

sarrollo— por diferentes estadios que van desde el autoerotismo, pasando por el narcisismo, hasta llegar al amor objetal.

Hemos analizado qué presupone esta transición conjuntamente con los conceptos teórico-clínicos de *self* e identidad, así como las implicancias psicopatológicas de una regresión o fijación a cada una de las etapas del desarrollo descritas.

Finalmente, debemos señalar la importancia que tiene para el psicodiagnosticador poder evaluar correctamente los aspectos antedichos.

#### BIBLIOGRAFIA

- ABRAHAM, K.: "Psicoanálisis Clínico", caps. XXV y XXVI, Bs. As., Hormé, 1959.
- DE GREGORIO, J.: "Ich/Ideal-Ich-Ideal", Rev. de Psicoan., Tomo XXXIV, N° 3, pág. 569, Bs. As., 1977.
- ERIKSON, E. H.: "Identity", N.Y., Norton, 1968.
- FREUD, S.: "Introducción al narcisismo", O.C., Tomo I, Madrid, Ecs. Nueva, pág. 1083, 1967.
- KERNBERG, O. F.: "Bordeline conditions and pathological narcissism", Cap. X, N.Y., Jason Aronson, 1975.
- Kernberg, O. F.: "Object relations theory and clinical psychoanalysis", N.Y., Jason Aronson, Third printing, 1978.
- KOHUT, H.: "Análisis del *self*", Bs. As., Amorrortu, 1977.
- LAPLANCHE, J. y Pontalis, J.B.: "Diccionario de Psicoanálisis", Barcelona, Labor, 1968.
- SPIEGEL, L.A.: "The self, the sense of self and perception", Psychoan. Study of the Child, 14, 1959, comentado por Lichtenstein, H. en "The role of narcissism in the emergence and maintenance of a primary identity", Int. Journ. Psycho-Anal., vol. XLV, 1964, N° 2.

## ESTUDIO VI

### Interes clínico - diagnóstico y terapéutico de la teoría de las relaciones objetales.

#### Una clasificación psicoanalítica de la patología del carácter.

Si nos remitimos al estudio anterior veremos que, entre otras cosas se exponen las ideas de algunos autores psicoanalistas sobre la identidad y el *self* proponiéndose su evolución, fijación o regresión, en el curso de la vida humana.

Para algunos autores como Spiegel el *self* (uno mismo) no es un hecho clínico observable como lo es para Kohut, lo que sí es un hecho clínico absoluto que no necesita ser explicado es el sentimiento de ser uno mismo (el *Selbstgefühl* al que alude Freud en su "Introducción al Narcisismo"). El *self*, como una construcción teórica semejante a la del aparato psíquico, cumple para este autor la función de un **marco de referencia**, o punto cero, al cual se remiten todas las experiencias de un sujeto (representaciones de estados mentales y físicos, por ej.) y a través del cual ellas son percibidas y evaluadas. Este punto nos parece clave puesto que nos reencontramos aquí nuevamente con la noción de **encuadre** a la que nos referimos al hablar del método clínico: **una invariante a la cual podemos remitir todas las transformaciones** (en este caso se trataría del

desarrollo psicológico). A su vez, esta invariante o marco referencial que es el *self* configura la identidad primaria del sujeto al decir de H. Lichtenstein. Esta identidad primaria —o proceso de devenir sujeto— se vincula al concepto de narcisismo y a la sexualidad. Dice el último de los autores citados: "El espejo y el acto de mirarse en el espejo introducen los problemas de la emergencia de una identidad primaria, de confusión de la identidad, de pérdida de la identidad, así como del problema del mantenimiento de la identidad. El concepto de narcisismo nos compele a examinar la experiencia de mirarse en el espejo y la emergencia de una identidad primaria por un lado, y de las relaciones de esta identidad primaria con el desarrollo del yo, por otro". Con la ilustración clínica del caso de Claudina vamos a mostrar como esta paciente fronteriza comienza a salir de una confusión de la identidad a medida que su *self* se torna progresivamente cohesivo.

Vamos a ver también como la paciente no ha logrado una identidad primaria por que ha carecido de un buen espejo-madre que la reenviase a una configuración de su propia presencia. En esta experiencia básica especular el objeto-madre es utilizado simplemente como un espejo en el cual se pueden reflejar los contornos de una identidad primaria. Si no existe —al decir de Winnicott— una madre que no es lo suficientemente buena, el marco referencial que es el *self*, será lgo claudicante, fragmentante, etc. "El *self* se reconoce en los ojos y en el rostro de la madre como, más tarde, en el espejo" expresa Winnicott. Esto mismo lo reafirma S. Resnik en un trabajo suyo que concluye así: "La relación diádica real está en la base del descubrimiento del *self*, tanto como la 'existencia' del otro en cuanto entidad independiente... El *self* descubre que él es uno, es decir un verdadero *self*, a través de la alteridad o presencia del otro, y la relación diádica se abre sincrónicamente a la relación triangular, y por lo tanto a la multiplicidad" En este sentido es que resulta cuestionable hablar de 'relación de objeto narcisista' ya que lo que está problematizado es la existencia de esta relación misma.

El erudito trabajo de Luisa de Urtubey ("Sobre el narcisismo y una de sus formas de expresión: el autismo transferencial frente al espejo") analiza con detenimiento las contradicciones de la teoría psicoanalítica del narcisismo destacando, sobre todo, los aspectos destructivos de dicho estado. En la situación analítica la posibilidad de autismo transferencial que ella describe es "la del paciente que transforma al analista en un espejo frente al cual queda indefinidamente inmóvil. El analista puede ver lo que ocurre y él lo acepta, pero atribuyéndoselo al analista-espejo. El paciente es un Narciso, en el sentido de que queda estático frente a su imagen, el analista es una cosa donde colocar esta imagen o un reflejo de ella". Considerando esto último —la relación existente entre el narcisismo y las pulsiones de muerte— debemos decir que el narcisismo es la investidura libidinal y/o agresiva del *self*.

## 1. — EL CASO DE CLAUDINA

Claudina, una adolescente de 16 años que estaba bajo la tutela del Consejo del Niño fue internada en el Hospital Vilardebó luego de un fallido intento de autoeliminación con valium y talio. Durante su hospitalización allí se mostró muy colaboradora con las tareas realizadas en la sala concurriendo luego al servicio de recuperación del citado hospital. Llegó al Centro Nacional de Rehabilitación Psíquica, enviada por su psiquiatra tratante luego de haber hecho todo lo posible hasta último momento por no venir. Durante la entrevista inicial que mantiene con el psiquiatra de esta última institución relata que está muy angustiada, deprimida y, además, llora mucho. No alberga ideas de futuro: "No lo veo para nada, me gustaría dormir y dormir". Se siente sola "incluso en medio de mucha gente". Anteriormente ya había realizado varios intentos frustrados de suicidio con hipoglucemiantes, arsénico, corte de venas, etc. Cuando está nerviosa dice que grita, llora, camina agitadamente o se pone a hamacarse.

