

La relación paranoide: la vida desde el búnker¹.

Jorge L. Tizón García².

El trabajo toma como punto de partida la necesidad de desarrollo de una psicopatología psicoanalítica especial, correlacionable pero no subsidiaria de otras aproximaciones de la psico(pato)logía, tales como la psicopatología descriptiva, la psicopatología del desarrollo o la psico(pato)logía cognitiva.

Partiendo de la consideración de la organización relacional paranoide como uno de los modelos, organizaciones o pautas básicas de la relación psico(pato)lógica se describen sus características con especial énfasis en la interrelación y actualización de los modelos psicoanalíticos sobre la relación paranoide y la paranoia así como en la psicodinámica y la psicogénesis del mundo de los objetos internos. El trabajo se ilustra con viñetas y sesiones procedentes de dos tratamientos psicoanalíticos: un paciente en el que predominaba claramente esa estructura u organización, y cuya patología había cristalizado en un trastorno paranoide de personalidad, y otro en el cual tal pauta alternaba mucho más frecuentemente con momentos de desequilibrio borderline.

Palabras clave: Psicopatología - psicopatología psicoanalítica - relación paranoide - paranoia - relación esquizoide - posición esquizo-paranoide - ansiedades persecutorias - relación de objeto.

The paper's starting point is the need to develop a special psychoanalytical psychopathology, correlated but non subsidiary of other psycho(patho)logic approaches, such as descriptive psychopathology, developmental psychopathology or cognitive psychopathology.

Considering the paranoid relationship as one of the models, organizations or basic rules of the psychopathologic relationship, I attempt to describe their characteristics, with special emphasis on the interrelation and upgrade of the psychoanalytical models in the paranoid relationship and paranoia as well as in the psychodynamics and psychogenesis of the internal objects world. The paper is illustrated with clinical samples and sessions taken from two psychoanalytical treatments: a patient in which that structure or organization clearly prevails, and whose pathology had crystallized in a paranoid personality disorder, and another in which such a rule alternated much more frequently with moments of borderline imbalance.

Key words: Psychopathology - psychoanalytical psychopathology - paranoid relationship - paranoia - schizoid relationship - schizo-paranoid position - paranoid anxieties - object relationship.

Introducción.

La organización relacional paranoide o relación paranoide es una de las más fácilmente observables en la vida cotidiana y, en general, en la psicopatología. Pero la cuestión no es tan (relativamente) sencilla cuando hemos de diagnosticar los trastornos paranoides de la personalidad: es fácil diferenciar una relación paranoide

(y el psicoanálisis kleiniano ha proporcionado excelentes instrumentos teóricos para hacerlo: Klein 1946, 1952, 1957; Rosenfeld 1963, 1964), pero no es fácil diagnosticar estructuras paranoides de personalidad o, menos aún, captar los momentos de nuestra propia vida mental y relacional externa o interna dominados por tales ansiedades y defensas.

Como forma de entrar en el tema, definiré provisionalmente la **relación paranoide** desde un punto de vista psicoanalítico como aquélla dominada por la desconfianza extrema y el temor al daño que los demás pueden producir en nuestro *self*, relación que lleva a que predominen en nosotros las ansiedades persecutorias, tal como las describió M. Klein, y que reaccionemos ante ellas con las así llamadas defensas apsicóticas o, más exactamente, con las defensas propias de la *posición esquizo-paranoide* (Klein 1946, 1957; Coderch 1975). En definitiva, como luego repetiremos, la organización relacional paranoide es una de las organizaciones o estructuras para la relación en las cuales se manifiesta más directamente la psicopatología de la posición esquizo-paranoide.

En la práctica psiquiátrica y psicopatológica, esta estructura, pauta u organización relacional predomina en las personas con un trastorno paranoide de personalidad, con un trastorno delirante paranoide o delusión crónica paranoide (erotomaniaco, por celos, grandiosidad, persecución, somático...), en la hipocondría, en las demencias con rasgos paranoides, en los trastornos esquizofreniformes, en los trastornos esquizofrénicos paranoides, en las psicosis reactiva breve, en los trastornos psicóticos inducidos, en algunos trastornos adaptativos y por estrés postraumático... En el caso de los niños, es la organización dominante en algunas formas de trastorno post-autístico, trastorno generalizado del desarrollo y trastornos multisistémicos del desarrollo, en los trastornos por evitación infantiles, en el trastorno reactivo a la vinculación en la infancia...

Pero no hemos de olvidar que esa organización relacional es también importante, aunque dominada por otras pautas relacionales, en los adultos diagnosticados de trastornos esquizoafectivos, trastorno bipolar, trastorno por ansiedad, trastorno de personalidad por evitación, trastorno por uso de sustancias crónico y grave (alcohol, anfetaminas, cocaína), en muchas parasomnias, en los trastornos por estrés post-traumático, en muchos casos de cleptomanía, juego patológico, piromanía... En los niños, esta organización relacional se da de forma frecuente, aunque en general, resulte dominada por otras pautas relacionales, en los casos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad, en muchos trastornos de conducta, en los trastornos por ansiedad excesiva y por estrés postraumático, en los trastornos por anorexia nerviosa, encopresis funcional, parasomnias...

