

Anàlisi «interminable», distorsió del jo i personalitat «borderline»*

Revista Catalana de Psicoanàlisi. Vol. IV/No. 2. 1987. Pàg. 141

Joan Coderch (Barcelona)
Víctor Hernández (Barcelona)

A *Anàlisi terminable i interminable*, Freud es refereix explícitament a les «alteracions del Jo» com a canvis provocats en el Jo pels processos defensius. Així diu: «L'efecte produït en el Jo per les defenses pot ser descrit adequadament com una 'alteració del Jo', si amb aquesta expressió fem referència a una desviació de la ficció d'un Jo normal que garantiria una lleialtat infrangible al treball de l'anàlisi.» Tanmateix, ja s'havia ocupat d'aquest problema en el seu segon treball sobre les neuropsicosis de defensa (1896). Posteriorment tornà a ocupar-se'n, el 1940 (*Esquema de la psicoanàlisi i L'escissió del jo en el procés defensiu*).

Però a *Anàlisi terminable i interminable*, Freud no solament relaciona les dificultats que s'oposen a l'èxit de la cura analítica amb les alteracions del Jo, congènites o bé adquirides en la seva lluita contra l'Allò i en la seva necessitat d'adaptar-se a la realitat exterior i a les exigències del Super-jo, sinó que també ens adverteix una cosa molt important a propòsit del Jo, i és que: «De fet, tota persona normal ho és solament en relació amb un terme mitjà. El seu Jo s'aproxima al psicòtic en algun punt i en major o menor grau. El grau d'allunyament d'un extrem de la sèrie i de proximitat a l'altre ens proporcionarà una mesura provisional del que hem denominat, d'una forma bastant indefinida, alteració del Jo.» D'altra banda, Freud també remarca en el mateix treball que aquests mecanismes de defensa que donen lloc a limitacions i a debilitats en el Jo, es fixen a l'interior d'aquest i es transformen en pautes caracterològiques que es repeteixen durant tota la vida enfront de qualsevol situació que s'assembli a l'originària, encara que la seva oportunitat ja hagi passat. La mateixa idea a propòsit de la inexistència d'un Jo completament normal, i que la diferència entre neurosis i psicosis no és completa i definitiva, sinó que es produeixen nombroses deforma-

* Comunicació presentada a la «VII Reunión de las Sociedades Ibéricas de Psicoanálisis», Lisboa, noviembre de 1986.

cions i distorsions del Jo que ocupen un lloc intermedi entre les unes i les altres, la trobem el 1924 quan Freud escriu: «La tesi segons la qual les neurosis i les psicosis tenen llur origen en els conflictes del Jo amb les seves diverses agències rectores —és a dir, per tant, que reflecteixen una fallada en el funcionament del Jo, que té dificultats per a reconciliar totes les variades demandes que li són fetes— ha de complementar-se amb un altre punt suplementari. Voldriem saber en quines circumstàncies i per quins mitjans el Jo pot superar amb èxit aquests conflictes, que sempre són presents, sense posar-se malalt. Aquest és un nou terreny d'investigació en el qual, sens dubte, els factors més variats s'oferiran al nostre examen. Tanmateix, d'entrada ja en podem remarcar dos. En primer lloc, el resultat de totes aquestes situacions dependrà indubtablement de consideracions econòmiques: de les magnituds relatives de les tendències que lluiten entre elles. En segon lloc, el Jo podrà evitar la ruptura en qualsevol direcció deformant-se, sotmetent-se a intrusions en la seva pròpia unitat i fins i tot, potser, efectuant un clivellament o divisió en ell mateix.

D'aquestes breus referències a les idees freudianes sobre les alteracions del Jo i sobre la funció que tenen com a obstacles per a la terminació adequada de la cura analítica, creiem que hom pot deduir-ne una conclusió: que quan a *Anàlisi terminable i interminable* Freud ens parla de les alteracions joiques com d'un dels tres factors desfavorables per a les possibilitats de la teràpia analítica, no s'està referint a les alteracions o distorsions pròpies de les psicosis, de les quals no s'ocupa en aquell treball, sinó a un altre tipus d'alteracions, més subtils, menys aparents clínicament, però que, tanmateix, limiten greument la capacitat del Jo per a col·laborar eficaçment amb l'analista i perquè, fortificat per l'«insight» adquirit, pugui revisar els antics conflictes i repressions i donar-los una tramitació correcta i adequada a les necessitats i situacions actuals. Es tracta, evidentment, d'alteracions que no comporten la presència d'una psicosi clínicament manifesta.

És ben sabut que gairebé tots els psicoanalistes estan d'acord en el fet que els pacients que actualment acudeixen a l'anàlisi per a ser tractats a causa d'una neurosi clàssica són escassos. La major part de pacients presenten quadres clínics vagues i polimorfs, amb un alt nivell d'ansietat flotant i amb una simptomatologia bigarrada que no aconsegueix neutralitzar-la. L'opinió generalitzada entre els diversos autors que s'han ocupat del tema és que aquests pacients presenten defectes greus en l'estructura del Jo (Gitelson, M., 1958; Rosenfeld, H., 1958; Nacht, S., 1958; Frosch, J., 1970; Khan, M., 1964; Schmideberg, M., 1959; Zetzel, E., 1971; Paz, C., 1976; Kernberg, O., 1967; Green, A., 1977; Grinberg, L., 1977; etc.). Ara bé, també la majoria dels autors qualifiquen com a personalitats «borderline» els pacients amb aquests defectes greus del Jo, que s'expressen no solament a través d'aquella simptomatologia difusa i complexa a la qual acabem de fer referència, sinó també i predominantment en el peculiar estil transferencial que estableixen (del qual parlarem més endavant) i que tradueix el greu dèficit estructural de llurs relacions objectals internes.

Ara ens ocuparem breument d'aquestes poc definides característiques estructurals de la patologia del Jo que a la literatura psicoanalítica han estat agrupades sota el comú denominador de personalitats «borderline» o síndrome «borderline».

Per a M. Gitelson, les nombroses denominacions de les distorsions del Jo que es troben a la literatura psicoanalítica, com modificació, restricció, empobriment, alteració, immaduresa, etc., s'inclouen en la denominació d'estats «borderline». Suggereix que les distorsions del Jo són fenòmens clínics altament organitzats, l'etiologia dels quals no és assignable exclusivament a cap de les instàncies psíquiques. Cada cas representa, segons aquest autor, un estil peculiar d'adaptació al qual ha estat empès per pressions internes o externes que han deixat llur empremta en el desenvolupament global de la personalitat. Per tant, no creu que es tracti d'una patologia específica del Jo, sinó que pensa que el problema ha de ser concebut com un trastorn total de la personalitat a conseqüència de les modificacions adaptatives del Jo. És a dir, que, des d'aquesta perspectiva, en aquests casos no es tracta de l'existència d'un defecte en el sentit d'una debilitat del Jo, sinó del resultat d'un esforç adaptatiu, sota la pressió d'un «stress», que ha assegurat la supervivència a través de la modificació de diverses funcions joiques. D'aquesta manera s'ha arribat a l'especialització de determinats interessos, defenses i actituds que, en constituir-se en un sistema rígid, eviten les possibilitats de desintegració. Així doncs, no és qüestió d'un Jo dèbil, sinó d'un Jo fort però que utilitza recursos propis d'una fase detinguda del desenvolupament, que permet que el subjecte s'acomodi a circumstàncies excepcionalment difícils sense arribar a la ruptura. Gitelson proposa denominar aquests quadres, desordres narcisistes de la personalitat, en els quals s'interrelacionen trastorns del Jo, de l'Allò, del Super-jo i de l'ideal del Jo.