La paciente vivió con su madre, hermanos y abuelos maternos hasta los 12 años. Posteriormente se emplea como doméstica y va a su casa los fines de semana. Tiene once hermanos cuyas edades oscilan entre los 20 y los 6 años. Desconoce la edad precisa de cada uno y el lugar que ella ocupa entre ellos. "Ninguno de nosotros conoció a nuestro padre". Son todos hijos de padres distintos. De la madre comenta: "Si me ve me abraza, llora, pero no es como las otras madres... De mi no se ocupa ni se ha ocupado". Claudina abandonó su casa natal por que la madre, que tiene el meretricio como profesión, la impulsaba a prostituirse. A partir de ese momento dice que surgieron en ella las ideas de suicidio.

La situación económica familiar era muy apremiante ya que contaban solo con la jubilación de los abuelos maternos de la paciente y el dinero apotrado por la madre y uno de sus hermanos que trabajaba. Claudina dice: "Mi madre nos saca a nosotros para darle a él" (refiriéndose al concubino de turno). Ella fue la que escogió estar bajo la tutela del Consejo del Niño ya que siente que allí tiene "alguna protección".

Concurrió a escuela pública donde aprobó los tres primeros años de educación primaria repitiendo más de una vez el tercer año. Lee y escribe en forma aceptable. No recuerda las operaciones aritméticas de multiplicar y dividir. Demuestra interés por la lectura de revistas de historietas y novelitas rosa. Carece de inquietudes de tipo cultural.

En el plano laboral hay una gran inestabilidad ya que cambia constantemente de patronos en su trabajo como doméstica. Tiene la sensación de que o bien era "explotada" o de que cuando se encariñaba con sus patronos éstos la echaban. En numerosas ocasiones dice haber fantaseado con la muerte y el asesinato de los mismos. Carecía de todo tipo de amistades por que "nadie es bueno" todos querían dañarla o explotarla. Sus vínculos eran epidérmicos, expresándose con desdén y omnipotencia con respecto al mundo circundante del cual se mantenía distante. Pensaba que era imposible un intercambio recíproco ya que si uno se beneficia otro, necesariamente, se perjudica.

Antes de comenzar nuestra psicoterapia breve en la institución, Claudina permaneció allí tres meses, concurriendo de 9 a 17 horas, participando de distintas actividades (terapia ocupacional, expresión corporal, musical y plástica, grupo de psicología, recreaciones, paseos etc.).

Durante este período su conducta sufre múltiples oscilaciones: intenta abandonar prematuramente la institución que, según ella, quería mantenerla "en contra de mi voluntad". Surge la imposibilidad de recibir algo bueno (en principio porque "no hay nada bueno") y de quedar endeudada por lo recibido. Llega a efectuar un disfrazado intento de suicidio cortándose las venas con un vidrio y simulando que fue accidentalmente. En el taller de terapia ocupacional menosprecia sus producciones que realiza con prolijidad y buena destreza manual. En dicho taller, al entrar en contacto con nuevas actividades se asombra de poder llevarlas a cabo sintiéndose imposibilitada de poder aceptarlas.

Al cabo de estos tres meses la paciente recibe el alta del hospital psiquiátrico y va a vivir a un pensionado religioso. Obtiene, además, un trabajo en un edificio de oficinas. En ese entonces el equipo técnico del centro de rehabilitación me encomienda trabajar individualmente con la paciente durante un plazo de dos meses con la finalidad de preservar los logros que se habían visto en cuanto a la resocialización de la paciente.

Nuestro trabajo conjunto con Claudina se desarrolló en el transcurso de un mes y medio con una frecuencia de tres sesiones semanales y un total de veinte, cuya duración fue de 45 minutos cada una.

Debemos hacer constar que Claudina no estuvo tomando psicofármacos durante dicho período ("no sentí necesidad") y que, paralelamente, concurría al taller de terapia ocupacional ya que "había dejado trabajos pendientes".

Me resulta difícil resumir estas 20 sesiones, emocionalmente muy cargadas —tanto para ella como para mí— y con muchos momentos difíciles en que nuestro equilibrio emocional y

tolerancia quedaron puestos a prueba por el elevado monto de agresividad de Claudina.

En una sesión —cuarta— saca su cédula de identidad de un bolso e intenta romperla. Se lo interpreto como un deseo de destruir lo falso que hay en ella para reencontrar a la verdadera Claudina. Durante esta misma sesión comenta: "Aquí todo es distinto cuando uno habla... Yo tengo necesidad de agredir".

Transcurre la séptima sesión debatiéndose con "las muchas Claudinas" que hay en ella. Relata que su verdadero apellido no es el que aparece en su documento de identidad ya que ella nació de la unión de su madre con un amante, aunque fue inscripta como hija legítima del matrimonio de la madre (que nunca fue legalmente disuelto). Esta escisión en dos padres —legítimo - falso— la transfiere a su relación conmigo y el psiquiatra de la institución. Pienso que se trata también de una confrontación entre el verdadero y el falso self de que habla Winnicott.

En la décima sesión trae una revista de historietas y se pone a leer el "Relato de una Traición". Yo me transformo en "el traidor" que le "hago decir cosas" que ella no dijo "aunque las haya pensado". Se exacerba su angustia persecutoria. Se isente como "un conejillo de Indias" con el que se experimenta, se le disecciona para luego "comunicarle a todo el equipo de técnicos lo descubierto" (cosas tales como que ella tiene "dos padres", o mejor aún que "¡soy hija de nadie!"). Frente al caos interior que emerge Claudina promueve "un gran relajado" en la institución perturbando las actividades que realizan los demás pacientes e intensificando sus demandas de atención mediante estrategias en las que intenta atrapar a los distintos técnicos que se ocupan de "su caso". Ante lo difícil que esta situación se torna para todos manifiesta que no quiere concurrir más y me reclama un papel (certificado) que acredite que está bien.

En el transcurso de las sesiones 13ª y 14ª aparecemos en sus fantasías la madre, ella y yo mezclados en forma muy destructora. Recibe una carta de la madre y al responderle alude al

trabajo psicológico que estamos haciendo. Al hablar de la madre asocia con enfermedades venéreas y con cáncer. Me acusa de tratar a su madre de "sifilítica" y me cuenta que se peleó con un muchacho que le propuso tener relaciones sexuales y al ella negárselo él insultó a su madre. Reitera el pedido de que le conceda el papel para no concurrir más a la institución. Por esa misma época emergen dos fantasías: "olvidar todo" y "nacer de nuevo".