Dada la frecuencia psicopatológica y en la vida cotidiana de esta organización o estructura de la relación, es natural que el psicoanálisis, además de otras disciplinas científicas, se haya preocupado del tema. En el caso del psicoanálisis, casi desde los orígenes. Creo que los estudios de Sigmund Freud sobre este tema (por ejemplo, en el «caso Schreber» y en el «hombre de los lobos», 1911, 1918)

eran ya puntos de partida fundamentales. Y creo que hoy sigue siendo indispensable el auxilio de la perspectiva psicoanalítica para situar en el mundo interno y en la relación (interna y externa) las causas y vicisitudes de la *vivencia y la experiencia paranoides*: cómo son las relaciones del paranoide (y de la organización paranoide de la relación) con el cuerpo y el self corporal, su particular balance introyección/proyección, sus afectos, pulsiones y motivaciones fundamentales, la estructura del Yo y las defensas, las características del mundo interno y los objetos internos, su genética, la puesta en marcha de tal modelo relacional tanto en la relación interna como en la relación externa y tanto ahora, como en la infancia como en la transferencia...

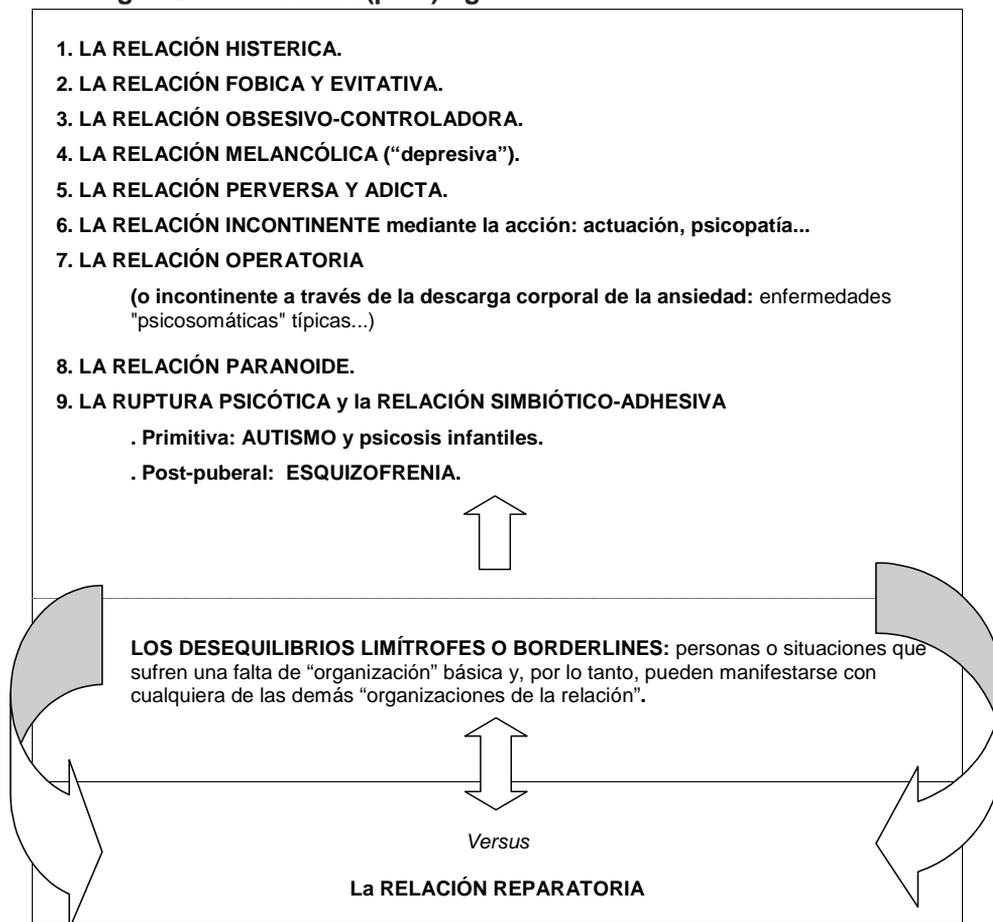
Todo ello me obliga a recordar, siquiera brevemente, el modelo de psicopatología psicoanalítica del que parto. En efecto: como he escrito recientemente (Tizón 1998-2001), la *psicopatología psicoanalítica general* (ansiedades, defensas, posiciones, fases, etc.) resulta hoy por hoy bastante común y aceptada por los diversos programas de investigación psicoanalíticos e incluso por otros programas de investigación de la psicología, la antropología, la sociología, etc. Sin embargo, no existe un acuerdo similar en cuanto a la *psicopatología psicoanalítica especial*. Ni siquiera existe entre los psicoanalistas un acuerdo con respecto a su necesidad: muchos parecen conformarse hoy por hoy con aplicar los conceptos de la psicopatología psicoanalítica general a los diversos cuadros y síndromes clínicos definidos por la psiquiatría al uso (cfr. una muestra de tal enfoque por ejemplo en Gabbard, 1994). Creo que parte de la discusión acerca del *proceso paranoide* (Meissner 1978; Ornston 1979; Richards 1982) y otras polémicas sobre el tema (Oldham y Bone 1994, Ferenczi 1911) se fundamenta en esta confusión entre la psicopatología psicoanalítica y la psicopatología descriptiva; también, en la derivación consecuente de utilizar conceptos de la psicopatología descriptiva como si fueran conceptos psicoanalíticos (tal es el caso de la *paranoia* o del *trastorno límite*). La situación ha llegado a ser tan extrema que, con cierta frecuencia, en la literatura psicoanalítica se confunde la paranoia, la delusión paranoide, la esquizofrenia paranoide, la relación paranoide y las ansiedades persecutorias (Meissner 1978; Ornston 1979; Richards 1982, o en Botella 1982 o Cooper 1993). Así, el «caso Schreber» puede enfocarse en diversos trabajos psicoanalíticos como un esquizofrénico paranoide, un delirante crónico alucinatorio, un parafrénico, un post-autista... (Ferenczi 1911; Niederland 1974; Prat 2000). Extremos de esa confusión en el tema de la «paranoia» creo que vienen manifestados por Bonime (1979) o Bloch (1989): éste llega a catalogar como núcleo común de la paranoia y la depresión... las *ansiedades persecutorias*, un viaje para el que, ciertamente, no se necesitan demasiadas alforjas. Pero un viaje posiblemente mal orientado por errores de conceptualización en psicopatología básica y errores adicionales basados en esa confusión entre psicopatología psicoanalítica y psicopatología descriptiva, confusión de la cual venimos hablando: así, a menudo, *ansiedades persecutorias y relación paranoide* se asimilan a «paranoia» o a «trastorno paranoide de personalidad».

