleración gradual del ritmo y una intensificación del afecto. Al final estaba en la habitación con una persona aparentemente enojada, que sin embargo estaba básicamente aterrada. El motivo de esos sentimientos no resultaba claro. La violencia parecía aterrarla, ya fuera esta mía o suya. Esperaba que un objeto furioso celoso la matara, o matar a uno que fuera invasor y amenazante. Tratando de calmarla abandonado la lucha, le dije: “Parece que la impulsa el temor a perderme en esta violencia. Siente que tiene que resucitarme constantemente, insuflar vida en mi persona para mantenerme vivo para Ud.”. Permaneció callada. Finalmente respondió, algo más calmada, que estaba asustada de ser una persona. Prefería estar vacía; las personas solo te atacan si saben que eres alguien. Respondía: “Estoy de acuerdo. Creo que te sientes más a salvo conmigo cuando te sientes vacía. Te consideras incluso más a salvo cuando sientes que me has vaciado también”. Su temor de que la matara, y el temor incluso mayor de matarme, anulaba a todos los demás.

Esta breve viñeta plantea diferentes temas. El analista no presumió saber lo que “molesta” significaba para Henrietta en ese momento. La mayoría de los pacientes habrían sido conscientes de que el analista no sabría qué era lo que los molestaba, pero para una paciente que funcionaba en el modo de equivalencia psíquica, el analista ya sabe lo que ella sabe. Luego de la intervención, Henrietta pasó rápidamente a un tipo de

modo de simulación cuando comenzó a hablar de las imágenes del sueño. A diferencia de la situación con un paciente neurótico, para quien la exploración de una fantasía sexual puede ser muy terapéutica, para una paciente como Henrietta resultaba vital interrumpir este retiro hacia algo que era representado como irreal. La tarea del analista estaba entonces en encontrar algo que se sintiera nuevamente real en la imagen. Se concentró en la confusión producida por el tener que hablar de pensamientos y sentimientos. Ello en sí mismo provocó una mayor ansiedad. Repentinamente, las fantasías se hicieron reales: pasó a un modo de equivalencia psíquica y parecía casi sentir que su vida estaba en peligro. El pánico crecería hasta que alguien lo contuviera. Alguien iba a ser asesinado. Opinamos que el objetivo de este tipo de explosión catártica no es principalmente el deseo de ser contenido, o de elaborar una experiencia, sino más bien un vaciado del self que se siente como la prevención de un ataque inminente. La respuesta contratransferencial es a menudo un sentimiento de vacío, al cual vemos como el resultado de un intento para reducir a ambas personas por igual a un estado en el que no existe el pensamiento, para aliviar la ansiedad, más que un ataque primariamente destructivo realizado contra el pensamiento del analista.

A menudo los psicoanalistas escriben acerca de lo concreto del pensamiento, basándose ampliamente en la distinción freudiana entre las representaciones de palabra y las de cosa. Mayormente, dichos autores se ocupan de significados concretos, en tanto que con Henrietta era el carácter fijo de los procesos de pensamiento mismos que creaba tal obstáculo. Para Henrietta, a veces sus pensamientos se experimentaban como no pertenecientes a su mente, pero era como si fueran hablados y de este modo eran externamente reales. Me tomó algo de tiempo darme cuenta de que a menudo había una tercera presencia. Había una voz en su cabeza, alguien que ella sentía era sí misma, pero no sí misma –un aspecto ajeno de su propio estado disociado. Sus pensamientos tenían una inmediatez que era difícil de apreciar completamente. Se experimentaban ideas o imágenes pasajeras como voces sin cuerpo, que a veces eran amigables pero más generalmente tenían un carácter persecutorio. A pesar de que claramente no se trataba de alucinaciones, tampoco parecía que sus pensamientos provenían de su propia mente. Sus “asociaciones” en estos momentos eran respuestas a lo que ella “oía”, de manera similar a su diálogo conmigo. Ello planteaba un desafío interesante para mi trabajo de transferencia. Finalmente, comencé a dirigirme a esta voz de manera más directa.

En una sesión la paciente llegó confundida, obviamente más de lo que estaba normalmente. Se sentó en el diván y me miró de manera vacía, como preguntando:

“¿Qué pasará ahora?”. Le dije, igualmente perplejo: “No sabe qué decirme y yo no sé qué decirle a Ud.”. Ello la impulsó a comenzar un relato largo y desconcertante acerca de bailarines que “dejaban su sangre” en el entrenamiento y la práctica, iban a audiciones interminables, pero no encontraban trabajo. Dijo estar molesta por la injusticia de esta situación. Pero entonces, como si estuviera respondiendo a alguien más, casi como si fuera consciente del sentido transferencial de lo que estaba diciendo, dijo con una voz bastante diferente: “Ud. va a interrumpir el tratamiento, ¿no?”. Pensando en la realidad concreta de su experiencia interna, y queriendo reconocer cuán completamente compulsivo ella lo sentía, le dije: “Creo que le están diciendo que la rechazaré, sin importar cuánto se esfuerce. Quiere que comprenda su angustia pero no le está permitido decirme nada acerca de ella. Todo se siente tan real que Ud. debe sentirse realmente confundida”. Hundió la cabeza en la almohada y comenzó a sollozar violentamente: “Estoy tan confundida. Me siento tan mal. Me dicen que estoy bien, pero siento que no tengo esperanzas. Por favor, dígame cuál es mi problema”. Respondí, con la intención de ingresar en su mundo mental, pero al mismo tiempo para insertar la voz del analista como otra perspectiva que podría finalmente tornarse terapéutica: “Ud. siente eso porque le pido que venga aquí tan solo durante cincuenta minutos por día, no puedo realmente comprender cuáles son realmente sus necesidades. Creo que hay una voz en su cabeza que le dice ‘estás bien’. Y a veces esa voz suena como la mía”. Se calmó un poco y luego pareció experimentar algo similar a una respuesta alérgica al contacto con el analista. Repentinamente dijo, como si no estuviera consciente de las contradicciones: “No necesito ayuda. Estoy bien. Estoy enferma. Quiero vomitar”. Luego hizo una pausa. “Tengo ganas de vomitar cuando la gente se aproxima demasiado. Te domina. Debe comprenderme. Ud. no me comprende. ¿Me comprende?”. Dije, intentando identificar la fuente de la ansiedad: “Ud. está aterrorizada de lo que realmente comprendo. Debe ser tan enfermizo que tengo que echarla”. Dijo, aún sollozando: “Es el sexo. Es tan malo. Estoy tan atemorizada de que Ud. pudiera malinterpretar. Estoy intentando con tanto ahínco que algo ocurra esta vez”. Le dije, considerando la referencia al sexo como defensiva, con el objetivo de distraernos de la fuente de ansiedad inmediata: “Ud. tiene la esperanza de que algo bueno ocurra, pero está también atemorizada porque oye una voz que le dice que lo arruine confundiéndome y guiándome por el camino equivocado”.

Existen muchas interpretaciones analíticas para explicar lo que estaba ocurriendo entre nosotros –el deseo de crear un coito analítico sexualizado que escondiera su culpa y vulnerabilidad; el deseo de transformarme en un patético bailarín que danzara a la

tonada de la paciente que me observaría “dejar la sangre” en un inútil intento por salvarla; la omnipotencia infantil regresiva del triunfo del caos sobre la comprensión; el self, dividido defensivamente entre una identidad vulnerable y suplicante y un dictador invulnerable y omnipotente, y de ahí en más. Todo ello y aun más era cierto; pero existía una comprensión adicional que tenía que mantener en el correr de esos primeros años. Junto con sus ansias por cualquier cosa que pudiera dar un sentido de orden a su caos psíquico, luchó desesperadamente contra cualquier idea, a causa del malestar intolerable causado por la cercanía de dos mentes. Había algo que se sentía como enfermizo y desagradable acerca de las ideas y los sentimientos genuinos. Ella había intentado repudiar su capacidad de concebir estados mentales, en sí misma o en mí, quedándose con representaciones esquemáticas y rígidas.

El análisis era una seducción obscena porque pensar acerca de estados mentales era un acto incestuoso, experimentado como la intrusión de un objeto en un espacio demasiado pequeño para contenerlo. Su adaptación al trauma traía consigo el rechazo de sentimientos e intenciones, en sí misma y en todos los demás cercanos a ella. El peaje primario para compartir la realidad psíquica, el pensamiento simbólico, estaba bloqueado. En su lugar, los pensamientos se experimentaban literalmente, externamente reales e incambiables, el pensamiento era sentido como palabras que han sido habladas y no pueden retirarse. La transferencia no podría referirse entonces como una experiencia hipotética; tal vez en esta etapa el analista necesita trabajar en parte en el mismo marco de referencia de equivalencia psíquica, para ayudar a hacer que la capacidad para la representación de sus estados internos sea segura. Esto es lo que un padre necesita para ser capaz de arreglárselas con un niño pequeño, pero identificarse con la perspectiva de un adulto violento y descontrolado es mucho más amenazante y perturbador que hacer lo mismo con un niño, incluso si se trata de un niño con sentimientos similares.

De manera ideal, el padre acepta la experiencia del niño cuando el niño está en un modo de equivalencia psíquica, pero al mismo tiempo se comporta de manera que implica que el padre no comparte la misma experiencia. Un niño pequeño podría estar demasiado atemorizado para dormir porque una bata colgada de la puerta parece ser un hombre pronto para saltarle encima. Esto es real para el niño en esas circunstancias, y el sentimiento de terror es correspondientemente compulsivo. El padre no le dice simplemente al niño que la bata no es un hombre, o que es ridículo asustarse; retira la

bata de manera tal que reconoce la realidad atemorizante, pero sin mostrar temor.⁵ De este modo, el padre ingresa en la percepción del niño ofreciendo la posibilidad de tomar distancia con respecto a la misma, introduciendo una perspectiva diferente. Esto similar a la introducción de perspectivas alternativas a través del juego y la simulación junto al niño, pero esta vez en un estado mental serio. En esto está involucrado el analista con pacientes borderline. El análisis de Henrietta respetaba la realidad de su terror a la cercanía, pero haciéndolo introdujo además la idea de que el terror estaba basado en la creencia antes que en los hechos. No se insinúa la introducción de innovaciones técnicas; es lo mismo que los analistas hacen comúnmente, particularmente cuando trabajan con la transferencia. Los individuos con una patología borderline tienen una predisposición tan poderosa a la distorsión que el analista no es capaz de asumir que el mero hecho de la interpretación transmitirá esta idea sin enfrentar específica y repetidamente perspectivas alternativas.