Durante la sesión 16ª se torna agresiva y negativista increpándome de que ella no me debe nada a mi y que "como soy una retardada nada va a cambiar... ¡no sé por qué vengo, quisiera terminar de una vez por todas!". Le digo que en realidad no puede admitir un final distinto a los otros, como por ejemplo de que no todo es falso y de que ella tiene un padre aunque la haya abandonado.

A la siguiente sesión irrumpe como una tromba, agitada, trayendo en sus manos a una muñeca que confeccionó en el taller ocupacional. Me lanza esta pregunta: "¿Cómo le pondría Vd. a una niña recién nacida?". Instintivamente me surge: Verdad. "¿Verdad?". Ríe a carcajadas y sale precipitadamente de la habitación para contárselo a la terapeuta ocupacional. Poco a poco Claudina, la recién nacida, se aviene a aceptar verdades muy dolorosas ("Vds., cuando uno viene acá lo consuelan, lo sacan del pozo y después se empeñan en mostrarle a uno la realidad para ver cómo reacciona").

En la penúltima sesión llega 10 minutos antes de la hora y desde la ventana abierta de mi consultorio habla con otros pacientes que están afuera: "tengo los anillos de compromiso, pero no tengo novio". Luego realiza un balance de nuestro trabajo en un tono predominantemente depresivo y realista. Entonces me muestra un certificado de su psiquiatra donde consta que tiene el alta, que está en condiciones de trabajar y que no debe concurrir más a la institución. Me pide, llena de culpas, que hable con el médico porque éste puede haberle otorgado el certificado basado en los datos aportados por ella "que pueden ser falsos, engañosos". Además de ver como repite otra maniobra escisional entre su médico y yo, analiza

mos como ella se las ingenia para que otros actúen la parte que ella llama "la Claudina mala". Vemos, también, como efectúa un movimiento tendiente a armonizar a todos los que la rodean con el propósito de lograr "un final feliz, con toda la familia reunida, entendiéndose". Acordamos que yo voy a llevar al equipo técnico su planteo de dejar de concurrir a la institución y de finalizar nuestro trabajo a la sesión siguiente.

El día anterior a la última sesión se entrevistó con el psiquiatra del Centro para decirle, entre otras cosas, que se sentía culpable por el certificado que su médico le había extendido sin haberme consultado previamente y que estaba arrepentida porque "capaz que ahora me dan una oportunidad y yo la estoy desperdiciando".

La última sesión transcurre en un clima depresivo con alguna salida maniaca aislada. Menciona que ella desvalorizó permanentemente nuestro trabajo y que "a pesar de todo, hemos seguido". Nuevamente aporta la fantasía de que es una "retardada" y que "por más que Vds. quieran yo no voy a cambiar". Pone en nosotros su deseo de que ella cambie y se empeña en demostrarnos que "solo puedo hacer cosas de retardada o de loca". En el fluir de la sesión recapitulamos, a medida que ella los trae, aspectos suyos que hemos visto en el curso de su terapia, tales como:

— la bronca por tener que finalizar algo "cuando empezaba a sentirme bien" (a pesar de ser ella quien olige terminar antes y asume la responsabilidad por esto),

— la idea de que las personas solo pueden ser "falsas" y si se dice lo que se siente en forma directa solo cabe una ruptura violenta y definitiva,

— la necesidad de dejar "mi marca" en la institución, del mismo modo que ella se siente marcada y estigmatizada (escribe su nombre en mi escritorio y en la mesa de madera donde tenía antes las sesiones del grupo de psicología),

— la fantasía de que ella solo puede beneficiarse a expensas de "embromar a otro", o bien que debe apelar a la enfermedad pagando un precio excesivo (suicidio - locura) por los beneficios que ella obtiene al saber que en esta ocasión

un montón de personas se está ocupando de ella.

Han transcurrido tres años desde nuestro trabajo en común y hemos sabido por ella —en las visitas que hizo a la institución o por sus conversaciones telefónicas conmigo— que podía aceptar a su madre como una persona real: "Pertenece a dos mundos distintos, hablamos distintos idiomas... Ella tiene derecho a hacer su vida y yo la mía".

Acerca del padre y de sus relaciones heterosexuales me dice que estableció un vínculo amistoso con un sacerdote joven y que tiene numerosos amigos sin temor a sentirse agredida sexualmente por ellos ("algún día me voy a casar"). Ha estado pensando mucho, en distintas ocasiones sobre cómo y quién será su padre. Tuvo la fantasía de que el policía guardián de la escuela nocturna a la que iba (a propósito de esto, terminó la educación primaria) la miraba con mucha atención y que su apellido coincidía "con el de mi verdadero padre".

Trabajó un tiempo en el pensionado donde vivía al momento de nuestra separación, siendo reputada como una persona eficiente y responsable. Cuidó a una persona enferma por las noches tres veces a la semana y volvió, finalmente a tomar un trabajo de doméstica en la casa de un médico.

Su humor es estable, han desaparecido sus raptos suicidas y conductas impulsivas y es capaz de dar (le enseñó a cocinar a una monja del pensionado, por ejemplo) sin sentirse "estafada". Se ha vuelto coqueta y cuida de su cuerpo que antes, abandonado, tenía un aspecto masculino.

Sin entrar en el análisis detenido de los logros de Claudina, que no involucran para nada una reestructuración de su personalidad sino modificaciones, fundamentalmente adaptivas, creemos que su caso nos permite sí hacer un análisis de su *self* y de la importancia que tiene el encuadre de la tarea para que éste sea un marco invariante que le proporcione a la paciente una identidad primaria a la cual poder referir las transformaciones producto de su experiencia vital. A partir de aquí se abre para Claudina una vía para que ella, un día, forje su propia identidad —al decir de Marta Nieto— de que nazca como persona, sujeto de un discurso veraz.

## 2. — CARACTERÍSTICAS DE LA ORGANIZACIÓN FRONTERIZA DE LA PERSONALIDAD.

Las personalidades fronterizas y narcisistas son las que han permitido estudiar con detenimiento la génesis y las perturbaciones en la conformación de un **self** cohesivo. Después de haber visto el caso de Claudina vamos a hacer una apretada síntesis de las características que tiene la organización fronteriza de la personalidad remitiendo al interesado, a los tres tomos que han escrito C.A. Paz y colaboradores: **Estructuras y/o estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos.**

Otto Kernberg dice que las personalidades fronterizas son una organización patológica específica, estable y crónica y no un estado transitorio que fluctúa entre las neurosis y las psicosis.