Sin embargo, ese enfoque seguidista con respecto a la psicopatología descriptiva no es el único posible. Otros enfoques psicoanalíticos del tema aceptan

con mayores o menores modificaciones las grandes dicotomías psicopatológicas definidas por Freud (neurosis de transferencia y neurosis narcisistas), añadiendo a esa psicopatología el grupo de «personalidades fronterizas» o «borderline». Aunque, a menudo, esta última categoría, no resulta claro si se postula como una organización de la personalidad similar al trastorno borderline de personalidad del DSM-IV —1994— o bien como una forma de *funcionamiento fronterizo*: Kernberg 1975, Tizón 1998).

Un tercer enfoque partiría de la realidad de que los diversos cuadros psicopatológicos, tal como hoy son definidos por cualquier psicopatología, se muestran y estudian en la relación, en la interacción. Sería una perspectiva en la que poseerían puntos de contacto la psicopatología cognitivo-conductual tipo Millon (1994, 1999, 1999) y la psicopatología psicoanalítica (del tipo, por ejemplo, de la de Liberman 1976, Steiner 1987; Cooper 1993...). Arnold Cooper llega a decir que la mezcla de características paranoides, narcisistas, masoquistas y obsesivas es una presentación común de pacientes en tratamiento psicoanalítico y que, incluso en los pacientes paranoides, la paranoia no es una isla patológica en un mar de funcionamiento sano. Steiner (1987) hace años había propuesto un modelo para la interrelación entre las «organizaciones patológicas» y las *posiciones* esquizoparanoideas y depresiva. Se trata de una perspectiva sumamente sugerente, pero que hoy por hoy adolece de faltas de concreción teórica: no queda claro en los trabajos de Steiner qué son las «organizaciones patológicas» desde el punto de vista teórico, así como de su número, tipos, componentes, etc. Mi perspectiva de la psicopatología psicoanalítica ya hace decenios que camina por una vía que posee puntos de contacto con éstas últimas posturas (Tizón 1982; Tizón 1997-2002). En ese sentido, creo que hoy tenemos suficientemente conocimiento acumulado desde el vértice psicoanalítico como para poder hablar al menos de los nueve *patrones, estructuras u organizaciones de la relación* que viene especificados en la tabla 1.³

Tabla 1.
Organizaciones Psico(pat)ológicas fundamentales de la relación.



2. Presentación de los casos que ilustran el trabajo.

Voy a utilizar para ilustrar este trabajo material del análisis de dos pacientes en los cuales la organización paranoide de la relación era la predominante, pero sin que hubiera dado lugar a un delirio o delusión paranoide ni estuviese asentada sobre una ruptura esquizofrénica. Llamaré a los pacientes Sr. P y Sr. B. Para no complejificar demasiado el trabajo, utilizaré viñetas o elementos procedentes del análisis del Sr. B sólo como apoyatura o contrapunto del material del Sr. P, en el cual me centraré.