En las sesiones realizadas con Henrietta, el afecto era intenso. El terror y la angustia eran reales: un hambre desesperada por obtener comprensión era lo único que igualaba su deseo por vaciar su mente. La contratransferencia estaba llena de incomodidad y confusión. Actuaba de manera peligrosa, regularmente amenazaba con matarse, y comenzaba peleas violentas con amigos y extraños por las cuales me hacía sentir culpable. Me asustó con la amenaza de un juicio por negligencia y me entregó una carta de quejas que había redactado en borrador y estaba dirigida a mi asociación profesional, en donde se documentaba cuidadosamente mi “incompetencia”: cualquier cambio o confusiones en el horario de las sesiones, cancelaciones, llegadas tarde, errores recordando nombres –todo estaba listado y fechado. Fui criticado por hablar y luego ridiculizado por mis silencios. En otros momentos me hizo sentir como su salvador. La fluidez de su realidad psíquica significaba que durante gran parte del tiempo yo no podía saber lo que estaba haciendo, más allá del esfuerzo por apreciar a lo que su equivalencia psíquica me exponía y luego intentar comunicarle esa conciencia.

El tipo de división drástica reflejada en la comprensión de Henrietta y las intenciones de su analista es por supuesto un sello distintivo de la posición paranoica esquizoide en general, y de los estados borderline en particular. En otras ocasiones (Fonagy et al., 2000) hemos afirmado, siguiendo a Gergely (en prensa), que el mecanismo de división es un subproducto de desarrollo de la necesidad que tiene el niño de crear una imagen

⁵. Esto se aproxima al reconocimiento psicoanalítico de la efectividad de los tratamientos conductistas que implican la exposición, que aparentan superficialmente implicar poco en términos de cognición o interpretación, pero en realidad acarrear la misma comunicación del reconocimiento simultáneo de la realidad psíquica y una perspectiva alternativa que señala a la seguridad.

coherente del otro, que en una mente inmadura genera subgrupos de estados intencionales coherentes pero limitados, primariamente una identidad idealizada y persecutoria.

Mi habilidad para orientar la realidad psíquica de Henrietta estaba aun más reducida por lo que he dado en llamar las “brechas” en el diálogo analítico. Hubo períodos compuestos por minutos en donde cualquier sentido de significado simplemente desapareció. Normalmente, los mismos tuvieron lugar en períodos de silencio. A diferencia de pacientes cuyo silencio implica reflexión, o de otros para los que indica retención o resistencia, o incluso de otros cuyo silencio es una comunicación en la transferencia, los silencios de Henrietta no comunicaban nada. En las primeras ocasiones, interrumpí los silencios e intenté atribuirles un sentido: “Mis palabras la asustaron, y siente la necesidad de dejarme afuera”, o “Ud. se siente rechazada, por lo que me está rechazando”. Generalmente, esas sugerencias no encontraban respuesta, y cuando ocasionalmente no era así, Henrietta respondía como si la hubiera despertado de un estado de ensoñación: “¿Qué acaba de decir?”. Gradualmente, me di cuenta de que estos episodios iban más allá del silencio. A veces Henrietta empezaba a hablar, con algo de sentimiento, pero cuando hacía una pregunta era incapaz de responder, e incluso a veces parecía no estar oyendo. Por ejemplo, una vez describió el funeral de su padre con una claridad tal que me pareció estar ahí mismo. Más adelante, cuando mencionó no ser capaz de llorar, respondí que había llorado en el funeral; para mi sorpresa, respondió: “¿Qué funeral? ¿No recuerda que no fui al funeral de mi padre?”.

Estos encuentros con la disociación del enmarque analítico no son inusuales en este tipo de pacientes. Henrietta parecía intentar escapar de la intensidad de los sentimientos evocados por la cercanía mental. Sin embargo, a pesar de ser claramente defensivas, estas brechas en la narración no podían, al menos en esa época, ser interpretadas. No tenían sentido potencial alguno para Henrietta. A este punto parecen ser análogas al juego de un niño de 2 años, que aún no puede admitir compañeros de juego, y que tiene lugar en un mundo subjetivo radicalmente aislado del mundo exterior. Podríamos afirmar que Henrietta imaginó haber estado en el funeral de su padre, pero que en ese momento no tenía conciencia de que se trataba de un acto de su imaginación. La suspensión de la mentalización desencadenada por la amenaza acarreada por las relaciones de apego pone en relieve la persistencia del modo infantil de experimentar la realidad psíquica que hemos denominado modo de simulación. Tal vez una parte clave de la disociación como fenómeno es la reemergencia del modo de simulación, el modo

en que los niños muy pequeños ingresan completamente en un mundo psíquico separado, y no pueden mantener simultáneamente el contacto con la verdadera realidad.