Estos pacientes presentan síntomas similares a los que pueden encontrarse en las neurosis y trastornos del carácter, haciendo episodios psicóticos pasajeros sobre todo bajo la influencia del alcohol, las drogas o el 'stress'. Estos episodios psicóticos agudos desaparecen rápidamente, conservando el paciente un buen juicio de la realidad. En el curso de una terapia psicoanalítica desarrollan una **psicosis de transferencia**. Mientras que la organización formal del pensamiento puede permanecer intacta en las entrevistas clínicas, no ocurre lo mismo en las pruebas proyectivas donde aparece un predominio del proceso primario y una pérdida del sentido de la realidad. Existe una ansiedad de tipo crónico, difuso y libremente flotante, una neurosis polisintomática con fobias múltiples, tendencias paranoides o bien síntomas obsesivos con egosintonía secundaria y racionalizados. También pueden verse conversiones varias y bizarras o una única conversión crónica y severa, incapacitante. De la vertiente psicótica pueden aparecer reacciones disociativas, estados crepusculares histéricos, fugas y obnubilación de la conciencia, o bien preocupaciones hipocondríacas crónicas con alejamiento de la vida social. En la esfera psicosexual: tendencias perverso-polimorfos o gratificación sexual masturbatoria.

Desde el punto de vista psicodinámico predomina como mecanismo defensivo el clivaje u otros mecanismos psicóticos. Se reactivan las relaciones objetales patológicas tempranamente internalizadas, hay una refusión parcial de imágenes primitivas del **self** y del objeto que afectan el establecimiento de límites precisos entre yo y mundo y entre las diversas instancias del aparato psíquico con una regresión hacia estructuras cognitivas primitivas del yo. La escisión (clivaje o **splitting**) impiden que el sujeto sea capaz de integrar lo libidinal con lo agresivo. Mientras que en las **psicosis** hay una indiferenciación entre las imágenes del **self** y del objeto que se refunden regresivamente, borrándose las fronteras entre el adentro y el afuera (la piel del sujeto deja de ser su propio límite), surgiendo fantasías primitivas de mezcla y fragmentación, en el caso del **fronterizo** no predomina esta refusión regresiva, sino una incapacidad para sintetizar las imágenes del **self** y del objeto con una carga libidinal y agresiva. Las **imágenes** son totalmente buenas o totalmente malas. Este tipo de pacientes posee una incapacidad para experimentar la depresión en la medida que no logra integrar las imágenes buenas y malas como dos aspectos de un mismo objeto o del **self**.

Aparecen adaptados a la realidad, pero carecen de posibilidades de una internalización más profunda de la realidad social. Tienen escasa capacidad para evaluar realísticamente a los otros, les falta empatía. Se adaptan mientras no sea necesario implicarse emocionalmente.

Se puede apreciar el **síndrome de la identidad difusa** de que habla Erickson, caracterizado por la falta de un concepto unificado del **self** y de los objetos totales en su relación con el **self**.

Desde el punto de vista psicosexual, a lo ya dicho, debemos agregar que sus objetivos son pre-genitales o genitales infiltrados de agresión.

Cuando se produce una regresión, en el curso de la terapia analítica, el cuadro total es tranquilizador tanto para el paciente como para el analista, ya que es posible identificar el acontecimiento que desencadenó la regresión.

Dice Kohut: "En lo tocante al aspecto deficitario, podemos decir que estos pacientes permanecieron fijados en arcaicas configuraciones de un **self grandioso** y/o en objetos arcaicos sobrestimados, narcisistamente catectizados. El hecho de que dichas configuraciones no se integraran en el resto de la personalidad tiene dos consecuencias fundamentales: A) la personalidad adulta y sus funciones maduras se ven empobrecidas, en razón de que están privadas de la energía que se halla invertida en las antiguas estructuras y/o B) las actividades adultas y realistas de estos pacientes se ven estorbadas por la ruptura y la intrusión de las estructuras arcaicas y de sus arcaicos reclamos. El efecto patógeno de la catectización de estas configuraciones arcaicas es, en otros términos, análogo —en ciertos aspectos— al que ejerce la investidura instintiva de objetos incestuosos inconscientes reprimidos en las clásicas neurosis de transferencia".

### 3. — CLASIFICACION PSICONALITICA DE LA PATOLOGIA DEL CARACTER PROPUESTA POR O. KERNBERG.

Siempre hemos propugnado porque el psicodiagnóstico llegue a elaborar un lenguaje propio cercano a la realidad clínica, que no se confunda con la semiología y diagnóstico psiquiátricos. En este lento proceso, que es también el de la adquisición de una sólida identidad profesional, la clínica psicoanalítica —aún muy influida por la psiquiátrica— puede ayudarnos. Ese es el valor que adjudicamos a los aportes de Kernberg en este sentido. Una psicopatología psicoanalítica debe ser tópica, económica, dinámica, estructural y, eventualmente adaptativa. Debe tomar en cuenta, además, la naturaleza de las relaciones objetales que establece el sujeto en cuestión.

Desde un punto de vista estructural O. Fenichel (1945) definió al carácter —en su ya clásico libro *La teoría psicoanalítica de las Neurosis*— como "los modos habituales de ajuste al

mundo externo del yo, el ello y el superyó y las modalidades típicas de combinar estas formas una con otra". De acuerdo con esto, las perturbaciones del carácter son "limitaciones o formas patológicas de tratar al mundo externo, los impulsos internos, las demandas del superyó, o perturbaciones en el camino a través del cual se combinan estas variadas tareas".

A su vez, Fenichel divide a los caracteres en dos tipos: **sublimatorios** o **reactivos**. Que se trate de uno u otro depende de que la libido se descargue libremente, como formando parte de un rasgo de carácter, o que fuese controlada por alguna medida contracatóxica que formase parte del rasgo caracterial. El tipo sublimatorio (la libido pregenital se desexualiza y cambia de fin transformándose en una actividad gratificante para el sujeto y valorada socialmente) es el normal. El tipo **reactivo** conduce a desarrollos patológicos tales como actitudes evitativas (fóbicas) y oposicionistas (formaciones reactivas).

Kernberg dice que es necesario llegar a una nueva clasificación que incorpore tres desarrollos patológicos mayores:

- (1) Patología de las estructuras del yo y del superyó.
- (2) Patología de las relaciones objetales internalizadas.
- (3) Patología en el desarrollo de derivados de los impulsos libidinales o agresivos.

Los pacientes pueden estar funcionando en un nivel alto, en uno intermedio o en uno bajo.