W.H. Gillespie (1958) assenyala que des del moment que parlem de distorsions del Jo, estem postulant un Jo suposadament normal amb el qual podrem comparar el que considerem deformat. Aquí intervé la contratransferència, de tal manera que l'autoanàlisi pot mostrar que, com a psicoanalistes, denominem patològic aquell Jo que sentim extraordinàriament diferent del nostre. Però també pot presentar-se el cas contrari, és a dir, que les defenses joiques del pacient s'assemblin a les de l'analista en una fase determinada del seu desenvolupament; posteriorment, en ser repudiades aquestes defenses i substituïdes per d'altres formes millors de funcionament, aquesta part del propi self quedà reprimida, i més endavant, quan les mateixes pautes defensives es presenten en el comportament i a la transferència, l'analista les experimenta com a sorprenentment estranyes i anormals, precisament perquè antigament li havien estat familiars i després foren allunyades de la consciència. Aquest autor considera molt important, en l'etiologia de les distorsions del Jo, l'ús excessiu de la identificació projectiva, en el sentit descrit per M. Klein, que impedeix la formació d'un Jo unificat i estable. La identificació introjectiva també pot actuar com un factor patògen, quan els pares tenen una personalitat perversa, fortament coactiva o escassament integrada.

M. Katan (1959) estableix una distinció entre la distorsió del Jo i la síndrome «borderline», encara que reconeix que existeixen punts de contacte i similituds. Segons ell, la distorsió del Jo és una reacció a un conflicte determinat en una fase del desenvolupament, anterior a la formació del Super-jo. Aquesta reacció roman fixada, sense cedir el seu lloc a una forma més adequada de resposta durant el creixement ulterior del Jo. El fet que algunes influències traumàtiques impedeixin el correcte desenvolupament del Jo no pot ser considerat en principi

com una defensa, encara que secundàriament el Jo pot incorporar aquesta distorsió en el seu sistema defensiu. Pel que fa a les personalitats «borderline», Katan considera que hi ha en elles una tendència a la desintegració psicòtica que és refrenada per la tendència dirigida a mantenir el contacte amb la realitat. Aquesta tendència cap a la desintegració marca la diferència entre la distorsió del Jo en sentit estricte i el Jo de les personalitats «borderline». La distorsió del Jo és semblant a una cicatriu. El desenvolupament maduratiu ha estat detingut a causa seva. El Jo, a la síndrome «borderline», ha impedit el lliscament cap a la desintegració psicòtica. Tanmateix, existeix la possibilitat que la distorsió del Jo sigui utilitzada com una defensa joica en una personalitat «borderline».

S. Nacht pensa que les distorsions del Jo són degudes a situacions extremes realment traumàtiques i que han superat les possibilitats de defensa del Jo. En aquest sentit, distingeix entre els habituals trastorns del funcionament del Jo, propis de les neurosis, i les distorsions observables en els casos en què el pacient, generalment a causa d'haver tingut uns pares summament inadequats, sofrí durant la infantesa experiències fortament traumatitzants. En aquests casos, sota la pressió d'una realitat intolerable, el Jo només pogué evitar la desintegració acceptant de ser inundat i saturat per allò que el submergia i l'aixafava, i aquesta és la causa de la seva distorsió. A conseqüència de tot això, les funcions essencials del Jo —el control i l'equilibrada coordinació dels estímuls externs i interns— estan seriosament deteriorades. Per això Nacht pensa que les clàssiques pertorbacions del Jo pròpies de les neurosis poden ser comparades amb els trastorns funcionals dels sistemes orgànics, mentre que les veritables distorsions del Jo corresponen a les alteracions lesionals. Per la nostra banda, estem d'acord amb aquest concepte de la distorsió com una veritable lesió de l'estructura del Jo, del seu teixit constitutiu. Lesió que impedeix, com en qualsevol teixit de l'organisme, el desplegament correcte de les seves funcions. D'aquest concepte de la distorsió del Jo, Nacht n'extreu el seu enfocament tècnic. Creu que el neuròtic reacciona «com si» els seus pares haguessin estat uns mals pares i «com si» l'analista actués com un substitut d'aquests mals pares. De tot això pot arribar a ser-ne conscient a través de les interpretacions escaients. Però en el pacient que ha sofert autènticament experiències traumàtiques reals en la relació amb els pares, les interpretacions no tindran efecte, atès que no viu l'analista «com si» fos un mal objecte, sinó que per a ell és realment un mal objecte, una renovació de l'antiga experiència. Per tant, segons Nacht, l'analista no ha de limitar-se a fer la funció d'un bon objecte, sinó que ha de ser capaç de ser realment un bon objecte, abandonant l'actitud d'estricta neutralitat i frustració. Més endavant exposarem la nostra opinió sobre aquest punt.

H. Rosenfeld declara que en el cas dels pacients en què es parla de distorsió del Jo, prefereix utilitzar la denominació d'«estats borderline» o «psicosis borderline». De tota manera, pensa que el terme de trastorns narcisistes del caràcter és més adequat que el de distorsió del Jo. Tanmateix, en alguns casos prefereix referir-se a aquest tipus de pacients amb el terme de psicosis «borderline» o psicosis de tipus esquizoide. Amb aquest darrer terme designa pacients que tenen una marcada pobresa emocional i que usen mecanismes de defensa esquizoïdes, com la dissociació, la negació i la identificació projectiva, d'una manera molt intensa. Els estats psicòtics «borderline» són el resultat de la lluita defensiva contra

les ansietats esquizoparanoïdes i expressen un intent frustrat de superar les ansietats psicòtiques infantils. Pel que fa a l'enfocament terapèutic, aquest autor considera que a la cura analítica aquests pacients desenvolupen una intensa relació transferencial, encara que diferent indubtablement de la pròpia dels neuròtics, ja que el sistema psicòtic de defensa s'hi infiltra completament. Cal aconseguir una elaboració de les ansietats precoces del pacient «borderline» a la situació transferencial, a fi de comprendre suficientment les relacions objectals que habiten el món intern del pacient.

També M. Little (1960, 1966) vincula els estats «borderline» a la patologia del Jo, i afirma que en aquests, el desenvolupament del Jo es fragmentari, irregular i inestable. Segons aquesta autora, els nuclis joics són presents i funcionen, però el Jo no funciona com una totalitat.

Creiem que tot el que hem exposat fins ara justifica la nostra opinió que aquells pacients portadors de les alteracions del Jo a les quals Freud es refereix com a un dels factors que impedeixen el desenvolupament satisfactori i la culminació de l'anàlisi, constitueixen en l'actualitat, cinquanta anys després d'*Anàlisi terminable i interminable*, el grup de les personalitats o estats «borderline». A continuació intentarem perfilar una mica més el nostre concepte de personalitat «borderline». Atès que es tracta d'un tema àmpliament conegut i sobre el qual s'ha parlat i escrit tant, seria fora de lloc que pretenguéssim donar una descripció exhaustiva de la síndrome «borderline». Ens interessa únicament centrar l'atenció sobre algunes de les característiques responsables del fet que l'anàlisi dels pacients amb una personalitat «borderline» resulti molt difícilment terminable.