El self ajeno

La falta de un sentido estable del self es una dificultad central para los pacientes borderline. En otros trabajos escribimos acerca del papel de la función reflexiva en la autoorganización (Fonagy & Target, 1997). El paciente carece de una imagen de sí mismo auténtica y orgánica construida en base a representaciones internalizadas de sus autoestados. La ausencia o debilidad de dicha imagen propia deja al niño, y luego al adulto, con un afecto que permanece sin marcar y confuso, sin contención (Bion, 1962). La ausencia de un objeto de reflexión para la experiencia del niño crea un vacío dentro del self, en donde la realidad interna permanece sin nombre, algunas veces temida. Ello creará una desesperación por obtener significado, y una voluntad para adoptar reflexiones del otro que no se adaptan a nada perteneciente a la propia experiencia del niño. Sugerimos que esto conduce a la internalización de las representaciones del estado del padre, más que de una versión utilizable de la propia experiencia del niño. Esto crea lo que denominamos una experiencia ajena dentro del self, basada en representaciones del otro dentro del self. Esto puede aproximarse a lo que Britton (1998) describió en términos similares, sobre la bases de trabajo clínico realizado con pacientes de este tipo. Una vez internalizada, la presencia ajena interfiere con la relación existente entre el pensamiento y la identidad: se experimentan ideas o sentimientos que no parecen pertenecer al self. El self ajeno destruye el sentido de coherencia del self, que solo puede restaurarse mediante una proyección constante e intensa. La comprensión de este proceso es vital desde el punto de vista clínico, porque (a diferencia del caso de neurosis) la proyección no está motivada por presiones del superego, sino por la necesidad de establecer una continuidad básica de la experiencia de la propia experiencia.

En el caso de Henrietta, los sueños eran como pequeños oasis en un cruel desierto de puestas en acto y manipulaciones que destruyeron completamente la posibilidad del reflexión. Los sueños eran variados y vívidos, pero gradualmente me di cuenta de que existía un tema recurrente. Siempre había algo dentro de algo más, y la cosa interior era absolutamente dependiente (casi parásita) de la cosa externa. Por ejemplo, había un sueño acerca de una lagartija que tenía una mosca zumbando dentro de su estómago. La paciente tenía un horrible sueño recurrente acerca de *una larva de escarabajo que crecía dentro de su cerebro*. Tenía una serie completa de sueños en los que soñaba que *estaba soñando otro sueño*. Llegué a creer que en el caso de pacientes incapaces de reflexión, los sueños podían aún proporcionar una ventana valiosa. Tal vez los sueños

son, en parte, residuos de una capacidad reflexiva naciente en donde el que sueña intenta describir inconscientemente la constelación estructural incluida dentro de su propia mente.

Tal vez en estas constelaciones al estilo de muñeca rusa, Henrietta representó un mundo interior en el que un self contenía a otro self o, de hecho, una representación del otro. Esto podría internalizarse en la primera infancia cuando la función reflexiva de la madre fracasaba demasiado a menudo para el niño. El niño, intentando hallarse en la mente de la madre podría encontrar, como describiera tan precisamente Winnicott (1967, p. 32), a la madre en su lugar. La imagen de la madre pasaría a colonizar el self. Probablemente, este otro ajeno existe en forma de una semilla en todas nuestras autorrepresentaciones. Podría volver a surgir cuando un trauma posterior lo provoca como parte de una maniobra defensiva: la identificación con el estado mental del abusador es un intento para restaurar un sentimiento de control. El otro ajeno dentro del self, alentado por el maltrato, no está enmascarado por la ausencia de la función reflexiva. Normalmente, las partes de la autorrepresentación que no están basadas en la reflexión internalizada de los autoestados están sin embargo integradas en una estructura propia singular y bastante coherente por la capacidad de mentalización. Este proceso funciona preconscientemente para otorgar una coherencia y un sentido psicológico a la vida, acciones e identidad propias. Henrietta no tenía la capacidad de comprender la experiencia de la mosca que zumbaba dentro de su autorrepresentación, o de metabolizar los sentimientos e ideas que experimentaba como que habían sido colocados, al igual que una larva en su cerebro. Henrietta podía aprender poco acerca de sí misma a través de este tipo de representaciones, aunque el lenguaje mental de las comunicaciones del analista fortalecía sus capacidades reflexivas, que fortalecían la integridad del self. Permítannos darles un ejemplo de lo que queremos decir con la elaboración de su experiencia como víctima de abusos y de su propia violencia.

La madre de Henrietta había sufrido de una prolongada depresión postnatal luego del nacimiento de su segundo bebé, cuando Henrietta tenía 2 años. Se retiró casi completamente de la vida de Henrietta y su padre, y finalmente abandonó la familia. Probablemente esto exacerbó el ya considerable problema de drogadicción del padre y el mismo buscó consuelo haciendo arrumacos a su hija, para finalmente penetrarla anal y vaginalmente. Aparentemente, esto comenzó cuando la niña tenía 7 años y continuó durante al menos cuatro años. Henrietta recordó que al principio se mostró complacida por la nueva atención (alentándola incluso) y gradualmente, a medida que comenzó “el

dolor”, quedaba en blanco, lo cual lo ayudaba a penetrarla. Describió que se imaginaba a sí misma como a una de sus muñecas. Esto significa que bloqueaba cualquier tipo de conciencia de pensamientos o sentimientos en sí misma o en el otro. Era imposible que comprendiera cómo su padre podría querer hacerla parte de algo que surgió como un acto de afecto. El rechazo de los estados mentales le marcó una distancia con respecto a lo que el padre podría haber sentido, así como con respecto a sus propios sentimientos. A medida en que los rechazaba, se veía obligada a basarse en la organización no reflexiva dentro del self –el otro ajeno.