Respecto al **desarrollo instintivo** funcionar en un nivel alto significa que el sujeto ha logrado la primacía genital. Un nivel intermedio significa que existen puntos de fijación y regresión pregenitales. En un nivel bajo se da una condensación de impulsos pregenitales y genitales con un predominio de la agresión pregenital.

En lo referente al **desarrollo del superyó**, en un nivel alto existe un superyó integrado y diferenciado, aunque severo. En los niveles intermedio y bajo existe una falta de cohesión de dicha estructura, así como un predominio de los precursores sádicos del superyó.

En cuanto a las **operaciones defensivas** y a los **rasgos de carácter patológicos**, en un nivel bajo predominan la disocia-

ción primitiva y los mecanismos defensivos de tipo psicótico frente a las ansiedades persecutorias. En un nivel intermedio la represión es el mecanismo defensivo central aunque alterna con disociaciones. Mientras que en un nivel alto predomina la represión y otros mecanismos de defensa neuróticos, siendo las ansiedades predominantes las depresivas.

La clasificación propuesta por Kernberg presupone que hay un continuo de rasgos de carácter patológicos que irían de los sublimatorios en un extremo, a través de rasgos fóbicos e inhibitorios, pasando por formaciones reactivas hasta rasgos insintivamente infiltrados de agresividad en el otro extremo. El carácter normal muestra una predominancia de rasgos de carácter sublimatorio, mientras que en el otro extremo la defensa y expresión directa de las pulsiones aparecen en los rasgos patológicos de carácter.

Con referencia a las vicisitudes de las relaciones de objeto internalizadas no existe patología en el nivel más alto, ya que hay un concepto del self cohesivo y un mundo representacional estable. Lo mismo es cierto para el nivel intermedio, con la excepción de que las relaciones objetales son más conflictivas. En el nivel bajo, las relaciones objetales tienen el carácter de parciales. Esta incapacidad de integrar los aspectos buenos y malos en un self cohesivo total y en los objetos y sus representaciones correspondientes se ve reflejado en el síndrome de difusión de la identidad.

Para concluir este párrafo vamos a hacer una comparación entre los neuróticos, fronterizos y psicóticos:

#### (A) Neuróticos

- Yo fuerte.
- Separación self/objeto.
- Aparato psíquico bien diferenciado con instancias bien delimitadas e integradas.
- Identidad estable.
- Predominio de la represión como mecanismo de defensa.

#### (B) Fronterizos

- Yo relativamente integrado con límites que se dibujan cuando son requeridos por un compromiso emocional.
- Diferenciación self/objeto, siendo éstos últimos objetos del self con los cuales el sujeto tiene una relación narcisista.
- Las diversas instancias que componen el aparato psíquico no están bien delimitadas entre sí. Hay precursores sádicos del superyó.
- Síndrome de identidad difusa.
- Predomina la escisión como mecanismo defensivo central.

#### (C) Psicóticos

- Falta de límites del yo. Indistinción yo-mundo.
- Imágenes del self y objetales fragmentadas e indiferenciadas.
- Pérdida de la identidad.
- Mecanismos de defensa psicóticos: negación, repudio, etc.
- Reconstituciones delirantes (megalománicas y persecutorias) del self grandioso y del objeto omnipotente.

## 4. — ILUSTRACIONES CLINICAS

Caso A. — Se trata de un sujeto de sexo masculino, de 32 años, soltero. Diagnosticado psiquiátricamente como esquizofrénico tuvo una internación en el Hospital Vilardebó hace 5 años. Recibió choques eléctricos y, desde esa fecha toma psicofármacos y se controla psiquiátricamente. En terapia psicoanalítica desde hace dos años y medio. En los fragmentos de sesión que voy a transcribir podremos apreciar las característi-

cas del *self* de este paciente y la naturaleza de su vínculo narcisista con el mundo objetal.

"Yo tuve algunas visiones, me parece. La otra vez, hablando con una muchacha ella me dijo: 'Quisiera ver al mundo'. Yo creo que lo vi al mundo, lo recuerdo, me parece. Hay algunas personas que vimos al mundo y con esas personas yo me siento bien". Prosigue luego: "Veía al mundo como una esfera de color negro. Después tuve otras visiones de la familia. (¿De la familia?, pregunto). Que eran unos postes negros, clavados en la tierra que cercaban a esa persona amada, que no la dejaban expresar lo que ella sentía".

"Ella", "esas personas", "el mundo", no son más que objetos del *self* de este paciente, no tienen el estatuto de objetos en el sentido psicoanalítico del término puesto que están calectizados con libido narcisista. Los kleinianos (P. Heimann, por ej.) dicen que es imposible que no haya vínculos con objetos desde el comienzo puesto que "el placer del órgano está conectado con el placer proveniente de un objeto imaginado... no puede mantenerse que las actividades autoeróticas sean sin objeto". Como comenta Luisa de Urtubey: "Una diferencia importante con Freud reside en la importancia que —la autora— atribuye a las fantasías con objetos internos en el narcisismo de los pacientes psicóticos, ya que Freud dijo que en ellos la libido retraída de los objetos externos no era dirigida a objetos imaginarios, salvo como proceso restitutivo con lo cual no se podía más que concluir que eran imposibles de analizar".

Continúa diciendo el paciente: "Yo creí que mi verdad era la única, era una cosa tan fuerte ¡tan extraordinaria!... Yo lo veía como algo blanco, sinónimo de pureza, que era rodeado por la familia. ¡Y claro, lo vuelvo loco a uno! Cuando la familia está hecha con amor, pero mi familia no está hecha con amor. Mi padre me quería, mi madre me quiere. Pero yo buscaba otra cosa. Tengo miedo de vivir. No tengo las pasiones que tenía antes. Estoy medio anestesiado entre las pastillas y los choques eléctricos que me dieron..."

Pensamos que, entre otras cosas, aquí el paciente está ha-

blando de su falta de soporte original —de una madre lo suficientemente buena que le permitiese estructurar, en espejo, su propia imagen Dice Evelyne Kestemberg: "Nosotros pensamos que el *self* constituye la primera configuración organizada del aparato psíquico que emana de la unidad madre-niño y que le sucede". Esta imagen extremadamente precoz representa lo que pertenece al propio sujeto antes de que se haya instaurado la distinción entre sujeto y objeto. Los fantasmas maternos modulan las premisas de la organización psíquica del niño. La citada autora expresa más adelante: "Este *self* no puede ser identificado con el Yo que permanece siendo la instancia organizadora, pero representa en el seno de esta instancia la fuente del sentimiento del Je" (subrayado por la autora y traducido por nosotros). Y lo que nos parece más importante: "Esta modalidad de organización de la relación con el objeto interno, no instituido como tal, a la vez fuera del sujeto pero representándolo, constituye uno de los arreglos de la impasse en la cual se encuentra arrinconado todo individuo portador de una psicosis". (Subrayado por la autora). Describe lo que ella llama la relación fetichista con el objeto característica de las psicosis frías que comportan la negación, un intenso clivaje del Yo, pero que no se reestructuran en una solución delirante, ricamente elaborada, estable o desorganizante. Recurren a una fantasmática siempre fija, casi inmutable, "que permite la obnubilación del conflicto con las imagos y confiere al objeto un estatuto particular en su indistinción". En definitiva, se trata de una forma más de establecer un vínculo narcisista (ver el caso François en su trabajo) que conducen al autismo o la "catatonia transferencial" que han descrito en nuestro medio Urtubey y Pereda.