Segons nosaltres, i segons molts autors, el pacient «borderline» no es defineix per la seva simptomatologia clínica, sinó pel seu estil de relació transferencial. De tota manera, és ben sabut que el «borderline», encara que pugui aparèixer enfront de l'observació externa com un subjecte acceptablement adaptat a les circumstàncies generals de la vida, fins i tot amb rendiments notables en les seves tasques professionals, sol presentar una gamma molt àmplia i diversa de símptomes: histèrics, fòbics, obsessius, hipocondríacs, etc., així com depressió, addicció i perversions sexuals. Des del punt de vista del comportament, es tracta d'individus adaptats a les pautes socials externes i rutinàries, però que en situacions imprevistes i poc configurades experimenten fortes ansietats. Produeixen en els altres una impressió d'allunyament i d'estranyesa, de distància i fredor, amb una conducta restringida i mancada de flexibilitat. Les experiències sexuals els resulten sovint summament angoixants. En llur vida sexual, pobrament integrada, la masturbació té gran importància i sol anar acompanyada de fantasies sàdico-masoquistes.

D'acord amb A. Modell (1963), M. Little (1966), A. Green (ibid.), O. Kernberg (1967, 1968), D.H. Winnicott (1969), C.A. Paz (ibid.), L. Grinberg (ibid.), V. Hernández (1984), etc., considerem que el terme «borderline» és un diagnòstic estructural i no simptomàtic. Es tracta d'una estructura estable, basada en les alteracions del Jo i en les relacions que aquest manté amb els seus objectes interns. La possibilitat de mantenir relacions d'objecte amb un grau suficient de diferenciació self-objecte, així com la de desenvolupar una intensa transferència en el procés analític, permeten que aquesta es constitueixi en element de diagnòstic i d'investigació. El diagnòstic de personalitat «borderline» s'estableix a la transferència,

no pels símptomes que, com ja hem dit, són bigarrats i multiformes. Així doncs, en aquest sentit el concepte de «borderline» és plenament psicoanalític. Molt esquemàticament podem dir que, des del punt de vista psicoanalític, el «borderline» és aquell pacient que, sense ser un psicòtic clínic, desenvolupa en el transcurs del tractament una transferència de tipus predominantment psicòtic. A la transferència del «borderline», hom percep una discriminació entre el self i l'objecte, però incompleta i borrosa, de manera que l'analista és experimentat com a poc perfilat i fortament revestit per les imatges arcaiques del pacient. Sovint es produeixen confusions entre el self i l'objecte, per la qual cosa pot dir-se que el «borderline» és psicòtic en la relació transferencial. Per a aquests pacients, l'analista no és com si fos una figura parental, de vegades idealitzada i d'altres vegades persecutòria, sinó que *ho* és realment, encara que al mateix temps —i aquí entra en joc l'escissió del Jo— coneix la realitat i és capaç de reconèixer els límits que existeixen entre ell i l'analista.

Segons el nostre parer, a les personalitats «borderline» no s'ha afermat una estructura joica bàsicament integrada, la qual cosa condueix a la supervivència d'estructures que realitzen una funció substitutiva i sovint alternativa, a fi d'omplir el buit creat per aquest dèficit estructural quan es presenten situacions ansiògenes que posen a prova la capacitat integradora del Jo. Creiem que aquest dèficit estructural és expressat en la idea de M. Little, segons la qual existeixen nuclis joics, però que el Jo no funciona com una totalitat, i que també es vincula al fals self descrit per D.H. Winnicott (*ibid.*). Aquestes estructures que exerceixen una funció vicariant constitueixen la part psicòtica del self. En parlar d'aquesta part psicòtica de la personalitat, no ho fem en el sentit d'un diagnòstic psiquiàtric, sinó que ens referim al significat donat per W.R. Bion (1957) a aquest terme, és a dir, a una modalitat del funcionament mental que es posa de manifest en el comportament i en el llenguatge, així com en la contratransferència que provoca en el curs de la cura analítica, i que coexisteix amb la part no psicòtica o neuròtica de la personalitat per a la correcta comprensió de la síndrome «borderline». Els trets més destacats d'aquesta part psicòtica de la personalitat són la intolerància a la frustració, l'ansietat de separació sentida terroríficament com l'amenaça d'una anihilació imminent, l'odi a la realitat externa i interna, l'atac al pensament i a la percepció, així com l'establiment d'unes relacions d'objecte precoces però fràgils i confuses. La identificació projectiva i l'escissió són molt utilitzades, amb el predomini consegüent de la dissociació sobre la repressió. El desenvolupament i predomini d'aquesta part psicòtica de la personalitat en el pacient «borderline» depenen, principalment, de dos factors. Un d'ells fa referència a la força constitucional de les pulsions agressives i a la intolerància enfront de la frustració, mentre que l'altre es vincula a les relacions mare-bebè que hagin predominat a les fases primeres de la vida. Si la mare manca de capacitat suficient per a rebre els sentiments d'ansietat i terror que el bebè li projecta, per a contenir-los, comprendre'ls i retornar-los-hi d'una forma que els faci tolerables (funció de «*rêverie*» de Bion), la fallada en l'organització del Jo és facilitada, ja que el bebè ha de recórrer constantment a la dissociació i a la identificació projectiva per a deslliurar-se dels seus sentiments penosos.

A més de relacionar-se amb la utilització massiva de la identificació projectiva, la malformació del Jo es vincula al fet que l'escassa i incompleta introjecció

es nodreix fonamentalment d'objectes parcials, escindits, com a conseqüència de la qual cosa el nucli del Jo és constituït per imatges molt deformatades i fragmentades, amb funcions inadequades per a l'establiment i manteniment d'un món intern harmoniós i integrat. Aquest Jo format així no posseeix l'aptitud per a sintetitzar ni els diferents aspectes dels objectes ni les actituds ambivalents dirigides a aquests.

D'altra banda, les experiències de separació i pèrdua dels objectes durant la primera infantesa són sempre presents en els orígens de l'organització «borderline» (L. Grinberg). Aquesta pèrdua pot ser real o bé viscuda pel bebè com el resultat de la incapacitat de la mare per a fer més tolerable l'ansietat que li projecta. Alhora, aquesta manca d'idoneïtat, més o menys important, de la mare, es combina i es reforça amb la intensitat de les pulsions destructives que incrementen proporcionalment l'ansietat de separació, convertint-la en un sentiment d'anihilació.

Aquestes experiències de separació, sentides com a terrorífiques, condueixen a una detenció en el desenvolupament del Jo, que queda fixat en una posició intermèdia entre la clara diferenciació self-objecte pròpia del neuròtic, i la psicòtica confusió self-objecte, sense que tampoc arribi a desplegar-se adequadament el sentiment de la pròpia identitat. Enfront de l'absència de l'objecte, el pacient «borderline», al nivell infantil de la seva ment, reacciona amb terror, ansietat intensa i sentiments de caure en un buit abismal. Però alhora, al costat d'aquesta resposta, o alternant-hi ràpidament, sol haver-hi sentiments depressius i defenses maníacques (omnipotència, menyspreu, negació), amb les quals el pacient intenta protegir-se d'aquestes vivències doloroses. Aquesta alternança ràpida en forma de regressió-progrèssió-regressió (Sp ↔ D de Bion; el tall de la navalla de Grinberg) evoca la hipòtesi, ja presentada per un de nosaltres (V. Hernández, 1984), segons la qual caldria situar el punt de fixació teòric de l'organització «borderline» de la personalitat en el llindar de la posició depressiva.