El otro ajeno no es enteramente una creación del trauma. Es una estructura infantil internalizada en lugar de partes del self, o incluso dentro del mismo. La madre de la infancia de Henrietta no era probablemente capaz de satisfacer la necesidad de reflexión de la angustia y las necesidades de su hija. Creemos que Henrietta, objeto de negligencia o falta de reconocimiento cuando era una niña pequeña, internalizó una imagen en blanco, de ausencia, tal como lo era la representación de su estado de angustia. Este estado fue reactivado en la angustia de seducción aguda, y luego cuando estas experiencias fueron revividas en el análisis. Habiendo temporalmente abandonado la reflexión, habiendo destruido la frontera entre el self y el otro, la crueldad del padre abusador se internalizó entonces en la autorrepresentación ajena a través de un proceso que podría estar relacionado con el mecanismo mediante el cual la víctima se identifica con el agresor. De este modo, la parte ajena del self adquiere un carácter al mismo tiempo torturador y vacío. Su experiencia de abuso en la escuela de pupilos, luego de haber cumplido 11 años, presumiblemente reforzó esta organización patológica del self.

Encontrar a otros que actuaran como vehículo para esta parte torturadora en su autorrepresentación se transformó en algo vital. Su experiencia de la autoconcordancia dependía de encontrar alguien dispuesto a abusar de ella. Tal vez el profesor fue el primero. Una serie de relaciones marcadamente sadomasoquistas muestra que sin lugar a dudas no fue el último. La transferencia fue un caso vívido. A diferencia del modelo de “respuesta a rol” de la transferencia-contratransferencia (Sandler, 1976; Joseph, 1985), en donde un aspecto de la relación self-otro se externaliza, evolucionó una transferencia self-self, en donde el analista se transformó en el hogar temporal del aspecto ajeno de la autorrepresentación de Henrietta. Estos casos de identificación proyectiva evocatoria (Spillius, 1992) son de carácter general por dos motivos. Primeramente, como ya hemos indicado, el vínculo normal de aspectos ajenos al self a través de la mentalización no tiene lugar, y por lo tanto los mismos tienen más

posibilidades de ser externalizados. En un segundo término, una vez creadas estas experiencias son mucho más compulsivas para estos individuos porque se experimentan en un modo de equivalencia psíquica. Expongamos un ejemplo relativamente moderado.

Un día llegó tarde, quejándose de que ya no podía estacionar el auto gratuitamente. De alguna forma, el cambio de la normativa de estacionamiento era mi culpa. También era mi culpa que no pudiera pagar las tarifas de estacionamiento, y me iba a ausentar nuevamente la semana siguiente. En realidad, su falta de progreso era completamente mi culpa. La paciente había escuchado hablar de una colega kleiniana de larga trayectoria, con una gran reputación por su capacidad para tratar con pacientes difíciles. Deseaba haber sido referida a ella. Yo era un desastre. Habría seguido criticándome pero, en lo que a mí respecta, ya había dicho suficiente. Dije, tal vez intentando imitar a la colega cuya reputación envidio, y no logrando reconocer sus obvias manipulaciones: “Ud. está intentando destruir mi capacidad para ayudarla, para pensar acerca de Ud. claramente”. Fue un malentendido. Creo que no tenía la intención de destruirme, sino de provocar una reacción crítica e irritada. Se mantuvo en silencio por un rato y entonces dijo: “¿Ve? Tenía razón. Ud. no es capaz de manejar la situación. Es demasiado joven e inexperto”. Sin pensar respondí: “¿Se da cuenta de que está asustada! Podrá haberme destruido, pero sin mí no puede manejar la situación y se siente perdida”. Se levantó y me dijo: “Para mí, Ud. y este análisis están muertos”, y abandonó la sesión.

Por supuesto, tan pronto como se fue me di cuenta de que a través de mi reacción crítica e irritada me había transformado en el vehículo de su self ajeno, y había abandonado mi self analítico junto con algo de capacidad para comunicar comprensión. Ello se confirmó la sesión siguiente cuando volvió, sintiéndose mucho mejor, deshaciéndose en disculpas, esperando que no estuviera demasiado enojado con ella, tranquilizándome acerca de cuán útil estaba siendo y diciendo que para ese entonces seguramente se habría suicidado si no hubiera sido por mi compromiso y capacidades notables. Respondí: “Creo que espera que le crea porque esto confirmaría la imagen que tiene de mí como una persona vanidosa y estúpida. Lo que dijo ayer está mucho más cerca de lo que necesita pensar acerca de mí”. Contestó despectivamente: “¿No se da cuenta de que lo Ud. piensa realmente no marca ninguna diferencia? Ud. no significa nada para mí. ¡Nada!”. Dije: “Creo que tiene razón. Pero el poder transformarme en alguien que no significa nada para Ud. la hace sentir que tiene el control, y eso marca toda la diferencia”. Pensó un instante y agregó: “Ud. es solo hábil con las palabras al

igual que el profesor X (el abusador). Ud. es malo. Los pacientes no le importan nada”. Afirmé: “Si Ud. puede lograr verme como malvado, entonces puede matarme y quedará libre”. Quedó en silencio, pero el sentido del mismo era que ambos sabíamos que tenía razón.

A veces afirmar la verdad no hacía necesariamente que Henrietta se sintiera mejor – se sentía triste y a veces ansiaba suicidarse. Lo que parecía ser de utilidad eran los pocos momentos preciosos (como esta última sesión) en que el analista podía transformarse en lo que ella necesitaba que fuera, pero manteniendo su capacidad para contenerla en su mente con sus miedos y ansiedades, y permitirle verlo en sus palabras y acciones.