Dice nuestro paciente: "Yo busco el goce de mi mismo. Tener lo mío y vivir eso. Como dice Cristo: que los dos sean uno. Ya no son dos, son uno. Yo lo que busco es eso. ¿Si lo puedo lograr!? ... Claro que después me amo todo: las uñas, el pelo ¡por eso me dejo el pelo largo!, la barba... Me amo todo mi cuerpo" En otro momento de esta misma sesión: "Yo evoco imágenes que para mi son eternas, pero yo quiero lo-

grar tener eso en vez de tener... Yo tengo muchas imágenes, muchas imágenes que evoco, pero quiero concretar algo, hacerlas infinitas... Creo que todo el mundo está en eso. Todas las personas que piensan, o las que no piensan también. Creo que las podré alcanzar, como muchas la habrán alcanzado también. Claro, capaz que yo me engaño a mí mismo porque no lo alcanzo más. Yo creo en Dios, que existe el Paraíso y pienso que sólo ahí se logra, ¡pero si lo puedo lograr acá en la tierra mejor!"

Caso B. — Paciente de sexo masculino, de 22 años de edad, soltero. Está en tratamiento psiquiátrico con psicofármacos inyectables de acción prolongada. Estuvo internado en el Hospital Vilardebó donde se le diagnosticó esquizofrenia simple. Su inteligencia es netamente superior a la del promedio de la población de su misma edad. Hizo dos cuadros de tipo catatoniforme y su andar y mímica son rígidos, duros, parece contemplar al mundo desde lo alto de una montaña. Llegamos a tener con él 15 sesiones de psicoterapia hasta que acordamos interrumpir la tarea.

Hace dos años, en un "Autorretrato" escribe: "Si pudiera concentrar toda la atención en mí, o bien pudiera reunir todas las partes de mi ser y usando de mi sensibilidad podría captar entonces, con el ojo de la razón, la imagen más pura de mí mismo y ver las partes más íntimas de mi ser hasta vislumbrar la imagen del alma..."

Se trata de un anhelo de salir de un estado de fragmentación autoerótica: no puede "vislumbrar la imagen del alma" porque ésta carece de unidad. Al decir de G. Pankow, en ese mundo de fragmentación la parte representa al todo y no hay dialéctica entre las partes de la imagen del cuerpo del sujeto y la totalidad.

Con gran lucidez nos dice un día que llega autorreferido y perseguido luego de una ausencia de un mes: "Cuando una emoción está acentuada uno llega a creer que es cierto aunque no es cierto. Uno fija cosas no sólo por lo que ve, también por lo que cree. Así es que no llega a haber diferencia entre ser cierto y no ser cierto. Así que nadie me va a decir la verdad.

¡La respuesta quizás esté en mí!" En esta búsqueda alucinante de la certeza se pregunta: "¿Es verdad que estoy loco?"

Veamos ahora el borramiento de los límites entre el yo y el mundo así como el deseo de ser inmortal: "Leí la opinión de un científico de que el hombre no iba a lograr la vida eterna, pero sí alargar su vida. Sé que la materia puede tener un límite o no, pero la materia es infinita también... Si viajamos en una partícula de cualquier sustancia esa partícula es infinita por la composición. Si viajamos de adentro hacia afuera encontramos también que es infinito. Pero la fuerza humana también tiene un límite: hay cosas que no puede soportar... Todo depende de la fe y de la energía de que pueda llegar".

Dice Resnik: "El self del psicótico, o en la personalidad narcisista, es un self posesivo y omnipotente. En la medida que debe ejercer su poder sobre el mundo, no acepta ni respeta el territorio corporal de nadie ni nada".

El mundo necesita configurarse alucinatoriamente siguiendo las coordenadas del principio del placer: "A veces uno desea tanto una cosa que puede llegar un momento que a uno le parece real. Por ejemplo, una persona desea con tantas ganas que venga el ómnibus y cree que ese ómnibus es el que le pertenece. Está poniendo la imagen de su deseo sobre esa imagen real, pero después, cuando se ve con más realidad las cosas, se le viene todo abajo... Le sirvió para esperar un poco más en la parada. No se le puede decir a alguien de pronto que Dios no existe. Cuando se descubre el espejismo y se llega a palpar la realidad..." Observemos la ambigüedad del término "realidad" tal como lo emplea el paciente. Todos los esquizofrénicos son solipsistas.

Caso C. — Se trata de la experiencia personal de la locura por la que ha pasado Morag Coate y que relata en su libro **Más allá de la razón**. Vale la pena leer documentos como éste, el diario de una esquizofrénica de Renée, o bien el "viaje a través de la locura" de Mary Barnes. Del libro de Coate vamos a transcribir un fragmento donde se podrá apreciar lo que es la **pérdida de la identidad** en un episodio psicótico:

"—¿Sabes quién soy?

"—No.

"—Soy David.

"—¿David Stronsay?

"—Sí.

"Fue esta la única conversación que tuvimos, pero para mí bastó, se trataba del bisabuelo de mi abuelo que retornaba de entre los muertos.

"Mi mediador era en verdad un hombre real y corriente. Tanto peor para él, pues se mostró nervioso desde un comienzo y se aterrorizó cuando de pronto le dije que estaba cabeza para abajo. Trató de huir, y luego de una corta lucha durante la cual traté de retenerlo, lo consiguió, tras lo cual el sistema solar comenzó a desmoronarse. Tuve en ese momento la certeza —aunque puramente abstracta— del peligro inminente, dependía de mí conservar la cabeza. Mientras el sujeto corría y desaparecía de mi vista, yo veía en su cuerpo cuatro hombres diferentes al mismo tiempo, todos los cuales habían sido presa de un pánico simultáneo: el desconocido de mi propia época y barrio, mi antepasado del siglo dieciocho, otro contemporáneo mío que en ese momento vivía en un lugar distinto, y también un personaje semidivino".

