

## A INTOLERANCIA A LA INTERPRETACIÓN EN PACIENTES CON UNA ORGANIZACIÓN NARCISISTA GRAVE

Dr. Ramón Bassols y Dr. Joan Coderch\*

En este trabajo intentaremos mostrar, a través del material clínico de un paciente en análisis, las dificultades que pueden surgir debido a una peculiar intolerancia a las interpretaciones, que en nuestra opinión es independiente de los contenidos formulados. El fenómeno que pretendemos describir radica, en nuestra opinión, en que, por el hecho de interpretar, el analista aparece como un objeto separado y diferenciado, dotado de autonomía propia, lo que es penosamente soportado por el analizado. Según nuestra experiencia, esta reacción ocurre principalmente en pacientes con una grave organización narcisista, con rasgos psicóticos acentuados o con una psicosis clínicamente manifiesta. El malestar experimentado a causa de la autonomía del objeto era expresado gráficamente por un paciente que, al ver un día a su analista por la calle, lo relató en la sesión: «Le he visto andando con *sus propias* piernas...»

El hecho que queremos ilustrar con el caso expuesto presenta unas características específicas, distintas de las de la reacción terapéutica negativa o de las provocadas por la competitividad o la rivalidad con el analista. Pensamos que estos pacientes sienten las intervenciones terapéuticas como una agresión o rechazo, sin que el enunciado de la interpretación o el que haga referencia a los aspectos positivos o negativos de la transferencia sea un determinante de la respuesta, que es provocada por la intolerancia a aceptar el funcionamiento mental independiente del objeto.

---

\* Sociedad Española de Psicoanálisis.

En el narcisismo hay un repudio de la realidad, interna y externa —o mejor dicho, del reconocimiento de la realidad— y la interpretación pretende conectar y rescatar la realidad escindida, las ansiedades, las necesidades, etc., constituyéndose en un argumento demoleedor de los sentimientos de omnipotencia, al mismo tiempo que pone de relieve las ansiedades de separación y de diferenciación, por lo cual puede desencadenar reacciones hostiles. La hostilidad provocada es proyectada en el analista, por lo que sus intervenciones son vividas por el paciente como una manifestación de maltrato y de rechazo, creándose una situación de difícil manejo.

Debido a las motivaciones citadas, a veces las asociaciones se despliegan en forma de preguntas —a menudo muy simples— en las que el acento recae en la exigencia de obtener una respuesta predeterminada. Si el analista no contesta, o si interpreta la pregunta, el paciente lo puede vivir como una muestra de desprecio, lo cual origina quejas indignadas.

En muchos análisis y en determinados momentos pueden presentarse reacciones similares, aunque es en los pacientes con unas relaciones de objeto de modalidad narcisista donde adquieren una mayor intensidad.

De este modo, la función interpretativa —independientemente de los contenidos vehiculados— se va perfilando en una doble vertiente. Por un lado, es sentida por el paciente como una expresión agresiva —a veces es interrumpida con violencia— y por otro lado se constituye como el instrumento imprescindible para restaurar el vínculo analítico, resituando al analista y al paciente en su identidad. La intolerancia a la interpretación plantea delicados problemas técnicos y contratransferenciales. El analista puede tener la impresión de estar haciendo sufrir al paciente y sentirse provocado a adoptar una actitud conciliadora más que interpretativa. Es evidente que mientras duran estas demostraciones de intolerancia, el contenido de las interpretaciones y el *timing* han de ser escogidos cuidadosamente y dirigidos a mostrar al paciente qué es lo que está sucediendo, cuál es la parte de él que se siente atacada y por qué, y cuál es el aspecto de la interpretación que siente como agresivo y penoso. Durante esta fase, que puede ser muy prolongada, el analista ha de resistir a los deseos contratransferenciales, estimulados por el paciente, de adoptar un tono paternalista, de hacer intervenciones no interpretativas, de intentar congraciarse con él, etc. Este es el papel que, con sus quejas y protestas, intenta imponer el paciente al analista. Por otra parte, cualquier interpretación que no tenga en cuenta en su contenido la herida que ella misma produce, está destinada a ser rechazada por el paciente y a ser inefectiva. Tan sólo después de que el paciente pueda soportar y reconocer la ofensa que para su organización narcisista representa la interpretación, estará en condiciones de comprender aspectos más amplios de su funcionamiento mental y de entrar plenamente en la comprensión de la relación transferencial. Ahora bien, creemos que para entender a estos pacientes, así como para poder tratarlos adecuadamente, es necesario distinguir, al ofrecer las

interpretaciones, entre las dos clases de ansiedades a que ya hemos hecho referencia, muy vinculadas entre sí, pero no idénticas: la ansiedad de separación y la ansiedad de diferenciación. A pesar de que las dos intervienen en la intolerancia a las interpretaciones que estamos comentando, pensamos que es la ansiedad de diferenciación la que juega el papel más importante en este fenómeno. Estas dos ansiedades se representan en el escenario del conflicto entre narcisismo y relación de objeto.