Un aspecto impresionante de la relación del analista con Henrietta era su clara dependencia con respecto al primero como presencia física. Su nivel de asistencia era notable, especialmente dado el estilo de vida caótico que llevaba. Podría entenderse que esto era una indicación de una unión o de un proceso identificador idealizado. Creemos que su dependencia podría haber tenido un carácter mucho más primitivo: Henrietta necesitaba la presencia física continua del otro porque, sin un espejo externo, no podía sentirse a sí misma como una persona, con sentimientos e ideas. Necesitaba alguien con cuya voz, rostro y comportamiento pudiera identificarse como otra persona. Cuando el analista desaparecía al final de la sesión o en el correr de una pausa, ya no podía acceder a esta imagen y se sentía literalmente perdida, enojada y superada. Una y otra vez la simple mentalización de sus sentimientos realizada por el analista la calmaba. Su necesidad no era una necesidad de recapitulación de una experiencia de desarrollo fracasada (Kohut, 1984), sino más bien una solución a un problema actual, enfrentar el resultado final de un proceso de desarrollo desviado. Necesitaba una relación interpersonal en donde su potencial de función reflexiva creciera en un entorno seguro.

En el correr del cuarto año, el análisis comenzó a adoptar una calidad trágica y las explosiones dramáticas habían retrocedido. Estaba funcionando mejor, pero las sesiones habían pasado a estar dominadas por expresiones de amargura. Había comenzado a emerger el odio contra el padre, junto con un sincero desagrado hacia mi persona. La transferencia podía ahora volverse sexualizada y, por momentos, me pedía explícitamente que la vejara mientras estaba enojada conmigo. Vino un jueves por la noche y me relató un episodio particularmente desagradable en el que permitía que un “antiguo novio”, que la visitaba regularmente, según lo dictaran sus necesidades, la utilizara y abusara de ella. Mi mente estaba plagada de asociaciones extrañas y

perversas. Afirmé que sospechaba que era particularmente importante para ella sentir que me controlaba excitándome o preocupándome y sospechaba que había sentido la misma sensación de control vital en relación con su “antiguo novio”.

Me contestó que no iba a contármelo, pero que había tenido un sueño acerca de mí en los que *yo le había ofrecido mi pene, sugiriendo que se lo llevara a la boca. Le dio asco porque estaba muy sucio y olía fuerte. Estaba asustada porque sabía que la iba a golpear si no obedecía.* Hizo una pausa, esperando que dijera algo. Permanecí callado. Afirmó que pensaba que yo era probablemente extremadamente limpio porque siempre usaba camisas blancas bien planchadas. Pero en su sueño *mi camisa era de color rojo fuerte.* Agregó, hablando de manera particularmente calma, que el rojo era el color del enojo.

Afirmé que entendía muy bien cuán importante era para ella sentir que tenía el control dado que estaba aterrada de que yo me enojara porque había tenido relaciones con su amigo. El sueño era como un apaciguamiento. Si sentía rechazo de mi parte, era mejor que estuviera muerto. Agregué que rojo también era el color de la sangre. Su cuerpo se sacudió como si lo hubiera atravesado una corriente eléctrica. “Creo que por eso tuve que matarlo”, afirmó. “No podía soportar que pensara que yo era desagradable.” La historia trágica se abrió ante mí. De manera regular, había permitido que su novio la maltratara. Normalmente, sentía que esta experiencia la “limpiaba”, particularmente a través de la vergüenza que el novio sentía con respecto a sus propias acciones. Pero esta vez vio desprecio en sus ojos. Henrietta clamó y le gritó. Se rió de ella y la denigró. Levantó el cuchillo mientras él se aproximaba, siempre burlándose y despreciándola, y lo apuñaló. Con esto esperaba haber matado al odio y la humillación que sentía por sí misma.

Mi trabajo con Henrietta ha terminado. Mejoró enormemente en términos de criterios sintomáticos y estructurales –a pesar de que el horror y la desesperación no se alejaron hasta el final mismo.

Equivalencia y puesta en acto violenta

Sugerimos que es importante, en la comprensión de los estados borderline, captar el sentido de equivalencia psíquica entre un estado mental y la realidad psíquica. La víctima de Henrietta no simbolizaba una actitud o un estado mental; fue asesinada porque era, en ese momento, la encarnación de su vergüenza, y su destrucción fue

también la destrucción del estado mental insoportable. Generalmente, los niños pequeños no son capaces de manejar físicamente los sentimientos que encuentran intolerables de este modo, pero los adultos que experimentan sus mundos internos de esta manera pueden resultar peligrosos para sí mismos y los demás.

Henrietta recurrió a la violencia para destruir un estado mental que le era propio pero que no sentía como perteneciente a sí misma. En el momento del asesinato, su objeto dejó de sentir su vergüenza y pasó a avergonzarla, un sentimiento que intentaba rechazar desesperadamente. Había intentado rechazarlo, pero cuando amenazó con regresar el asesinato fue la única solución. Sintió terror de que la coherencia de su self fuera destruida. El acto de violencia se sintió como la destrucción de su vergüenza y de este terror. Su esperanza inconsciente parecía ser que los mismos se desvanecieran para siempre.