Este pasaje ilustra varias de las características propias de los estados psicóticos: en primer lugar la **despersonalización**. Cuando se produce este fenómeno, hay una pérdida total de la identidad, se produce una regresión al estado de fragmentación autoerótica del **self**.

Por otra parte, a través de estos personajes diversos —que son ella misma— la paciente intenta recapturar su unidad perdida, el sentido de continuidad temporal. De ahí que la pregunta clave es la primera.

Caso D. — Es un paciente de sexo masculino, casado, de 48 años que trabaja como ejecutivo de una empresa. Concorre a la consulta psiquiátrica por un alcoholismo moderado y porque está deteriorado su vínculo de pareja. Lo traemos como un caso de **confusión aguda de la identidad** ilustrado a través de parte del material que nos proporcionó en el curso de su psi-

codiagnóstico. De la entrevista transcribimos: "Siempre fui un tomador discreto, pero hace dos o tres años siento una compulsión a seguir tomando. Algo me bloquea en la llegada a casa. El motivo de consulta es espontáneo, pero no fui porque necesitaba ayuda y auxilio personal. Soy un adicto al trabajo. El carácter de mi padre era fuerte, dominante. Mi madre fue siempre inteligente para saberlo llevar. **Papá a veces dice que él es el niño, el hijo y yo soy el papá.** No tiene vicios, aunque ha tenido alguna infidelidad conyugal. Es de pocos amigos, con fama de conquistador. Yo soy hijo único. Mi padre hizo un cuadro depresivo en 1944. Mi abuela paterna era una periódica, hacía crisis maniaco-depresivas que la llevaban a internarla. Con mi esposa el que busca la relación sexual soy yo, la iniciativa siempre es mía y soy recibido de buen grado. He tenido relaciones extraconyugales, nunca fijas, una vez y se acabó! Si puedo evitar dar el nombre lo evito. He tenido estas relaciones con prostitutas, antes, normalmente, mi intención era evitar el pagar. No íntimo salvo con los que íntimé de niño. Ahora tengo una cantidad enorme de conocidos, pero de ahí no paso".

Ante la primera lámina de Zulliger pregunta si no es el Rorschach porque él vio las láminas. Su primer respuesta es global y dice: "una araña, por los queliceros de la parte superior". Luego: "a continuación, y entrando en detalles, veo imágenes de Solari, el pintor, dos cabezas con picos de aves. Siguiendo por el centro de la figura puedo ver **órganos genitales masculinos, el escroto, no el pene**".

Finalmente transcribiremos textualmente el relato que hace ante la lámina 1 del Test de Relaciones Objetivas de Phillipson:

"Soledad. Hombre, por el tipo de silueta: hombros anchos, caderas estrechas, actitud estática. Brazos que pueden estar atrás o adelante, indiferentemente. Observando o pensando. Para observar tiene poco. Lo que rodea esa silueta, si le adjudicamos el carácter de persona viviente, va a tener que pensar un rato, **porque todo lo que lo rodea es bastante indefinido.** La persona está rodeada de un aura, algo etéreo en el ambien-

te, parece. No se ve una superficie de apoyo firme. Sin embargo está lo suficientemente equilibrado, por eso supongo que algo sólido lo está soportando. Tranquilo, seguro. Con respecto al pasado se me ocurre que... ¡se me ocurre que hay poco! Adivinar el pasado de este señor... si es que estamos en la misma línea. Con respecto al futuro, evidentemente es algo que tiene que modificarse tarde o temprano. La situación de una persona que posiblemente tenga que resolver qué va a hacer: va a seguir hacia adelante. Está dando la espalda. Supone esto que yo no estoy ahí, que soy un observador objetivo. De percibir mi presencia, con seguridad, si es que está investigando, se daría vuelta. Como lo que parece que está frente a él es claridad, refuerza mi teoría, si se considera solo, de seguir hacia adelante."

En este material, entre otras cosas, podemos apreciar el narcisismo del paciente, sus dificultades de contacto y falta de una definida identidad sexual en su relación de pareja el **deseo de paternidad fue mutuo**, después del primero, **abortamos dos embarazos**". Su vínculo imaginario con las imagos parentales tal como él las describe, le han impedido el acceso a una situación triangular.

Caso E. — Es una señora casada, de casi sesenta años de edad, muy culta e inteligente, que está angustiada ante la perspectiva de casamiento y partida de la casa de la menor de sus hijas y por la próxima jubilación de su esposo, un activo ingeniero. Debo destacar que se trata de una persona que podríamos considerarla "normal" clínicamente. Voy a transcribir un **ensueño dirigido** que ella hizo con el propósito de mostrar lo que es un **self** cohesivo a pesar de que las fronteras del yo pueden desplazarse circunstancialmente debido al momento crítico por el que está pasando:

"Estoy en un valle. En el horizonte se recortan montañas oscuras. El cielo es de un azul claro con algunas nubes blancas. A mitad del valle hay una pequeña ciudad color gris plomo. Tiene **edificios irregulares, muy desparejos**, del mismo color gris plomo que la montaña del fondo. Se ve un río tranquilo de un azul claro que se acerca a la ciudad. pero no la

atraviesa. Hay pasto alegre, verde, que contrasta con el gris plomo de los edificios sin ventanas, sin vida.

Entro en la ciudad. La calle está clara, las sombras muy intensas. Se ven portones en forma muy simple, tipo gótico, pero sin adornos, que parecen cuevas oscuras. A la derecha hay unas tímidas flores blancas que parecen margaritas que tratan de salir de las sombras consiguiéndolo sólo en parte. La calle parece vieja y agrietada, hecha de piedra. Aparece una muchacha sacada de un libro de cuentos de hadas. Puedo adivinar sus formas: como un cuento de Blancanieves. Se adivina el rostro, pero no se ve. Cabellos oscuros, cuello levantado, las mangas... Es como un vestido medioeval. **No puedo ver el rostro**. De pronto, al preguntarle qué está haciendo allí, el rostro se cubre con un velo de piedras preciosas. Se adivinan los párpados de los ojos. No habla, es más bien un mensaje mental esperado.

Al ascender a través de un haz luminoso: **ella pierde la forma humana**. Los vestidos se aclaran y, solamente en el fondo, el haz de luz forma una bola. Dentro de esta forma se encuentra **un ser que no puedo decir que sea una muchacha. Yo no tengo forma: estoy sin estar**.