El Sr. P. es un intelectual que comenzó su tratamiento psicoanalítico hacia la treintena, tras haber realizado a lo largo de su vida anterior al menos otros dos tratamientos, uno de ellos una psicoterapia psicoanalítica prolongada. De niño posiblemente también recibió algún tipo de ayuda psicológica o intentos de ella, pero

nunca ha quedado claro el cómo y el por qué de la misma, aunque el Sr. P padeció una enuresis nocturna hasta la adolescencia. Dicha adolescencia fue tempestuosa. No hay duda de que pasó por situaciones de gran sufrimiento mental, que probó de contrarrestar intentando enrolarse en diversos cuerpos militares, paramilitares y organizaciones de «uniformados» en las cuales no pudo continuar, tanto por razones externas como porque se hallaban en excesiva contradicción con sus creencias y sentimientos más profundos. Desde el punto de vista de la psicopatología descriptiva, tengo pocas dudas acerca de que su diagnóstico debería ser el de «trastorno paranoide de personalidad», si bien la presentación y la clínica que durante las crisis le dominaba podía parecer de «trastorno por ansiedad generalizada» o incluso «trastorno por angustia». En la triangulación originaria el objeto paterno era vivido como falso y mentiroso, pero muy «aparente» y la madre, como «poco aparente», poco vistosa, dejada de lado, confusa, poco delimitada como persona y como madre, anonadada por la figura del padre....

El Sr. B, por el contrario, se trata de un trabajador no cualificado que, gracias a su viveza e inteligencia, ha podido montar un pequeño negocio, que le va muy bien, pero en el cual, a menudo engaña y/o teme ser engañado. También acudió a tratamiento por un cuadro aparente de ansiedad generalizada, pero basado en ansiedades persecutorias, en este caso menos elaboradas y sujetas a control yoico, le hacen responder con persecuciones y ataques. Con la consecuencia de que, entonces, puede pasar a ser perseguido en la realidad. Ha tenido varios procesos legales y delitos de faltas (por violencias ocasionales). Su diagnóstico descriptivo probablemente habría de ser el de «trastorno límite de la personalidad».

En la triangulación primordial también existía una madre confusa y mentirosa patológica y un padre que acabó por abandonarla, primero mediante continuos engaños e infidelidades y después, separándose de ella. A partir de entonces (o tal vez ya antes) la actitud de la madre en la triangulación consistía fundamentalmente en azuzar a los hijos contra el marido, de forma que el paciente no volvió a hablar con su padre sin pelearse hasta después de la adolescencia, cuando aquel le ayudó económicamente a comenzar su pequeño negocio. Y, a pesar de todo, seguía con las discusiones violentas con él. Todas sus fantasías de aproximación y aproximaciones reales a su padre, durante años de tratamiento, estuvieron dominadas por la ansiedad persecutoria desbordante, hasta el extremo de que, si podía, evitaba cruzarse con él en la calle. Poco a poco, esa visión de su padre ha ido cambiando por otra más tolerante o, al menos, ambivalente, y últimamente, por una cierta pena ante las desviaciones esquizotípicas y la marginalidad progresiva del progenitor.

3. Componentes de la organización relacional paranoide desde el punto de vista psicoanalítico.

Como decía más arriba, Liberman (1976) partía totalmente de una concepción de la psicopatología psicoanalítica similar a la que aquí voy a mantener, mientras que Cooper (1993), desde un paradigma psicoanalítico bien diferente, se ha colocado muy próximo a esta acepción cuando afirma que «la paranoia es un com-

ponente de la mayor parte de los análisis» y que «aún las personas más normales debe pensarse que poseen potencialidades esquizoides (paranoides) a los niveles más profundos».

Pues bien: siguiendo esa perspectiva de la *psicopatología psicoanalítica especial* es la organización paranoide una forma definida y delimitada de la relación (de objeto) ¿Es tan sólo una manifestación particularmente definida de otros modelos o estructuras relacionales?. Para posicionarnos en esos dilemas, veamos primero si se cumplen una serie de características diferenciales de cada organización relacional, agrupadas según los apartados que delimité en trabajos anteriores (1998-2001): tabla 2.

Tabla 2.

Componentes o factores fundamentales de cada organización (o estructura) de la relación.