El impacto del afecto de su novio no podía ser reinterpretado, o puesto dentro un contexto, a través de la mentalización. Su experiencia primitiva de la realidad psíquica, que equiparaba lo externo con lo interno, la hizo sentir en ridículo y amenazó con la destrucción real de su sentido del self. La equivalencia psíquica hace de la humillación un asunto de vida o muerte. Al asesinato que se sucedió no le faltaba empatía, era un acto de “furia ciega”. Resultaba esencial que ella viera su reacción y, en la misma, algo que de otro modo habría tenido que experimentar como parte de sí misma. Su lucha y sufrimiento eran rasgos vitales de la experiencia tal como la paciente los revivió en el análisis. En el momento del asesinato, Henrietta se sintió viva, coherente y real, fuera del alcance de rechazos y mofas mortales, sintiendo respeto por sí misma momentáneamente. Describió un sentimiento de extraña pero profunda tranquilidad.

Henrietta necesitaba a sus abusadores –el analista en las puestas en acto contratransferenciales, y muchos otros que, mediante el maltrato del cual la hacían objeto, la ayudaban temporalmente a reducir el sentido insoportable de identidad difusa. El otro que representa esta función debe permanecer presente para que este proceso complejo pueda operar. Henrietta no sentía ser ella misma a menos que tuviera a su analista o a alguien más para atemorizar y humillar. Alternativamente, intentaría provocar al analista para que se transformara en una persona que la rechazara y despreciara. Sin embargo, la paciente se sentía entonces atacada por la inmediatez y realidad de sus percepciones, que eran demasiado compulsivas para juxtaponerlas con otras experiencias con el objeto. Tampoco es el escape del objeto una solución: el

apartarse de la otra persona señalaría el retorno de esos “extroyectos”, y la destrucción de la coherencia que alcanzó a través de la proyección.

Creemos que el desafío aparentemente imposible planteado por pacientes como Henrietta está basado en este aspecto de la transferencia. Para que la relación actúe como una función y sea tolerable, el analista debe transformarse en aquello que el paciente desea que sea. Pero en estos momentos, es posible que sea demasiado atemorizante para que su ayuda sea aceptada. El analista debe ser solo aquello que es proyectado en él. A menos que sea capaz de adoptar una actitud análoga a la del padre que participa en el modo de simulación con un niño, encontrando constantemente respuestas a estas presiones opositoras, el análisis está condenado a transformarse en una repetición rígida de intercambios patológicos.

Parte de la dificultad surge sin dudas de la presión para poner en acto lo que se proyecta sobre nosotros. Nos vemos empujados a ser como nuestros pacientes quieren que seamos porque sentimos que sin esto, el contacto prolongado con nosotros puede tornarse intolerable. Por supuesto, esto acontece en cierto grado en cualquier situación transferencial, pero es vital apreciar la diferencia que se introduce cuando el paciente está experimentando los acontecimientos primariamente en el modo de equivalencia psíquica. Si las experiencias de transferencia ordinarias son ilusiones, la experiencia de los pacientes borderline es engañosa, incuestionablemente real. Esto es así porque, como analistas, intentamos con mucho ahínco no reaccionar como se espera ante una provocación, ocasionando sin saberlo que los pacientes borderline sean más difíciles. Todos los pacientes terminan conociéndonos y finalmente descubren qué es lo que nos hará reaccionar con enojo, qué hará que los dejemos de lado o los rechacemos, o qué nos impulsará a prestarles atención, perdiendo en todos los casos el equilibrio terapéutico.

Implicaciones técnicas entre el modo de equivalencia psíquica y el modo de simulación

El enfoque técnico en tales casos deja así de ser hacer consciente aquello que era inconsciente. Creemos que una prioridad técnica apropiada es la supervivencia de la imagen del analista del estado mental del paciente. Resultaba vital que Henrietta no tuviera éxito en la destrucción de la percepción de sí misma como persona, lo cual era necesario si la misma descubriera gradualmente esta imagen de sí misma en su mente, como base para su propia representación de sus pensamientos y sentimientos.

La descripción podría crear la impresión de que los pacientes como Henrietta no son capaces de responder al psicoanálisis; la interpretación implica necesariamente cierta apertura a una perspectiva alternativa. En la mente adulta, sin embargo, el repudio a la mentalización no es jamás en realidad absoluto. El analista evalúa de manera preconsciente cuánta apertura podría existir y apunta a ampliar dicho espacio de manera progresiva, pero muy lentamente. Existen amplias variaciones que cambian de un momento a otro en la capacidad disponible, y las intervenciones deben estar valoradas con relación al potencial actual.⁶

Anthony Bateman (1996) describió el mismo fenómeno de manera sensata en el contexto de la distinción Rosenfeld (1964) entre los narcisistas insensibles y los narcisistas sensibles. Ampliando la descripción de Rosenfeld, Bateman argumentó que los narcisistas alternan entre los estados de insensibilidad (despectivo y grandioso) y de sensibilidad (vulnerable y autocrítico). Bateman muestra que el trabajo interpretativo solo puede realizarse con tales pacientes en momentos peligrosos en que estén en movimiento desde un estado al otro. Creemos que lo que Bateman describe es la externalización exitosa del self ajeno (despectivo o que se odia a sí mismo). La externalización del objeto persecutorio en el self hace que el paciente pueda ser capaz de escuchar y aun experimentar preocupaciones. El analista necesita inferir y crear una representación coherente del verdadero self del paciente, separado pero concurrente con cualquier puesta en acto de contratransferencia. Sin embargo, es aquí donde el análisis a menudo fracasa, porque tan pronto como el paciente escucha algo más de lo que ha proyectado, debe estar nuevamente alerta ante el retorno de su introyecto laboriosamente eyectado.