La ansiedad de separación surge frente a situaciones de pérdida del objeto, cuando la relación objetal establecida ha adquirido un cierto nivel de consistencia, mientras que la ansiedad de diferenciación corresponde a los estados narcisistas y está vinculada a la actividad interpretativa, por cuando ésta pone de manifiesto la autonomía del objeto, su capacidad de pensar propia. Es decir, que la fantasía de confusión narcisista con el objeto —más o menos activa en muchos pacientes— que impide el reconocimiento de la diferenciación entre el self y el objeto, se ve bruscamente amenazada por las intervenciones del analista y es vivida como una expulsión y como la pérdida de partes propias inextricablemente confundidas con el objeto por el uso masivo de la identificación proyectiva, lo que provoca una dolorosa herida narcisista.

Un aspecto que puede crear ciertas dificultades y escollos en la posibilidad de efectuar una clara delimitación entre ambas calidades de ansiedad —lo que por otra parte es importante realizar desde el punto de vista técnico— es que la ansiedad de separación también puede activarse en presencia del objeto, durante la sesión psicoanalítica, cuando el paciente percibe que hay una falta de contacto entre él y el terapeuta, cuando siente que el vínculo se ha amortiguado o debilitado, que las interpretaciones son poco precisas y no inciden en las ansiedades subyacentes predominantes en un momento dado. A pesar de ser un enunciado excesivamente simplista, se podría formular diciendo que las dos ansiedades descritas adquieren una cierta identidad antagónica. Así, mientras que la de separación se desencadenaría en situaciones de pérdida o debilitación del vínculo relacional, la de diferenciación se provocaría por la aparición del objeto en su independencia personal, en la amenaza de ruptura del estado narcisista de indiferenciación.

En estados mentales con un fuerte predominio de las ansiedades persecutorias se puede observar también, aunque debido a otros motivos y con diferentes matices, el rechazo primario a las interpretaciones, las cuales son repelidas sistemáticamente, desvirtuadas en su significado y/o alteradas en sus enunciados. Por ejemplo, una paciente «borderline», en algún momento de su análisis, vivió las intervenciones del analista de forma tan amenazadora que, llena de pánico, se tapaba las orejas con las manos y chillaba frenéticamente para acallar la voz del analista tan pronto éste empezaba a interpretar. Otros pacientes, aunque no exhiban respuestas tan espectaculares, pueden abrigar parecido recelo, el cual, básicamente, es provocado por el temor a reintroyectar contenidos propios, partes «malas» del self o de

los objetos internos que han sido depositados en el analista mediante la identificación proyectiva. A pesar de que se trata de una situación distinta de la que nos ocupamos en esta comunicación, en la que la identificación proyectiva está al servicio de las defensas narcisistas, frente a la identificación proyectiva con funciones evacuatorias de estos últimos pacientes, a menudo ambas formas de intolerancia se dan en el mismo paciente, lo que requiere una especial atención para evitar la rutina interpretativa, que debilita gravemente la función del analista. Una cuidadosa indagación de las fantasías inconscientes activas en la relación transferencial permite discernir las ansiedades y conflictos involucrados y un abordaje interpretativo más preciso.

Después de esta breve revisión panorámica de situaciones clínicas que presentan cierta similitud con la que tratamos de describir, expondremos algunos fragmentos de material clínico que consideramos ilustrativos.

## CASO CLÍNICO

Se trata de un hombre de mediana edad. Ha presentado algunos episodios psicóticos que no precisaron hospitalización y que se caracterizan, según explica él mismo, por gran ansiedad, ideas de tipo persecutorio y fuerte agresividad intrafamiliar. Comportamiento abiertamente homosexual.