La identificació projectiva predomina en la relació dels pacients «borderline» amb llur analista, alhora que intenten impedir que aquest, amb les seves interpretacions, els retorni el que ells li han projectat. Els sentiments d'odi, de ràbia i enveja són predominants. L'analista és un objecte idealitzat, del qual ha de procedir tota l'omnipotència, el poder i la gratificació, però al mateix temps la més mínima frustració en les demandes que se li adrecen el converteix en un objecte absent i persecutori. La transferència, en conjunt, es desenvolupa amb gran intensitat i el pacient arriba a ser extraordinàriament dependent de l'analista i intenta controlar-lo per tots els mitjans. És característic el fet que alguns d'aquests pacients estan atents a les paraules de l'analista no per a entendre's ells mateixos, per a saber el que aquest els explica sobre ells mateixos, sinó més aviat per a espiar-lo, per a escrutar-lo i penetrar-hi a través de les seves paraules, utilitzant-les com un camí que condueix directament a l'interior del terapeuta.

En aquests pacients la identificació projectiva, a més de ser usada per a controlar l'analista, és posada, juntament amb la dissociació, al servei de la finalitat d'alliberar-se del dolor i de les ansietats persecutòries. Durant les interrupcions del tractament (cap de setmana, vacances, indisposicions, etc.) l'analista esdevé un objecte absent, malvat i perseguidor, del qual procedeixen tots els sofriments i privacions. Durant aquestes separacions el pacient sovint busca en el món ex-

tern un objecte substituït en el qual pugui evacuar tots els afectes intolerables que no pot projectar a l'analista. Aquesta necessitat pot ser tan intensa que sovint provoca episodis d'actuació en els quals el pacient sembla haver perdut el criteri de realitat i arriba a desplegar un comportament amb matisos psicòtics.

Novament es planteja aquí la qüestió, lligada al tema general que ens ocupa, de si és possible la terminació favorable de l'anàlisi, en el sentit de «guariment», amb aquest tipus de pacients. Al nostre parer, es tracta de casos «interminables», perquè l'anàlisi no pot modificar completament la deficient estructura del jo ni desenvolupar aquelles funcions que, a causa d'aquest defecte d'organització estructural, hagin quedat deturades en llur evolució. La nostra experiència va a favor de la idea que en el Jo d'aquests pacients existeix un defecte d'estratificació, en el sentit geològic del terme, de tal manera que, encara que el Jo tingui una aparença més o menys normal en superfície, s'assenta sobre estructures primitives, nuclears i dissociades, que tenen fosses o buits, manques d'integració, i que faciliten les desorganitzacions i els desplaçaments en els diversos nivells d'estratificació. A la infantesa d'aquests pacients hi hagué, per tant, una fallada —una falla en llenguatge geològic estricte— en la formació i estratificació adequades dels nivells d'organització del Jo. És freqüent presenciar durant l'anàlisi intenses reaccions transferencials de caire psicòtic que commouen la relació i el marc analític com si fossin sotrats sísmics.

Creiem que aquest pot ser el tipus de deformació estructural a què fa referència M. Balint quan parla de «the basic fault» (1968). Encara que correntment, a la literatura psicoanalítica en castellà hom ha traduït «fault» per «falta», el pensament de Balint adquireix un més gran significat si ho traduïm per «fallada» o «falla», i ell mateix usa a la seva obra la comparació geològica.

De la mateixa manera que els denominats trastorns del caràcter, també les reaccions «borderline» són degudes, des d'aquest punt de vista, a la fallada estructural. Tant en els uns com a les altres es barregen les manifestacions directament produïdes per la inexistència de determinades funcions, a conseqüència de la solució de continuïtat i de la deformació originades per la fallada, amb aquelles manifestacions que són l'expressió de les funcions substitutives que s'han format com a resposta a la manca de les primeres. Això fa que els trets patològics del caràcter originats així, siguin, dins d'uns certs límits, irreversibles. Les interpretacions només poden modificar parcialment aquestes respostes vicariants, a fi d'aconseguir una millor adaptació d'aquestes a les necessitats internes i externes del pacient, però no poden omplir totalment el buit primitiu.

La ineptitud dels pacients «borderline» per a integrar l'objecte en la seva totalitat, amb els seus aspectes «bons» i «dolents», la manca d'un adequat nucli organitzador del Jo i el predomini de la projecció sobre la introjecció —això darrer a causa en gran part de la intolerància al dolor i a la frustració— fa molt difícil que el contingut simbòlic de la interpretació verbal pugui ser incorporat per a donar lloc a una vivència renovadora. És per això que alguns autors opinen que les interpretacions verbals no són suficients i que, a aquests pacients, cal oferir-se com un bon objecte (S. Nacht) o que cal recórrer a modificacions (paràmetres) de la tècnica analítica clàssica (M. Little, 1958, 1966). O. Kernberg (1977) pensa que la terapèutica d'elecció per als pacients «borderline» és la psicoteràpia psicoanalítica, és a dir, aquell tractament que deriva de la introducció, a la tècni-

ca psicoanalítica, de paràmetres suficientment estables i persistents perquè aquesta deixi de ser la pròpia de la psicoanàlisi. M. Balint no considera que calguin les modificacions en el sentit de proporcionar experiències gratificadores i demostratives de la naturalesa de bon objecte de l'analista per a compensar les mancances que el pacient sofria a la infantesa. Però en canvi està d'acord amb la insuficiència de les interpretacions verbals per a produir canvis fonamentals a l'àrea de la fallada bàsica, i creu que per aquest motiu cal tolerar i respectar al màxim un tipus de relacions més primitives, ja que en aquesta àrea no existeix un conflicte que pugui explicar-se amb paraules, sinó alguna cosa errònia, mal estructurada i deformada a la ment del pacient i que cal redreçar per tal que el Jo sigui capaç d'arribar a utilitzar aquestes interpretacions. Per a assolir aquest objectiu, segons Balint, cal trobar la pauta de relació que permeti que el pacient regressi a la particular forma de relació objectal que ocasionà la fallada bàsica, o fins i tot a una fase anterior a aquesta situació. Solament a partir d'aquesta regressió el pacient serà capaç de tornar a començar, abandonant les formes de relació antigues i adoptant-ne d'altres que les substitueixin.