MANIFESTACIONES DE CADA ESTRUCTURA	APARTADOS DE SU ESTUDIO
. clínico-fenomenológicas . en las relaciones externas	1. Presentación / Entrevista/ Cuadro clínico (y clasificaciones psiquiátricas). 2. Manifestaciones en la Realidad Externa, con los Objetos Externos.
. en las relaciones internas	3. Relaciones con el cuerpo y self corporal. 4. Introyección / Proyección. 5. Pulsiones y motivaciones fundamentales. 6. Estructura: . del Yo y las defensas . del Self 7. Mundo Interno / Objetos Internos.
. en su genética (en la infancia y posteriormente)	8. Genética: . en la primera infancia . en la relación y la Transferencia
. en el tratamiento psicoanalítico	9. Técnica psicoanalítica.

De hecho, y ya de entrada, la presentación y las entrevistas de los pacientes más dominados por las organizaciones paranoides son sumamente características. En efecto: a menudo, ya desde las primeras entrevistas podemos encontrar indicios o indicadores claros de que la relación que tiende a organizarse en el paciente —y, por tanto, en la transferencia— es una relación paranoide (Mc Kinnon y Michales 1971, H Ronsenfeld 1964, O. Kernberg 1994), es decir, una relación de *preseguido/perseguidor*. Dejando de lado los aspectos más clásicos del tema, suficientemente desarrollados por la psicopatología descriptiva (cfr. por ejemplo McKinnon y Michels 1971, APA 1994, Gabbard 1994), esa forma particular de **presentación en la entrevista** puede hacerse patente ya en el lenguaje que adopta el paciente que está organizándose según esa pauta: probablemente se tratará de un lenguaje sumamente

controlado, lleno de silencios, con preguntas directas e indirectas al terapeuta o entrevistador, con frecuentes alusiones, con sarcasmos no congruentes... En definitiva, más que un lenguaje para comunicar, compartir, es un *lenguaje para explorar al otro*, defensivo: O investiga u oculta. Entre otros motivos, porque en esos momentos el pensamiento se halla dominado por la fantasía inconsciente (y, a menudo, por la cognición consciente) de que «*algo ocultara*» (el otro, el objeto). Es la traducción externa de un pensamiento dominado por las fantasías inconscientes básicas de desconfianza y odio, que puede llevar al paciente capturado por tal estructura a enrolarse en sectas o grupos extremistas... Cualquier cognición queda atrapada por la ansiedad persecutoria, de modo que el pensamiento es puesto al servicio de la racionalización de la desconfianza básica («*No me quieren. Me engañan*»).

Pero el ser humano dominado por tal tipo de organización relacional («*el patrón suspicaz*» de Millon 1999) puede presentarse y vivirse a sí mismo como un «sufrido y sacrificado ser humano» que siente que «*así es la gente*». Por ello, en realidad es difícil que el paciente capturado por una organización paranoide estructurada acuda voluntariamente al tratamiento. En la medida en la cual la **desconfianza básica** (Erikson 1963; Tizón 1982-1996) le domina, no acude voluntariamente al tratamiento, sino que *le traen, le obligan...* a menos que esté sufriendo importantes crisis de ansiedad o trastornos distímicos por problemas relacionales de los cuales pueda culpar a los demás. Y, a pesar de ello, intenta dar impresión de capacidad e independencia. Mas, como suele sentirse dañado y perseguido, por eso es un *justiciero*, que exhibe sus cualidades morales por contra de la inmoralidad que le rodea. Como explican Millon y Everly (1985) o Millon y Davis (1999) desde el *paradigma cognitivo de la psicopatología especial*, en la conducta instrumental es fundamentalmente pasivo y en cuanto a la fuente que le refuerza, hacia la que se orienta, se muestra o independiente o profundamente ambivalente.

Ese tipo de paciente, en la medida en la cual la conciencia de sus propios conflictos agresivos es mínima, se presenta a menudo como un coleccionista de injusticias y normas (rígidamente seguidas). En los aspectos emocionales de la relación tiende a verse dominado por la vergüenza y la humillación —como todos nosotros, cuando entramos en organización paranoide. Sin embargo, como decía, a menos que la organización se halle estabilizada en un transtorno paranoide de la personalidad o mediante una delusión paranoide, la entrada en *organización paranoide* conlleva un aumento de la ansiedad. Hay que tenerlo siempre en cuenta, pues a menudo tal ansiedad (persecutoria) está aparentemente controlada por la persecución B proyección. Se trata de intentar la instilación en los otros (objetos internos e incluso externos) de la desconfianza y el odio: Es muy importante *lograr meter sus heces /perseguidores en los demás*, objetivo consciente e inconsciente que, si se consigue, a menudo le hace sentir una emoción hipomaniaca de *triunfo* («*te he jodido*»), que puede facilitar organizaciones *perversas de la relación*.

Pero tanto por su dedicación al control y a evitar ser controlado, como por ese triunfo maniaco y perverso que no puede dejar de exhibir, provoca la reacción de los demás. Así, los más paranoides suele acabar por ser perseguidos en al reali-

dad, con lo cual se cierra el *círculo paranoide*. Se trata de un bucle que posee una gran estabilidad relacional, como bien ilustran los pacientes celotípicos y, a nivel artístico, por ejemplo, dramatizó William Shakespeare en su *Otelo* o Peter Weiss con el personaje de Marat (médico y revolucionario) en *Persecución y asesinato de Jean-Paul Marat* (P. Weiss 1964).