La bola es pequeña, quizá solamente de ochenta centímetros de diámetro. Toco con la cabeza la superficie de esta bola. Bailan luces y formas indefinidas. Al tacto retrocede y toma su forma original. Resulta imposible perforarla. **Las formas cambian sin definición**. No estabiliza una imagen. Parece convertirse en la cola de un pájaro. No es una forma muy definida. Hay manchas luminosas de un azul claro. Todo es bastante abstracto y movido. Veo árboles muy oscuros sacudidos por una tormenta. El cielo todo es oscuro. De vez en cuando hay una tierra muy movida que uno adivina como un plano con manchas de colores que podrían ser seres vivientes: son prácticamente compuestos de colores que cambian de forma constantemente"

A propuesta del terapeuta interroga a uno de esos seres que le responde: **"Yo vivo. Yo-forma, vivo... Vida, vida... Yo-forma capaz..."**

Ella se convierte en una de esas formas para buscar entre ellas a la joven medioeval: "Parece una copa de cristal medio sumergido. Hay un disco brillante, como si se dibujara en un papel negro la forma de un vaso de cristal... Hay un líquido burbujeante. Estoy inquieta. Estoy en un ambiente extraño con seres extraños. Manchas de color que cambian constantemente en una danza cuyo significado no entiendo"

Vuelve a descender por la copa a través del haz luminoso.

"La copa se convierte en una llama que se apaga siempre más, hasta convertirse en ceniza que todavía mantiene calor. Pero los edificios de la calle perdieron la forma original: están a punto de caer distorsionados. Edificios que cambian de forma, que no pueden quedarse quietos: edificios griegos, templos. Parece que la vida desapareció hace tiempo. Todavía se mantiene en la ceniza, un poco de vida de esos seres venidos de otra estrella. Donde estaban los seres parece que hubiera estado un volcán negro cuya onda expansiva ayuda a derribar los edificios. La ola se convierte en una masa estable, pero es muerta: con forma, pero sin vida, parece plomo derretido. El líquido se ha convertido en sólido. Me pongo a mirar la boca del cráter, a esos seres convertidos en una masa amorfa y muerta."

Busca por los alrededores la figura femenina.

"Está en un entrepiso. Hay ropa tendida, paja en el suelo. Me siguen formas como llamas, pero no encuentro a la muchacha. Sigo buscando, me acerco a una pared. Veo otra vez el cielo muy tenuemente estrellado. El piso del ventanal eran formas blancas, quietas, que parecen hongos. Trato de encontrar a la muchacha. Las formas cambian demasiado rápido para poder describirlas con palabras. De vez en cuando son ruedas concéntricas, a veces caballos alados, o formas de un verde oscuro con rayas negras."

Las formas cambiantes a que alude la paciente y que pululan a lo largo y a lo ancho de todo este ensueño son los cambios y reestructuraciones que está sufriendo su self crepuscular, enfrentado a la proximidad de la muerte. Esta señora nos dijo, en un relato para la lámina 4 del TAT: "El hombre

sueña siempre con el más allá. Encontrar lo desconocido. Buscar la aventura: vencer o perecer. La magia vive más en la realidad"

#### BIBLIOGRAFIA

- COATE, Morag: Más allá de la razón. Crónica de una experiencia personal de locura, Bs. As., Amorrortu, 1975, pág. 41.
- FREUD, Sigmund: Introducción al narcisismo, Madrid, Bca. Nueva, 1967. Tomo I, pág. 1083.
- FREUD, Sigmund: Conferencias de introducción al psicoanálisis. Parte III, 1916-1917: 26/ Conferencia. La teoría de la libido y el narcisismo, Bs. As., Amorrortu, 1978, pág. 375.
- GONZALEZ, Eliseo: Claudina. Rehabilitación de una adolescente fronteriza en una institución psiquiátrica, trabajo inédito, leído en reunión científica de la Asociación de Psicólogos Universitarios del Uruguay, julio de 1977.
- GONZALEZ, Eliseo: *Psychose, famille et institution*, Paris, Cahiers de l'institut du rêve-éveillé-dirigé, N° 1, 1977, pág. 23.
- KERNBERG, Otto F.: *Borderline conditions and pathological narcissism*. Cap. X: Normal and pathological narcissism, N. Y., J. Aronson, 1975. Existe traducción francesa: *Narcissisme normal et narcissisme pathologique*, Paris, Gallimard, 1976, Nouvelle Revue Française de Psychanalyse, N° 13, Narcisses, pág. 181.
- KERNBERG, Otto: *Object relations theory and clinical psychoanalysis*, N. Y., J. Aronson, 1976, third printing, 1978, Caps. II y V.
- KESTEMBERG, Evelyne: *La relation fétichique a l'objet*, Paris, Revue Française de Psychanalyse, Tomo XLII, N° 2, 1978, pág. 195.
- KOHUT, Heinz: *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*, Bs. As., Amorrortu, 1977.
- LICHSTENSTEIN, Heinz: *Le rôle du narcissisme dans l'émergence et le maintien d'une identité primaire*, Paris, Gallimard, 1976. Nouvelle Revue Française de Psychanalyse, N° 13, Narcisses, pág. 147. De aquí tomamos la cita del trabajo de L. A. Spiegel.
- PANKOW, Gisela: *El hombre y su psicosis*, Bs. As., Amorrortu, 1974.
- PAZ, Carlos A. y colabs.: *Estructuras y/o estados fronterizos*, Bs. As., Nueva Visión, 1976-77, Tomos I, II y III.
- RESNIK, Salomón: *El yo, el self, y la relación de objeto narcisista*, Montevideo, Revista Uruguaya de Psicoanálisis, Tomo XIII, Nos. 1-2, abril/setiembre de 1971-72, publicada en 1973, pág. 247.
- URTUBEY, Luisa: *Sobre el narcisismo y una de sus formas de expresión: el autismo transferencial 'frente al espejo'*, Montevideo, Revista Uruguaya

de Psicoanálisis, Tomo XIII, Nos. 1-2, abril/setiembre de 1971-72, publicada en 1973, pág. 149. De aquí tomamos la cita de Paula Heimann que corresponde a las págs. 161,62 del citado trabajo.

WINNICOTT, Donald W.: De la pédiatrie a la psychanalyse, París, Payot, 1969, existe una traducción castellana, que no lleva este título, en la editorial española Laia.



**Títulos publicados**

**Adolescencia:** M. y H. Garbarino, M. Lijtenstein, J. C. Rey, A. Scherzer, Y. Martínez y J. Caprario.

**Acerca del ser sujeto:** Enrique A. Sobrado.

**Estudios Psicodiagnósticos:** Eliseo M. González Regada.

**En preparación**

**El test de Machover:** Rina F. de Valeta y Carmen Hernández Penela.

**Psicología y Enfermedad:** Varios autores.

**Las técnicas de expresión:** Susana Goldstein.