Segons el nostre parer, els dos instruments terapèutics principals de què disposa l'analista són la interpretació i el manteniment d'un marc analític alhora rigorós i respectuós. En els pacients amb una fallada estructural, cal saber en quin grau i proporció ha de ser utilitzat cadascun d'ells. Estem d'acord pel que fa a la necessitat d'utilitzar una tècnica adequada en els moments d'aproximació al nucli defectiu estructural. Però creiem que aquesta tècnica, tant pel que fa referència al contingut de les interpretacions com a l'estil de relació que calgui establir, passa sempre per les paraules, amb les quals s'intenta augmentar la percepció del pacient sobre el que està passant dins d'ell i sobre la vinculació que manté amb l'analista. L'establiment d'unes relacions objectals més primitives, que són les úniques que el pacient pot tolerar en un període precís de la cura i a un nivell determinat de la seva ment, ha de realitzar-se a través del contingut de la interpretació, adreçada a unes pulsions i fantasies diferents de les que corresponen al període edípic. Encara que aquest no és el moment adequat per a discutir àmpliament sobre l'essència de la interpretació transferencial, tanmateix volem remarcar, per sustentar la nostra tesi, que l'analista mostra com és —o dit amb altres paraules, quina classe d'objecte és— precisament a través del contingut de la interpretació. En canvi, si mostra la seva realitat d'una altra manera que no sigui amb les interpretacions necessàries a cada moment, quedarà confós amb l'objecte arcaic, amb la qual cosa el pacient no serà capaç de distingir entre la realitat i la fantasia (J. Strachey, 1969) i romandrà, per tant, empresonat en les seves relacions primerenques patològiques. D'altra banda, precisament a través de la interpretació és com l'analista pot restablir les relacions objectals en el nivell corresponent a la fallada de l'organització estructural. Per a una millor comprensió d'aquesta darrera afirmació, cal tenir en compte que en psicoanàlisi el que s'interpreta és la transferència, lloc d'interacció entre el passat i el present (J. Rallo i E. Torras, 1985). Així doncs, podem dir que en la interpretació es conjuguen el passat i el present, atès que el pacient reproduceix a la transferència, a través de l'ús de la identificació projectiva, no solament els conflictes, sinó també el tipus de relació objectal primitiva en la qual aquells conflictes es desenvoluparen. Així, l'experiència del passat i la del present es presenten juntes en la in-

interpretació de la transferència. Alhora, l'actitud de l'analista que escolta, que comprèn, que conté les ansietats i els sofriments del pacient i que, amb les seves paraules li ofereix aquesta comprensió i sol·licitud, és l'experiència més bona i més gratificadora que se li pot proporcionar. I aquesta és l'única que pot, en la mesura del possible, modificar la mala experiència, traumàtica o defectuosa, reviscuda a la transferència. Ara bé, si el pacient no incorporà d'una manera suficient, a les primeres etapes de la seva vida, les funcions integradores del vincle parental —és a dir, les funcions de paternitat i de maternitat— aquestes no podran ser integrades en el present de la interpretació per tal que arribin a ser del tot efectives. Ni les paraules ni les actituds no poden actualitzar allò que, per les causes que sigui, no constituí una vivència en el passat. Aquesta consideració, vinculada a l'experiència, és la que ens inclina a considerar que no existeix la possibilitat que la cura analítica pugui restaurar completament les fallades greus i extenses en l'estructura del Jo. Qualsevol analista amb experiència suficient guarda a la memòria el record d'algun cas en el qual el manteniment de la relació amb el pacient, encara que sigui solament a través d'una situació implícita o explícita de disponibilitat, és essencial perquè no es perdi ràpidament el resultat, a vegades fins i tot força brillant, de llargs i dificultosos anys de treball. No pot parlar-se aleshores pròpiament d'anàlisi «terminada», ja que l'objectiu darrer de l'anàlisi, l'elaboració final del dol a través de la introjecció sòlida i consistent de l'objecte perdut, sembla inassolible, i l'analitzat necessita mantenir la relació amb un objecte real (l'analista), sempre amb l'amenaça d'una descompensació psíquica suspesa sobre el seu cap com una espasa de Dàmocles. La nostra experiència psicoanalítica ens inclina a pensar que alguna cosa d'aquest tipus succeeix, en el millor dels casos, en els pacients autènticament «borderline» que han aconseguit millores notables en el transcurs d'un procés psicoanalític, que alguns no són capaços de suportar aquest procés, i que d'altres el fan realment «interminable» i impedeixen que l'analista arribi a veure mai el moment de donar per acabat el procés sense un clar risc per la salut mental del pacient i fins i tot per la pròpia, sobretot en el cas que estigui implicat simultàniament en el tractament psicoanalític de diversos malalts d'aquest tipus. Per tots aquests motius, i a causa a més de la dificultat de preveure a les entrevistes inicials el possible curs d'una anàlisi, ens plantejem seriosos dubtes sobre l'elecció inicial entre psicoanàlisi i psicoteràpia per als pacients «borderline».

Presentarem ara algunes mostres de material clínic, per tal d'aconseguir una major claredat en l'exposició de les característiques i dificultats que hom troba en els pacients «borderline», que obliguen a posar en dubte l'acabament complet de la cura analítica iniciada amb ells.

Cas 1er: La pacient és una dona jove, soltera, ben dotada intel·lectualment, que porta ja diversos anys de tractament.

Fins al moment de començar l'anàlisi, i també durant alguns anys després de l'inici d'aquest, les dificultats de relació amb els altres, tant a nivell social com laboral eren molt intenses. Presentava fortes inhibicions, fòbies, obsessions, irritabilitat i esclats de còlera, aquests darrers tant dins com fora de l'anàlisi.

Durant els primers anys d'anàlisi la seva comunicació consistia gairebé exclusivament en una sèrie de lamentacions sobre la seva insatisfacció a la feina, la seva

incapacitat per a relacionar-se amb els altres, els seus repetits fracassos en l'intent d'aconseguir unes relacions amoroses fermes i perdurables, etc. Durant aquest temps no deixà d'expressar la seva convicció d'arribar a ser una persona important i prestigiosa professionalment, com ella considerava que l'analista era, sense aturar-se en cap moment a pensar en el significat que aquesta afirmació podia tenir ni en les circumstàncies externes i reals que implicava. Senzillament, quan l'analista havia acabat de fer alguna interpretació, moltes vegades afirmava categòricament que ella també seria algun dia una persona respectable i prestigiosa com l'analista. I prosseguia, sense més explicacions, les seves queixes i protestes. Els dilluns es mostrava fortament irritada contra l'analista per la falta de sessions durant el cap de setmana. En el seu tracte amb els altres, creia fermament que provocava els sentiments d'ansietat, temor, inhibició, etc. que ella mateixa experimentava.

Durant els primers quatre anys aproximadament, la pacient no semblava ni escoltar ni entendre gairebé res del que se li deia. Quan l'analista acabava de parlar, ella continuava amb les seves queixes i protestes, sense mostrar cap reacció clara enfront del que se li havia dit. Aviat quedà clar que les explicacions una mica llargues o complicades eren del tot inútils. La tècnica adoptada fou la de parlar-li amb freqüència però de forma breu i senzilla, subratllant especialment el seu terror a la separació, que ella vivia com una amenaça de mort i de anihilació; la descàrrega i evacuació —en forma d'esclats de còlera— contra l'analista, que era sentit com a verinós i nociu; la ràbia, com a protecció contra el sofriment mental, o els esforços per no escoltar, a fi d'adonar-se de la separació entre ella i l'analista. En aquest sentit, per exemple, li fou assenyalat que la seva afirmació que ella seria una persona com l'analista, després de la intervenció oral d'aquest, era una manera de negar l'existència de la ment de l'analista com una entitat separada d'ella, cosa que seria experimentada com a summament dolorosa. És evident que aquesta afirmació posseïa altres significats, però semblà més convenient limitar-se, de moment, a aquest tipus d'interpretació més senzilla, que era la que la pacient estava en condicions d'entendre. Alhora, es féu èmfasi a mostrar-li els seus sentiments de ser atesa; i també, la seva convicció que la comunicació no s'interrompia malgrat les seves intemperàncies i la seva ràbia; i encara, la seva seguretat que l'analista podia tolerar tot el que ella sentia que hi havia en la seva ment de dolent i perillós, sense deteriorament ni pèrdua de la seva capacitat d'interessar-se per ella, etc. També li fou mostrat el seu sentiment de llibertat en la seva relació amb l'analista, en la qual sentia que podia expressar-se sense limitacions ni pressions de cap mena.