La actitud general del paciente se ha caracterizado, desde el principio, por la protesta, la queja y el rechazo de lo que se le explicaba, acusando al analista de ser cruel con él, de maltratarle, de odiarle, y no hacerle caso alguno. En un principio, el chorro de palabras era impresionante, con gran cantidad de frases sin acabar o incompletas, y sin que pareciese que había un hilo conductor en su pensamiento. Esto se intercalaba con largos períodos de mutismo. A la vez que se quejaba de que las explicaciones no le servían para nada e incluso de que le hacían daño, también se lamentaba de que la sesión no durase todo el día, y más aún, de que el analista no le atendiese durante los fines de semana y las vacaciones. Las amenazas de suicidio fueron muy frecuentes hasta finales del segundo año de tratamiento. Ahora continúan presentándose, pero no tan a menudo. Muchas veces pide al analista que le pegue y que le azote hasta hacerle sangre, diciendo que quizá ésta será la única manera de que él acepte entender algo.

Progresivamente el analista se percató de que las únicas interpretaciones que parecían poder ser recogidas por el paciente, producir alguna modificación en su actitud y disminuir las amenazas de suicidio eran aquellas que se dirigían específicamente a mostrarle su necesidad de recibir una atención permanente, la gran ansiedad que despertaba en él todo lo que significase algún tipo de distanciamiento o límite entre él y el analista, y su exigencia de disponer de éste último como de algo

propio e inseparable de él. Se le señaló también, a la vez, como con este comportamiento sumamente invasor y posesivo sentía que él podía perturbar e impedir las funciones del analista, lo que le llevaba a la desesperación y al sentimiento de que se estaba suicidando. También se le explicó que, al pretender que el analista formaba parte de él mismo y que podía disponer siempre de él, consideraba como propia la capacidad de pensar y de entender de éste, pero que cuando escuchaba las informaciones que se le daban sobre él, el paciente sentía que el analista se separaba y se quedaba con esta capacidad de pensar y entender, y que él quedaba reducido para siempre a ser un niño sin ninguna otra posibilidad que la de quejarse, exigir y refunfuñar, es decir, que sentía que perdía los aspectos más capaces de sí mismo. Con este tipo de interpretaciones la ansiedad cedió un poco, lo suficiente para que la comunicación se hiciese más organizada y comprensible, a la vez que en algunos momentos el paciente empezó a expresar el sentimiento de poder ser ayudado. Su vida en el exterior se hizo también más organizada, con una mejor adaptación al medio en el que vive. Últimamente ha dejado el hogar de su madre, con la cual vivía, y ido a vivir a un piso que se ha preparado para él.

Los fragmentos que se presentan a continuación corresponden al principio del tercer año de análisis.

En una sesión en martes, el Sr. O. empieza diciendo que viene muy desanimado y sin ganas de hablar. Permanece un rato en silencio. Después dice que los martes, cuando ya ha tenido la sesión del lunes, se encuentra un poco mejor, porque antes de la sesión del lunes es terrible. Esta mañana ha podido tomar un poco de leche (el paciente había explicado que hasta hace pocos meses no podía beber leche, ya que la sola idea de hacerlo le llenaba de angustia). Ya sabe que esto de beber leche debe ser algo muy importante, pero no está muy seguro de poder hacerlo otra vez. «Es tan blanca la leche!» Desde ayer por la tarde, sigue diciendo, volvía a tener un hambre desenfrenada (el paciente tiene problemas de obesidad). Anoche comió, comió más y más sin poder remediarlo, siempre estaría comiendo. Después habla extensamente sobre la conveniencia de vivir solo, en el piso que en aquellos momentos se estaba arreglando y donde, de hecho, ya había empezado a vivir con muy pocas comodidades todavía. Expresa la necesidad de poder arreglarse por sí mismo y saber organizarse, a pesar de que, al mismo tiempo, tiene dudas sobre su capacidad para hacerlo.

Luego continúa diciendo: «Usted no me hace caso, sigue explicándome cosas como si yo pudiera entenderlas, sin darse cuenta de que no me sirven absolutamente para nada, de que todo es inútil, que por más que me diga, nunca me servirá... y yo siempre igual, sufriendo, sufriendo sin parar. Si se cree que yo puedo entender lo que me dice, entonces quiere decir que usted no se da cuenta en absoluto de lo que me pasa, que no me comprende en absoluto; si lo entendiese ya no se le ocurriría seguir explicándome cosas. Hoy he soñado que estaba con E. (su pareja homo-

sexual). No sé qué pasaba, pero creo que él me decía que tenía que marcharse con no sé quién, con unos amigos, y esta idea me hacía sufrir mucho.» Sigue diciendo que todo el mundo le deja, que siempre se queda solo, que E. se había aprovechado de él y que cuando le parecía, hacía su vida y no se preocupaba por él. El día antes había ido a ver a su madre y le había dado algún dinero para ayudarle a pagar las cosas de la casa. Ella tampoco le agradece nada. En realidad, está peor que él, dice. Ahora, él, prosigue, está muy enfadado y tiene dolor de cabeza, ni tan siquiera sabe el por qué ha venido hoy a la sesión.