Pero todo ello no debe hacernos olvidar ni dejar de percibir los momentos en los cuales, desde las primeras entrevistas, se hace patente el anhelo real del paciente de cariño, ternura, honestidad, continuidad en el otro, es decir, su (ambivalente) deseo de confiar en alguien. Por eso intenta sondear al terapeuta, de quien desconfía profundamente. Por eso, en psicoterapia y, más aún, en análisis, realiza investigaciones detectivescas sobre el mismo y acaba llegando a saber nuestros datos demográficos y profesionales, nuestras insuficiencias, vida social, errores, narcisismo, deshonestidades, cuando existen... Se trata de un dato de fundamental importancia antes de comenzar un tratamiento psicoanalítico con un paciente de estas características pues, si encuentra aquellos fallos, inmediatamente tiende a separarse atacando, resentido, y ello puede proporcionar importantes problemas de todo tipo al terapeuta (incluidos los problemas legales y económicos: Kernberg 1994). (Es tan fácil que el resentimiento, la desconfianza y desesperanza predominan sobre sus deseos de contención, confianza, acogimiento, ternura...! Máxime porque, por su conflicto fundamental, incluso consciente, no puede pedir cariño; sólo puede obtenerlo a través del dolor, la autoinmolación, la dominación... Una actitud aparentemente paradójica que es puesta de relieve por el dicho típicamente militar de: «*Para que se fastidie el capitán, no como rancho*» (dicho que, por cierto, nos recuerda la frecuente coexistencia de elementos paranoides y masoquistas en estos pacientes, puesta de relieve entre otros por Freud (1911, 1915, 1922), Ferenczi (1911), Waelder (1951), Steiner (1987), Cooper (1993)...

En cuanto al **mundo de los objetos externos o realidad externa**, en los casos en los cuales domina abiertamente la relación paranoide solemos encontrar un *objeto materno* incapaz y dominado por un padre deshonesto o violento. Pero un *objeto materno* que acepta esa situación. Alternativamente, la base triangular puede ser un *objeto materno* inexistente, troceado, inseguro... En este caso, posiblemente el paciente no ha desarrollado un cuadro psicótico porque existe una cierta «contención» ambiental, familiar, institucional o sustitutiva. Aunque a nivel del *núcleo familiar* no es fácil observar un predominio claro de las *funciones emocionales introyectivas* (Meltzer 1989): No hay contención, amor, esperanza y confianza verdaderos, sino mentira, deshonestidad, persecución, falta de claridad... Aunque siempre *con una cierta coherencia en la falsedad*, a diferencia del mundo más caótico del futuro esquizofrénico. El resultado de todas esas relaciones externas primigenias es que no existe una *triangulación originaria* suficientemente estable y coherente: todo son amaños falsos, aunque como decía, con cierta *coherencia en la falsedad*, como muestran los dos casos con los cuales voy a ilustrar el trabajo.

De ahí que el paciente pueda presentarse ante nosotros, en extremo, con los roles sociales (el *prosonon*) de justiciero desconfiado (Marat o el Sr.P., que luego

describiré) o incluso de homicida, pasando por los de el querulante habitual o el seductor para controlar (el Sr. B). Si la organización paranoide no es estable (y suelen des-estabilizarla las situaciones externas de extrema ansiedad o los propios núcleos borderline del paciente), las persecuciones externas, incluso en la familia, son necesarias, pues proporcionan una especie de *seudocontención*, ya que no ha podido desarrollarse una verdadera *contención emocional*. De ahí que, a menudo, el paciente dominado por esta organización relacional pueda presentarse como el típico resentido. Su dinámica (grupal) mental está dominada por el *supuesto básico de ataque-fuga* lo cual, a nivel grupal y social, los convierte en *dominantes líderes de supuesto básico* (Bion 1959).

Salvo en el tema de la incoherencia y falsedad de la *triangulación originaria*, sabemos poco de las circunstancias infantiles que promueven o refuerzan más allá de los límites normales esta organización relacional. También creo que aún tenemos pocos conocimientos sobre la psicogénesis de la relación paranoide en la realidad externa y sobre la *psico(pato)logía del desarrollo* de estos niños, si bien Millon (1999) ha realizado aportaciones destacadas en ese sentido, que luego mencionaremos —aunque aún en su mayor parte hipotéticas. Según mi experiencia, en los antecedentes infantiles de los adolescentes o adultos más dominados por la *estructura paranoide de la relación*, solemos encontrar cuadros de trastornos infantiles: trastornos de conducta, trastornos severos de la vinculación, trastornos fóbicos graves y trastornos por ansiedad excesiva mal contenidos, como mostraban los dos casos con los que voy a ilustrar este trabajo. Como he dicho, también con cierta frecuencia encontramos en la madre, su sustituto o en el núcleo familiar básico, cuadros graves de deshonestidad consentida, abandonismo, intensos y reiterados sufrimientos: el resultado es que esos *otros primigenios* no proporcionan un refugio o contención de las ansiedades persecutorias de los primeros años. Así se instalan numerosos *dobles vínculos*: por ejemplo, de atracción por un padre idealizado para evitar su persecución, como en el Sr. P. Como consecuencia, el desarrollo mental se va labrando sobre una *escisión* entre partes del yo integradas y partes narcisistas omnipotentes y perseguidas.