Progressivament, els esclats de còlera es feren menys freqüents. Posteriorment, ella mateixa inicià una crítica de les seves continuades afirmacions de voler ser una persona d'importància i prestigi com l'analista. Començà a escoltar amb una atenció més raonable el que se li deia i a respondre més d'acord amb el que se li explicava. A finals del sisè any de tractament, hom tenia la impressió que la pacient s'expressava a nivell de conflicte i que manifestava en la transferència una relació objectal una mica més evolucionada, amb aparició d'elements neuròtics.

Un dilluns, dins ja d'aquest període de temps, no es mostrà irritada ni queixosa, sinó més aviat tranquil·la i animada. Explicà un episodi relacionat amb un noi que a ella li agradava i amb el qual desitjava tenir més tracte. Aquell dissabte

li telefonà i, amb el pretext de preguntar-li alguna cosa del treball, mantingueren una llarga i agradable conversa i quedaren per sortir junts un altre dia. Passà el cap de setmana tranquil·la i contenta del seu atreviment. Malgrat el caràcter d'actuació d'aquest comportament, segons es podia deduir de diverses associacions, podem dir que es tractava d'una actuació comunicativa i renovadora, ja que s'hi revelava un intent d'establir les relacions objectals a un nivell més evolucionat. S'hi expressava la capacitat de reconeixement de l'objecte, així com també la possibilitat que durant la seva absència aquest deixés de ser un no-objecte malvat i persecutori, i romangués com un objecte bo i desitjable, amb el qual és possible mantenir una comunicació. En aquesta actuació, la pacient féu un intent per a resoldre la situació transferencial traslladant-la a l'àrea del comportament en el món extern, per tal de trobar-hi nous camins. A causa d'aquesta elaboració transferencial, pogué anar el dilluns a la sessió sense sentir l'analista com un objecte hostil i nociu, confós amb el seu propi odi.

Una altra manifestació del seu intent d'assolir unes relacions objectals d'un nivell més avançat consistí en el fet de dedicar-se a estudiar intensament, durant força mesos, tot de llibres i treballs propis de la seva professió, tasca a la qual consagrava tot el temps de què disposava i, fins i tot, part de les hores de dormir. Abans tenia aquesta qüestió completament abandonada. Ho feia, digué, per arribar a ser una persona important i de prestigi professional com l'analista. Sembla que, realment, millorà professionalment com a resultat d'aquesta dedicació a l'estudi. Si comparem aquest comportament amb la categòrica afirmació dels primers anys de tractament de voler ser una persona important i de prestigi com el seu analista, podem adonar-nos que es tracta, també, d'una actuació comunicativa i renovadora. S'hi diferencia l'objecte, ja que el fet d'haver d'esforçar-se a estudiar per a arribar a assemblar-s'hi, amb treball i sacrifici, mostra el reconeixement de la distància i la diferència entre el self i l'objecte. També hi ha una renúncia a l'omnipotència, ja que en el seu comportament hi ha implícita l'acceptació del fet que per a obtenir les qualitats de l'objecte no n'hi ha prou amb el desig, ni és possible aconseguir-les a través de la transmissió màgica o confonent-se amb aquell, sinó que cal esforçar-se durament per a atènyer-les. Podem dir que l'omnipotència i la confusió psicòtiques han cedit terreny a la lluita i a la rivalitat neuròtiques.

Aquest afany de renunciar a l'omnipotència, de superar la confusió i establir les relacions en un nivell més avançat que pugui conduir a l'estructuració d'una identitat pròpia, es fa palès en el somni que relatem a continuació. Podem dir que s'hi posa de manifest l'esforç realitzat per la part no psicòtica de la personalitat per a assolir altres pautes de relació objectal diferents de les que han dominat fins aquest moment en la transferència.

«Jo era a T (la tenda de comestibles on habitualment ella comprava). Sortia amb un bolígraf molt bonic robat, no sé per què, però sabia que era robat, i també venia un home amb mi, em sembla que m'acompanyava. La policia em perseguia... no sé si era pel bolígraf robat, que potser valia molt... sí, crec que era per això. Aleshores m'adonava que l'home que m'acompanyava era P (un professor que tingué en els seus estudis, amb qui ha conservat una petita amistat i que, alguna vegada, havia trobat que s'assemblava a l'analista). Aleshores em sembla que la policia deixava de perseguir-nos. Vam entrar en un bosc que feia molta

pujada. En arribar a una desviació del camí, com un encreuament, hi havia un rètol que deia «X» (l'activitat professional de la pacient que, per cert, és una activitat força creativa) que indicava una direcció. Vam seguir el sentit del rètol i vam arribar en una mena de recinte amb les parets molt altes, com les muralles d'un castell. A dins hi havia un grup de nois molt ocupats, em sembla que estaven treballant la terra».

La pacient afegí que, quan es va despertar, associà al somni el que representa per a ella la dedicació a «X» i el que significa el treball del seu analista. «X», digué, és més divertit, més creatiu i més universal. En realitat, continuà, mai no s'havia fixat ben bé en quin era el treball de l'analista, malgrat haver tingut l'oportunitat d'escoltar-lo tantes vegades. Li semblà que havia de ser molt dur i sacrificat. L'analista es veia obligat a aguantar totes les seves impertinències, les seves repeticions inacabables. També digué que preferia dedicar-se a coses més fàcils i agradables, com «X». Afegí que els nois del somni estaven molt enfeïnats fent coses; que treballar la terra és un exercici sa i natural, i que cal netejar els boscos i obrir camí. Respecte al bolígraf robat, expressà que els seus intents d'imitar o agafar les capacitats de l'analista o d'altres persones no li donaven bon resultat i que després venia la por.

Possiblement, ser dins de la tenda de comestibles, on hi ha tantes coses, és ser dins de l'objecte com a resultat de la identificació projectiva i la confusió. A l'interior de la tenda-objecte es pot disposar de tot el que es desitja. Tanmateix, ajudada per l'analista-professor, ella pot sortir a l'exterior i recobrar la seva pròpia individualitat, abandonant l'estat de confusió omnipotent, i adonar-se que les ansietats de persecució són la conseqüència dels seus intents de robatori. El bolígraf valuós representa la capacitat i la virilitat de l'analista, de la qual intenta apoderar-se. Ajudada i acompanyada per aquest, pot emprendre un camí —«X»— que l'ha de conduir al desenvolupament de la seva personalitat diferenciada, a l'adquisició de la seva autonomia i independència, encara que per a arribar a aquest objectiu hagi de recórrer un camí abrupte i costerut. Aquesta nova direcció la condueix al nucli fortificat —com un castell— del seu self, a fi de percebre i reconèixer els seus propis elements infantils. Els nois estan ocupats en un exercici saludable i vigoritzant, que la pacient sent que inclina a netejar i obrir camins nous. Una activitat que per a algú jove ha de ser més aviat estimulante i divertida. Veiem, doncs, que la pacient ha pogut alliberar-se del seu to anímic habitual, irriat i gemegós, i connectar amb el seu propi interior, on troba elements enèrgics, no deteriorats i que poden ser emprats en ocupacions útils i plaents.