Ante la gran profusión de material aportado, era difícil decidirse por una determinada línea interpretativa. En una primera aproximación al conjunto de asociaciones del paciente, el analista optó por limitarse a señalarle cómo se sentía asustado ante el hecho de que él, el psicoanalista, pudiese mostrarle lo que pasaba, que esto podía exigirle que pensase e intentase comprender cosas de él que le podrían ser dolorosas, y añadió que también debía temer que entonces se le podía dejar solo con el dolor que sentía dentro de su cabeza.

El paciente reaccionó ante estas palabras con gran vehemencia emocional. Dijo que el analista le estaba insultando, como otras veces, que sólo hablaba para insultarle, insultarle y volverle a insultar, y que cómo podía sentirse ayudado si el analista no hacía más que insultarle.

El analista le dijo que seguramente había sentido sus palabras como un insulto porque estas palabras le mostraban que era él, el analista, el que pensaba y explicaba, y que esto le producía la dolorosa sensación de que el analista se hacía diferente de él, y que tenía miedo de ser abandonado como había sido abandonado por E. Que cuando el analista hablaba, se daba cuenta de que el analista era otro, que tenía un pensamiento independiente, que le necesitaba, y además que con esta diferenciación entre los dos tenía miedo de que el analista no pudiera captar sus sentimientos.

Al escuchar esta interpretación, el paciente permaneció en silencio unos minutos. Después preguntó al analista si estaba enfadado. Luego comenzó a referirse a una hermana con conducta psicopática, de quien dijo que le inspiraba lástima y que hacía todo lo posible por ayudarla. La hermana había ido a verle el día antes. Él le dijo que tenía que hacer algo por la madre (a la cual el paciente presenta como muy deteriorada psíquicamente). También le insistió para que se ocupara más de un hijo que tiene. La hermana no quiso entender nada. Se enfadaron y discutieron, de manera que se separaron muy enfadados. Dijo que la llamaría por teléfono, para insistir en que ella también ha de tratarse, con un analista, y aprender a cuidar más de su hijo.

En este fragmento de sesión podemos ver cómo después del fin de semana dominado por la ansiedad de separación, el paciente puede tranquilizarse momentáneamente al volver a encontrar al analista. A pesar de todo, este reencuentro despierta en él la voracidad insaciable que le lleva a la incorporación oral del objeto. Esta

voracidad, vinculada al odio y a las pulsiones destructivas, es la que había convertido al objeto en peligroso y dañino, la leche que no era capaz de beber. A través de la relación con el analista, el objeto pierde parte de su maldad y puede empezar a recibir alguna cosa de él. Pero la misma bondad del objeto despierta de nuevo, a cada intento de reconocimiento, fuertes sentimientos de odio y de envidia que lo estropean. La propia belleza del objeto se hace entonces insoportable, «¡la leche es tan blanca!» El paciente intenta mantener la confusión con el objeto a fin de proteger su estructura narcisista, amenazada por el reconocimiento del objeto y de su dependencia respecto al mismo. De hecho, ya hay un esbozo de este reconocimiento en las manifestaciones del paciente de que ya puede beber leche, en su experiencia de encontrarse mejor después de la sesión del lunes y en sus asociaciones sobre la conveniencia de vivir por sí mismo, arreglar el piso, es decir, estructurar su mente de modo que pueda vivir con independencia, buscando su identidad, a pesar de que ello vaya acompañado de dudas y vacilaciones. Pero cuando el analista interpreta, el paciente reacciona vivamente, sintiéndose insultado y terriblemente amenazado y herido. Posiblemente el paciente no estaba, en aquellos momentos, preparado para asimilar la interpretación que se le dio. Hubiese sido preciso, antes que nada, mostrarle sus fantasías de confusión con el objeto, y su gran ansiedad ante el hecho de que las palabras le hacían verle como alguien distinto de él. La amenaza que sintió el paciente se basaba en que vivió las palabras del analista como la confirmación de un peligro para su organización narcisista, según la cual él era el objeto. La interpretación le enfrentó con la realidad de que el objeto existía y tenía una función que él necesitaba. Esta es la herida narcisista que dio lugar a la ansiedad de diferenciación. El paciente expresaba esta situación rechazando la posibilidad de que el analista interpretase, a fin de evitar la vivencia de diferenciación, del mismo modo que atacaba su pensamiento negándose la capacidad de entender nada, a fin de no percatarse de esta distinción entre él y el objeto. La fusión narcisista con el objeto también se expresaba a través de la relación homosexual con E. Cuando el analista interpreta, la fantasía de indiferenciación se rompe y siente que el objeto se separa y le abandona como su amigo E.