En la adolescencia, los intentos de integración y reintegración del *self*, del *sí-mismo*, suelen llevar al paciente a tantear recursos perversos y recursos sociopáticos y a intentar procurarse una *segunda piel contenedora*. Ello explica parcialmente la afición adolescente por uniformes, congregaciones, sectas... Seguramente en esta característica se manifiesta también la tendencia a la identificación con el agresor. En la adolescencia de estos futuros pacientes, además, suelen ser muy notables las reacciones paranoides directas, aunque pasajeras, en la relación.

En la medida en la cual el **cuerpo y su representación** mental son vividos por todos nosotros en tanto que *objetos transicionales*, la persecución en la organización paranoide es fácil que pueda vivirse en el cuerpo y por el cuerpo. El cuerpo, en tanto que teatro del narcisismo, puede llegarse a convertir entonces en el centro de intensos intereses exhibicionistas y de prácticas tales como la *vigorexia* y el *body-building* (como en el Sr. B.) o, alternativamente, de un cuidado y afectación extrema por el

vestido (como en el Sr. P). Pero también ese temor al cuerpo dañado (y a la persecución por parte del cuerpo, como equivalente pseudosimbólica del *otro perseguidor*) suele llevar a *estados hipocondríacos*, en el sentido de Rosenfeld (1964). En ese sentido, la hipocondría y los estados hipocondríacos pueden entenderse como organizaciones paranoides de la relación en los cuales el perseguidor no está totalmente proyectado, sino que radica en ese *espacio transicional* entre uno mismo y los otros que es el cuerpo (Tizón 1999). Pero cuando predomina la organización paranoide de la relación, también el cuerpo puede ser vivido como escenario de auto-referencias y vigilancias de los demás, de esos *otros humilladores* que buscan indicios o muestras del conflicto homosexual casi siempre presente. Algo que los Botella (1982) han descrito con maestría al hablar de *las tres «formas de mirar» del paranoide*: puede ejercer con facilidad la forma activa de «mirar»; la forma pasiva («*ser mirado*») es difícilmente soportable; pero las dificultades con la forma y la voz reflexiva («*mirarse*»), con su mezcla de actividad y pasividad, ser a la vez sujeto y objeto de la mirada, significa para él una extrema dificultad porque se basa en las raíces mismas de la paranoia. El cuerpo es vivido y representado desde el vértice pre-edípico: son frecuentes las fantasías referidas a bocas devoradoras, primitivamente amenazantes...

David, es un niño que antes de los dos años hizo un derrumbe autístico gravísimo del que sólo se ha llegado a recuperar muy parcialmente gracias a tratamiento continuado: atención precoz, psicomotricidad, ayudas escolares, psicoterapia madre-hijo, psicoterapia individual... Todavía a los siete años sus dibujos están llenos de monstruos con bocas amenazantes, devoradoras, monstruos «neoformados», idiosincrásicos. Y cuando puede salir de esos monstruos, dibuja sin parar insectos devoradores, dotados en imponentes trompas chupadoras, mandíbulas-tenaza, agujones perforantes...

La penetración anal, la *penetración por detrás*, aprovechando el descuido o «la confianza ilusa», es uno de los temores fundamentales en la relación paranoide —con todo el componente homosexual que dichos temores comprenden, en especial para el género masculino. De ahí también que la **psicosexualidad** se desarrolle como una sexualidad controlada y de control, teatro de grandiosidades narcisistas (si predomina la omnipotencia) o de batallas (si predomina la desconfianza). Se trata de una sexualidad con numerosos rasgos infantiles, polimorfa, muy basada en la identificación proyectiva y que, por lo tanto, puede derivar en manifestaciones de sadismo sexual (como, por ejemplo, en algunos estados hipocondríacos), por causa de la importancia de la envidia y el resentimiento paranoides. Los Botella (1982) describen así la cristalización de la relación paranoide, la *paranoia*: «*Desprovisto de un verdadero cuerpo erógeno, fuente primordial del sentimiento de identidad, (el paranoide) está condenado a buscar continuamente una figura que le refleje sus cosas, un doble. Un doble evidentemente del mismo sexo, menos por atracción homosexual que por la esperanza de encontrar su identidad, con el modelo de la relación primitiva en espejo con la madre*».