A partir d'aquests fragments de material clínic, sembla raonable pensar que l'evolució en les relacions transferencials posa en relleu un canvi estructural en el sentit d'una modificació de les relacions objectals internes des de les pròpies d'una etapa summament primitiva i dissociada fins a d'altres pautes més avançades, amb una presència més gran de la introjecció, en detriment de la dissociació i de la identificació projectiva. Així i tot, és dubtós que aquesta modificació pugui ser completa i acabada fins al punt que la part psicòtica de la personalitat cedeixi el pas, amb tota la profunditat necessària, al funcionament de la part sana.

En aquest cas, per exemple, després de més de sis anys d'anàlisi, hi ha una millora expressada principalment en la disminució de les ansietats persecutòries i

catàstròfiques: «la policia ha deixat de perseguir-nos». Però hi ha pocs indicis d'una elaboració depressiva, cosa que fa pensar que queden encara molts anys d'anàlisi i que els resultats d'aquesta, tot i ser importants per a la salut mental de la pacient, que aconsegueix modular l'ansietat persecutòria i el sofriment psicòtic, seran limitats i allunyats de l'ideal d'una anàlisi «terminada».

Cas 2on. Les següents il·lustracions clíniques d'una pacient típicament «borderline» són útils per a explicar de quina manera l'ansietat de separació és viscuda com una amenaça de mort o de bogeria, i de quina manera aquesta ansietat augmenta els mecanismes de defensa projectius i, en conseqüència, la identificació projectiva amb un objecte atacat, mort o enfollit. Al seu torn, aquest predomini dels processos projectius dificulta la ja precària capacitat d'introjecció, i incrementa l'ansietat de separació, i així es clou un cercle viciós que té molt a veure amb les crisis confusionals i amb les psicotitzacions de la transferència en els pacients «borderline». Al nostre parer, aquest és un dels factors que determinen el caràcter interminable d'algunes anàlisis i explica el fet que molts pacients «borderline» requereixin, fins i tot després d'una anàlisi més o menys satisfactòria, el manteniment d'un contacte esporàdic amb l'analista.

La pacient arriba tard a una sessió d'un divendres, poques setmanes abans de les vacances d'estiu. Diu que no ha trobat lloc al pàrking habitual i que ha hagut d'anar a un altre, ple de columnes, on li ha semblat que passaria la resta de la seva vida donant voltes. Continua amb un silenci llarg que sembla que hagi de durar tota la sessió, i que és interromput per l'analista per indicar-li la necessitat d'aparcar-se ella mateixa el divendres. Aleshores explica que ha somniat que l'analista la volia enverinar tirant-li unes gotes en un tros de pastís. Ella se n'adonava i no se'l menjava. Després, un cop desperta, ha pensat que per què devia estar tan segura que era verí... també haurien pogut ser vitamines. Després d'una interpretació relacionada amb el temor que, durant l'espera del cap de setmana, sentida com un abandonament, l'aliment bo de l'analista es converteixi dins d'ella en verí, explota violentament: «Jo el necessito, a vostè, i vostè em deixa!... Per què?... No ploro per fer-li pena, sinó perquè no ho puc evitar. No puc aguantar fins al dilluns. I les vacances, què?... Vostè ho sap, que no puc aguantar, i per això em dona cinc sessions... Per què no em dona els dissabtes, també?» Acaba la sessió demanant planyívola que li doni sessió els dissabtes.

El darrer divendres abans de les vacances de Nadal, després de la sessió anterior, diu: «... em trobo malament. Aquest matí he tornat a caure. Ja m'ha passat tres o quatre vegades. Caic a terra desmaiada, sense sentits. Me n'adono quan és a punt de passar-me, però després ja no m'adono de res. Aquest matí em trobava malament, però hi havia molta feina i he baixat a la botiga. Allà he caigut. Em va passar ja una altra vegada fa cosa d'un any, però aleshores va ser per la impressió que em causà la mort d'una amiga. Estàvem parlant tres amigues i, de sobte, una d'elles digué que no es trobava bé i caigué a terra. Era una hemorràgia cerebral. Després la van operar i se salvà, però al cap de tres dies li repetí, i ja no va sortir de la nova operació. Jo no ho sabia i, uns dies més tard, em vaig trobar la tercera amiga, que m'explicà que l'altra s'havia mort. Aleshores em vaig trobar malament i vaig caure a terra...» Després, com si canviés de tema, explica que aquesta nit ha somniat que l'analista es moria i que a ella li feia grà-

cia, encara que ara ja no li'n fa tanta. L'analista li relaciona la primera caiguda en assabentar-se de la mort de la seva amiga amb la caiguda d'avui, després d'haver somniat que ell es moria. La pacient nega la relació dient que allò sí que l'afectà, però el somni no, i atribueix la causa a la regla: sempre es troba malament, quan té la regla. En explicar-li que el somni representa la situació de vacances, sentida com una separació definitiva i com la mort de l'analista, canvia de to i pregunta amb la veu trencada per les llàgrimes: «Són necessàries, les vacances?» A partir d'aquest moment, plora: «ja no puc més; deu ser cert que estic molt malalta...»

Ja en el quart any de tractament (les sessions citades abans són del primer) i també un divendres, la pacient comença la sessió dient que, com que té microbis del refredat, els passarà a l'analista i «així, com que vostè es refreda tan fàcilment, ara es refredarà». Després, displicentment, parla d'un somni i n'explica trossos inconnexos d'una manera que dona a entendre clarament que no l'explica tal com en realitat el recorda i que el fragmenta ometent-ne parts importants. Una de les poques coses clares és que la mare d'un amic seu (que es diu X, com l'analista) li diu que X és molt comprensiu. Ella mateixa s'adona que el relat del somni és molt inconnex, i reconeix que avui no té ganes de treballar i que li resulta molt difícil perquè vénen dos dies de festa. En realitat, el que no vol comunicar és una frase del somni que és la repetició d'un somni que tingué ja fa dies i que, com que no el va explicar, es continua repetint cada nit. L'analista li interpreta que, davant del cap de setmana, vol refredar el dolor per la separació i per això es refreda ella mateixa i també vol refredar l'analista amb els seus microbis —trossos de somni. No vol comprendre i tampoc no vol que l'analista compregui. Així, encara que X (l'amic i l'analista) sigui molt comprensiu, ella pot fer que no compregui res, encomanant-li el seu refredat. Aleshores, després de vacil·lacions i de dubtes i com si se sobreposés a una dificultat intensa, explica que allò que no volia dir del somni era que el seu amic X li preguntava com anava l'anàlisi i que ella li contestava: «Quan dic algun cosa i no l'acabo, em sembla que faig que se senti imbècil, i això em produeix una satisfacció immensa... Hum! Vejam qui és que porta el tractament...! i encara diu que és ell!»

RESUM

En aquest treball desenvolupem la idea que les personalitats «borderline» configuren aquell tipus de pacients als quals es referí Freud en «Anàlisi Terminable i Interminable», jutjant-los inassequibles a un total i reeixit acabament de l'anàlisi. Després d'una revisió de la literatura entorn de les distorsions del jo, passem a considerar les pertorbacions peculiars que es presenten en el jo dels pacients «borderline». «Pensem que l'origen principal de la deficient estructura del jo d'aquests pacients resideix en una insuficient identificació introjectiva, a causa de la qual no es formen adequadament les funcions bàsiques d'aquesta instància. Això dona lloc a una fallada estructural —en el sentit geològic del terme— i a la consegüent presència de fosses o buits que es cobreixen amb funcions substitutives, poc adients i defectuoses. Les manifestacions clíniques i transferencials depenen tant de la manca de les funcions apropiades com de l'existència de les funcions substitutives. Per aquesta

causa, els trets patològics del caràcter, així formats, són, dins de determinats límits, irreversibles. En la transferència, aquestes alteracions joiques es presenten, principalment, en forma d'una intensa i catastròfica ansietat de separació, així com amb un predomini de la identificació projectiva en la relació amb l'analista i de la confusió parcial amb aquest. Creiem que no és necessari ni convenient la introducció de paràmetres tècnics en el tractament d'aquests pacients, i que el manteniment d'un marc analític alhora respectuós i rigorós és essencial. Però també pensem que, malgrat això, la feble capacitat incorporativa d'aquests pacients fa molt difícil que les interpretacions puguin restaurar completament les fallades greus i extenses en l'estructura del jo. Finalment, assagem d'il·lustrar les nostres idees amb material corresponent a l'anàlisi de dos pacients «borderline».