Un riesgo inherente al tratamiento de estos pacientes es que el analista presentará al paciente más de lo que el mismo es capaz de absorber, superando la capacidad residual para comprender realmente. Esto puede resultar en un desborde de la acción o tal vez en el desarrollo de una falsa actitud “analítica”, a la cual hemos denominado mentalización hiperactiva. En cambio, la falta de ambición para ampliar la experiencia que el paciente tiene de la realidad psíquica fracasa en obtener la oportunidad de incrementar la regulación del afecto, y se desarrolla un intenso apego por el analista, la necesidad de crear sus sentimientos en la acción puede aumentar, y como resultado pueden tener lugar graves intentos de suicidio.

⁶. Debemos esta observación al Dr. Efraín Bleiberg.

En este contexto, existe un peligro mayor en la acreditación de un mayor sentido al material del paciente del que realmente contiene. Henrietta aportó una gran cantidad de comunicación pseudosimbólica, especialmente en las primeras fases del tratamiento. Sus palabras se referían a estados internos, pero luego de un rato se hizo evidente que su significado tenía poco en común con la manera en que otros pacientes podrían haber descrito sentimientos o fantasías. El diálogo interpretativo normal parecía prácticamente inútil; en el caso de Henrietta creaba una corriente interminable de palabras que no conducían a un verdadero cambio. El análisis de pacientes borderline puede pasar a un modo de simulación en el que las palabras se intercambian, pero las palabras, y por ende el cambio psíquico, son esquivas; las verbalizaciones del estado mental del paciente son, necesariamente, “pseudoconsideraciones” porque no se pueden vincular con el nivel de existencia primario del paciente. El avance de un análisis de este tipo puede parecerse al de un automóvil cuyas ruedas están girando en la arena. La sobreestimación de la capacidad mental del paciente, la asunción de que su realidad psíquica se experimenta de manera igual que la del analista, pueden conducir a una infructuosa búsqueda de la verdad. La mentalización puede existir separadamente con respecto a la experiencia afectiva real, pero ciertamente esto es de poco valor en el contexto terapéutico.

La interpretación en el sentido clásico no tiene lugar en las primeras etapas del trabajo con estos pacientes. Es inevitable incurrir en cierto nivel de puesta en actos por parte del analista; un objetivo realista para el mismo es mantener una consideración suficiente con el fin de ser capaz de continuar reflexionando acerca de su experiencia con el paciente. El analista de Henrietta tuvo que enseñarle acerca de un mundo interno, principalmente abriendo su propia mente a la experiencia de la paciente. Las interpretaciones “profundas”, se percibían como burlas, intrusiones, distracciones o seducciones. El enfoque apropiado parecía radicar en la exploración de disparadores de sentimientos, pequeños cambios en estados mentales, que subrayan las diferencias en las percepciones del mismo acontecimiento, acarreado la conciencia de las intrincadas relaciones existentes entre la acción y el sentimiento, como en la respuesta del analista a sus gestos no verbales en la primera etapa del tratamiento. Un tal trabajo interpretativo debía mantener un enfoque estricto en el consultorio y en los sentimientos y actitudes del paciente y analista. Las acciones del paciente con relación al analista, tales como atemorizante comportamiento parasuicida que constituía el telón de fondo del tratamiento de Henrietta no son considerados por nosotros como comunicaciones inconscientemente motivadas, sino como reacciones desesperadas contra una intimidad

intolerable. La labor del analista radica en elaborar a partir de los estados emocionales que puedan haber disparado la puesta en acto. La dificultad es la preservación de la naturaleza hipotética del ejercicio terapéutico frente a potentes proyecciones intrusas que el analista debe también aceptar. A veces hay lugar para el humor o el juego en la lucha con los modos de funcionamiento de equivalencia psíquica, pero naturalmente ello requiere un elevado nivel de delicadeza y evaluación de la experiencia posible que el paciente puede tener de este enfoque.

La postura elaborativa mentalista del psicoterapeuta permite finalmente que el paciente se encuentre a sí mismo en la mente del terapeuta e integre esta imagen como parte de su sentido de sí mismo. En un tratamiento exitoso, el paciente llega gradualmente a aceptar que los sentimientos pueden experimentarse de manera segura y que las ideas pueden pensarse de manera segura igualmente. Existe un paso gradual a la experiencia del mundo interno como separado y equitativamente diferente de la realidad externa (Fonagy & Target, 1996). Es una parte del proceso de maduración que, creemos, fue abandonada de manera defensiva por parte de estos pacientes en un intento de evitar un conflicto que los superaría.

En el correr de un desarrollo infantil normal, es un prototipo que a través de la participación lúdica con un adulto que entretiene a ambas realidades de manera simultánea, el niño se torna capaz de adoptar la perspectiva dual del padre (ver además Emde et al., 1997). La posición del analista con respecto al paciente no es de carácter lúdico; ello constituiría una extensión engañosa de la metáfora de desarrollo. Sin embargo, existe una analogía con el juego. Es necesario que el analista intente proporcionar una perspectiva alternativa de los estados mentales del paciente, al tiempo que lo respalda en la creación de un sentido de su propia experiencia. Los pensamientos y sentimientos del analista siguen de cerca a los de los pacientes, pero nunca es como si fueran los suyos propios. La internalización de la preocupación del analista por los estados mentales, y su capacidad para pensar acerca de los mismos en diferentes formas, amplía las capacidades de los pacientes para una preocupación similar con respecto a sus propias experiencias.