Por otra parte, proyecta en el analista sus aspectos parasitarios y ávidos y por esto teme quedar desposeído de la parte más adulta de su self, de su capacidad de pensar, que permanecería depositada en el analista. Por este motivo se quejaba de su falta de aptitud para poderse entender a sí mismo.

También se pudo asistir, en el curso de la sesión y a consecuencia de la progresiva elaboración de la transferencia, a una disminución del estado de confusión con el objeto. Al restablecerse el vínculo terapéutico, se puede observar un incremento de los mecanismos introyectivos, pudiéndose identificar con las funciones del analista aptas para cuidar de él, lo que expresó mostrando su preocupación por su familia —representante de sus aspectos más infantiles y perturbados— al mismo tiempo

que a través del conflicto con la hermana dramatizaba la lucha interna entre su parte negadora y hostil al insight y las partes más evolucionadas y maduras de su self, capaces de responsabilizarse y de cuidar de sus objetos internos y externos.

Cuando se le interpretó directamente esta situación, el paciente pudo recuperar algo de lo que había perdido, y en consecuencia pudo responder más positivamente, sin sentirse rechazado, y con un aumento de la tolerancia hacia el proceso de diferenciación.

Poco después de la sesión anteriormente comentada, el paciente empezó una sesión de lunes diciendo que había observado que cuando el analista fue a buscarle a la sala de espera, había hecho un movimiento con los brazos no habitual en él. Esto, dijo, le había llenado de terror, pensando en lo que podía estar pasando. El terror había sido tal, dijo, que todo lo que hasta aquel momento estaba ocupando su mente, rabia, quejas, protestas, ganas y propósitos de decir que el tratamiento no servía para nada, y otras cosas por el estilo, había desaparecido, hasta el punto de que en aquel momento sólo estaba aterrorizado pensando en lo que le podía estar pasando al analista y por qué había hecho un gesto inusual. Él, siguió, ya se había imaginado lo que respondería el analista ante sus quejas, protestas e imprecaciones, y tenía preparada la conveniente contrarréplica, pero ahora se sentía completamente vacío, con la mente en blanco, y solamente lleno de espanto y preguntándose qué era lo que pasaba.

El analista le explicó que tal vez a causa de su rabia y agresividad temía haber provocado alguna perturbación en el analista, y que este temor era tan intenso que ahora estaba realmente aterrorizado pensando que su agresividad estaba verdaderamente en el interior del analista y le hacía moverse de una manera no habitual.

El paciente siguió dando muestras de ansiedad, sin que pareciese que la interpretación le hubiese ayudado. Después de unos minutos de silencio, con muestras de gran intranquilidad, manifestó que tenía el sentimiento de que su cabeza estallaba en pedazos y de que el analista estaba muy lejos de él. Luego empezó a decir, como había hecho ya en anteriores ocasiones, que lo que había de hacer el analista era pegarle, pegarle con un látigo hasta hacerle sangre, y que ésta era la única forma de que él se encontrase bien y pudiese entender un poco, que el analista le pegase sin compasión, protestando porque no lo hacía así. Repitió diversas veces que si el analista no lo hacía era porque no le entendía, que no le entendía en absoluto.

El analista le indicó que cuando él había intentado explicarle el por qué de su terror por los supuestos movimientos inusuales, él, el paciente, había sentido estas palabras como una confirmación de lo que tanto le atemorizaba, que el analista podía pensar y actuar independientemente de lo que él anticipaba y preveía. Que esto significaba, para el paciente, que la confusión entre ambos estallaba en pedazos dentro de su cabeza, que el analista se diferenciaba de él, que ya no eran los dos una misma cosa, y que ante esto reclamaba que el analista entrase violentamente

dentro de él, que tomase posesión de él con el látigo, su pene, a fin de restablecer esta fantasía suya de que el uno y el otro eran una misma cosa. Que ésta era la forma en que él, el paciente, intentaba hacer frente a la ansiedad que le provocaba esta diferenciación, y que si el analista no lo hacía, él pensaba que era porque no le entendía.