RESUMEN

En este trabajo desarrollamos la idea que las personalidades «borderline» configuran aquel tipo de pacientes a los cuales se refirió Freud en «Análisis terminable e interminable», juzgándolos inasequibles a una finalización total y feliz del análisis. Tras una revisión de la literatura acerca de las distorsiones del yo, pasamos a considerar las perturbaciones que se presentan en el yo de los pacientes «borderline». Pensamos que el principal origen de la deficiente estructura del yo de estos pacientes reside en una insuficiente identificación introyectiva, a causa de la cual no se forman adecuadamente las funciones básicas de esta instancia. Esto da lugar a una falla estructural —en el sentido geológico del término— y a la consecutiva presencia de fosas o vacíos que quedan cubiertos por funciones substitutivas, poco aptas y defectuosas. Las manifestaciones clínicas y transferenciales dependen tanto de la falta de las funciones apropiadas como de la existencia de las funciones substitutivas. A causa de ello, los rasgos patológicos del carácter, así formados, son, dentro de ciertos límites, irreversibles. En la transferencia, estas alteraciones joicas se presentan, principalmente, en forma de una intensa y catastrófica ansiedad de separación, así como con un predominio de la identificación projectiva en la relación con el analista, y de la confusión parcial con éste. Creemos que no es necesario ni conveniente la introducción de parámetros técnicos en el tratamiento de estos pacientes, y que el mantenimiento de un marco analítico, a la vez riguroso y respetuoso, es esencial. Sin embargo, también pensamos que la débil capacidad incorporativa de estos pacientes hace muy difícil que las interpretaciones puedan restaurar por completo las malformaciones graves y extensas en la textura del yo. Finalmente, intentamos ilustrar nuestras ideas con material procedente del análisis de dos pacientes «borderline».

SUMMARY

In this work we develop the idea that borderline personalities conform those patients to whom Freud referred in «Terminable and Interminable Analysis» as being beyond a total and successful ending of the analysis. After revising the published work on the subject of distortions of the ego, we move on to consider the specific kind of disturbances that the ego of these borderline patients present. We believe that the main cause for this deficient structure of the ego lies in the insufficient introjective identification, due to which the basic functions of the ego do not form adequately. This gives place to a structural failure —in the geological sense of the word— and the subsequent presence of pits and voids that are covered up with substitutive functions which are inadequate and defective.

The clinical and transference manifestations depend on the lack of adequate functions as well as on the existence of substitutive ones. For this reason the psychological traits of character thus formed, are to a certain extent irreversible. In the transference, these alterations of the ego present themselves basically as an intense and catastrophic anxiety of separation and a predominance of the projective identification in the relationship with the analyst and the partial confusion in relation to the latter. We believe that it is neither necessary nor convenient to introduce technical parameters when treating these patients and that it is essential to keep the analytical setting respectful and strict. But we also believe that in spite of this, the weak incorporative capacity of these patients make it very difficult for the interpretations to totally restore the serious and extended failures that exist in the ego. Finally we attempt to illustrate our ideas with material from the analysis of two borderline patients.

BIBLIOGRAFIA

- Balint, M. (1968): *The Basic Fault*, Tavistock Publications, London.
- Bion, W.R. (1970): *Second Thoughts*, W. Heinemann, London.
- Freud, S. (1894): *The Neuro-Psychoses of Defence*, S.E.I.
- _____ (1896): *Further Remarks on the Neuro-Psychoses of Defence*, S.E.III.
- _____ (1924): *Neuroses and Psychoses*, S.E. XIX.
- _____ (1926): *Inhibitions, Symptoms and Anxiety*, S.E.XX.
- _____ (1937): *Analysis Terminable and Interminable*, S.E.XXIII.
- _____ (1940): *Splitting of the Ego in the Process of Defence*, S.E.XXIII.
- Frosch, J. (1970): *Psychoanalytic Considerations of the Psychotic Character*, J. Amer. Psychoanal. Assn., 18.
- Gitelson, M. (1958): *On Ego Distortion*, Int. J. Psycho-Anal., 39.
- Gillespie, W.H. (1958): *Neurotic Ego Distortion*, Int. J. Psycho-Anal., 39.
- Green, A. (1977): *The Borderline Concept*, en Hartocollis Ed. *Borderline personality Disorders*, International Universities Press., Inc., New York.
- Grinberg, L. (1977): *An Approach to Understanding of Borderline Disorders*, en Hartocollis, P. Ed., *Borderline Personality Disorders*, International Universities Press, Inc., New York.
- Hernández, V. (1984): *La personalitat «borderline» i el criteri de realitat*, Revista Catalana de Psicoanàlisi. Vol. I, No. 2.
- Katan, M. (1959): *Comments on Ego Distortion*, Int. J. Psycho-Anal., 40.
- Kernberg, O. (1967): *Borderline Personality Organization*, J. Amer. Psychoanal. Assn., 18.
- _____ (1968): *The Treatment of Patients with Borderline Personality Organization*, Int. J. Psycho-Anal., 40.
- _____ (1970): *A Psychoanalytical Classification of Character Pathology*, J. Amer. Psycho-Assn., 21.
- Khan, M.R. (1964): *Ego Distortion, Cumulative Trauma and the Role of Reconstruction*, Int. J. Psycho-Anal., 45.
- Little, M. (1966): *Transference in Borderline States*, Int. J. Psycho-Anal., 47.
- Modell, A. (1963): *Primitive Object Relationship and the Predisposition to Schizophrenia*, Int. J. Psycho-Anal., 44.
- Nacht, S. (1958): *Causes and Mechanisms of Ego Distortion*, Int. J. Psycho-Anal., 39.
- Paz, C. (1976): *Evolución Histórica de la Noción de Caso Fronterizo y Discusión y Evaluación Crítica de las Diferentes Conceptualizaciones del Caso Fronterizo*, en Estructuras y Estados Fronterizos en Niños, Adolescentes y Adultos, Ed. Nueva Visión, Buenos Aires.

- Rallo, J. y Torras de Beà, E. (1985): *Passat i Present en la Interpretació*. Rev. Catalana de Psicoanàlisi, Vol. II, No. 1.
- Rosenfeld, H. (1968): *Discussions on Ego Distortion*, Int. J. Psycho-Anal., 39.
- Schmideberg, M. (1959): *The Borderline Patient*, en Aireti, S. Ed. American Handbook of Psychiatry, Basic Books, New York.
- Winnicot, D. (1969): *The Use of an Object*, Int. J. Psycho-Anal., 50.
- Zetzel, E. (1971): *A Developmental Approach to the Borderline Patient*, Amer. J. Psych. 127.