Después de esta interpretación, pareció que el paciente se tranquilizaba. Reflexionó un poco y finalmente dijo que esto de pedir que el analista le pegase con un látigo era una locura y que no tenía sentido. Entonces dijo que las palabras del analista le hacían pensar, no sabía por qué, en un sueño que había tenido pocos días antes y que, sin saber tampoco por qué, no había tenido ganas de explicar. En el sueño él se hallaba en casa de su abuela materna, que estaba en una céntrica plaza. Después se hallaba en uno de los balcones de dicha casa, que da a la plaza. Estaba contemplando un bonito desfile o una procesión. Pensaba que disfrutaba de un lugar privilegiado desde donde lo podía ver todo. Entonces venía alguien y le decía que tenía que ir a su casa y ponerse a estudiar. Él no quería y empezaban a discutir. De repente el balcón se venía abajo y él se caía a la calle, momento en que despertó lleno de angustia. Asoció que le parecía que era el analista quien le decía de ir a casa a estudiar.

En este sueño podemos ver, también, que el paciente vivió las palabras del analista como la amenaza de ser expulsado del interior del objeto. La casa de la abuela es el interior del objeto, el balcón representa el pecho. La fantasía del paciente es la de estar dentro del pecho, en un lugar privilegiado donde puede disfrutar de muchas ventajas. Pero siente las palabras del analista como un ataque a esta fantasía, en el que se le dice que ha de volver a casa, es decir, a su mente, para comprender y recobrar su propia identidad, lo que provoca una intensa ansiedad de diferenciación que halla su escenificación dramática en el sueño, en el hecho de que el balcón se derrumba y él se cae al suelo, invadido por la angustia.

También es interesante prestar cierta atención al momento en que el paciente se decide a explicar el sueño que había retenido en secreto durante algunos días. Probablemente la dificultad para llevar el sueño a la sesión residía en el hecho de que, más que ser usado para ganar comprensión, estaba siendo actuado en la transferencia, en la fantasía narcisista de pérdida de límites con el objeto. Sólo cuando las interpretaciones debilitaron esta fantasía, pudo el paciente distanciarse y rescatar sus funciones simbólicas, verbalizar el sueño, que pasó de ser actuado a adquirir un valor de comunicación significativa.

En las dos sesiones citadas, la interpretación transferencial detallada de las defensas y ansiedades ha permitido que hubiese un cierto movimiento en el curso de la sesión, en el sentido de que el paciente se ha aproximado a las ansiedades depresivas. Aunque se trata de momentos poco elaborados, no durables, es a través de la interpretación sistemática y exhaustiva de estas situaciones cuando es posible con-

ducir paulatinamente al paciente a conseguir una mayor integración de su estado mental.

## RESÚMENES

*Los autores, mediante la exposición de fragmentos de material clínico, se centran en las dificultades originadas por una peculiar intolerancia a las interpretaciones, debido a las ansiedades de diferenciación que movilizan, y que es independiente del contenido de las mismas, de su expresión formal y del «timing». También se plantean problemas técnicos del abordaje de estas situaciones y su delimitación frente a otros estados parecidos, aunque con ansiedades subyacentes de otra índole.*

*Els autors, mitjançant l'exposició de fragments de material clínic, se centren en les dificultats originades per una peculiar intolerència a les interpretacions, degut a les ansietats de diferenciació que mobilitzen, i que és independent de llur contingut, de llur expressió formal i del «timing». També es plantegen problemes tècnics de l'abordatge d'aquestes situacions i llur delimitació, enfront d'altres estats semblants, si bé amb ansietats subjacents d'una altra índole.*

*Os autores, a partir de exposição de fragmentos e material clínico, centram-se nas dificuldades originadas por uma particular intolerância às interpretações, devido às ansiedades de diferenciação que mobilizam e que é independente de conteúdo das mesmas, da sua expressão formal e do «timing». Também colocam problemas técnicos de abordagem destas situações e a sua delimitação face a outros estados parecidos embora sejam de outra índole as ansiedades subjacentes.*

*The authors present fragments of clinical material in focusing on problems related to a peculiar intolerance to interpretations irrespective of their content, formal expression and «timing», but which are provoked, rather, by anxieties concerning differentiation. The technical difficulties in approaching such situations are discussed and also the problems of delimiting those which appear similar despite having different underlying anxieties.*