Ciertamente, hay que replantearse la «homosexualidad latente» del paranoide. La *homofilia* es a menudo preconsciente o casi consciente, pero claramente defen-

siva a menudo. Si pasa al acto es como un intento ansiolítico: el coito homosexual aplaca al perseguido y al perseguidor. Pero creo que en la relación paranoide estricta la atracción homosexual en pocos casos lleva a la actividad homosexual. La excitación sexual sirve a menudo, además, para controlar la angustia y confusión zonal. En último extremo, los aspectos *liminares*, *borderline* son los que llevan a descargar rápidamente esa excitación, toda excitación —la agresiva incluida—, pues con ella se descarga la desconfianza y la envidia y se intentan calmar los conflictos oral-sádicos subyacentes (Klein 1957).

En el **balance introyección/proyección** la aparición de una organización paranoide hace que predomine en nosotros el aspecto proyectivo: tendemos a proyectar o alejar lo indeseable⁴. Tras esa tendencia o actuación se hallan los estados paranoides, con peligro de fragmentación en su subsuelo. De hecho, la introyección “en posición reparatoria” es insostenible en esa estructura relacional: por el resentimiento (Escario 1995), por la des-esperanza, por la falta de contención, por la desconfianza... El resultado del predominio de la *proyección* y las *funciones emocionales proyectivas* (Meltzer 1989) es una continua regresión a la *posición esquizoparanoide* y una incapacidad para el pensamiento dominado por el amor-solidaridad: el pensamiento resulta una y otra vez capturado por la ansiedad persecutoria, lo cual da lugar a momentos de gran angustia en pacientes que utilizan sus capacidades cognitivas y, en general, yoicas, para controlar la ansiedad persecutoria extrema.

En resumen, predomina la *proyección* y la *identificación proyectiva masiva* de aspectos inconscientes disociados, en particular, los violentos o sádicos: es la barrera contra la confusión primitiva y ansiedades catastróficas subyacentes. El conflicto es que *mete por detrás en los otros* porque o para *no le metan por detrás*. Cuando la organización relacional paranoide se establece, el individuo una y otra vez *proyecta heces y/o le meten heces*. De ahí que las relaciones sociales consecutivas sean relaciones sociales basadas en el control, la desconfianza, el abuso... o bien en el temor a perder el control, que se escapen cosas, la evacuación...

De forma similar a cómo el adolescente de Mehra, descrito en el libro de Laufer (1993), tenía que ir al lavabo cada día en el tratamiento, el Sr. P y el Sr. B padecían esos temores a la evacuación descontrolada: en ambos casos eran motivos para haber comenzado su tratamiento. El temor a orinarse encima del Sr. P. y el temor a «hacerse daño» con su masturbación compulsiva en el Sr. B —masturbación que realizaba reiterativamente, siendo incluso consciente de que era su forma de librarse de las excitaciones sexuales y agresivas incontenibles en su interior.

Como he dicho más arriba y en otras ocasiones, un cuadro clínico en cual la organización paranoide es fundamental, aunque no suela pensarse así, es la hipocondría. Recordemos que para H. Rosenfeld (1964) los estados hipocondríacos tienen que ver con la proyección del self mental y corporal sobre el objeto externo, con reintroyección posterior y escisión en el cuerpo y los órganos de las partes buenas y malas de ese conglomerado *self-objeto* formado mediante tales procesos proyectivos

e introyectivos alterados. Es decir que, como arriba recordaba, los estados hipocondríacos, al menos desde mi perspectiva deben ser entendidos como manifestaciones de la organización paranoide (Tizón 1999). Hay que esperar la aparición de dichos estados cuando la organización se pone en crisis (algo que continuamente manifestaban los dos pacientes de análisis con los que ilustro este trabajo).

Naturalmente, las **ansiedades fundamentales** son las ansiedades persecutorias, basadas en una de las emociones humanas más primitivas: el temor y el terror. A mi entender, debajo se hallan ansiedades más primitivas aún, tales como las catastróficas, entendidas como ansiedades de *confusión-disgregación*, es decir, *confusionales primitivas*: pueden ponerse en primer plano ante el acorralamiento o el terror. Regina Prat (2000) describe la «paranoia de Schreber» como una barrera contra la invasión autística. Se trata de una perspectiva próxima a la que vengo explicando. Pero no creo conveniente hablar de «invasión autística», en particular si con ello hacemos referencia al *autismo infantil de Kanner*. Entiendo que éste es más un trastorno gravemente defectual, aunque con conflictos involucrados desde los primeros momentos de la vida postnatal, cuando el bebé tiene que comenzar a defenderse masivamente contra las aferencias desorganizantes sensoriales y, sobre todo, afectivas. En realidad, mi perspectiva de la psicopatología parte de la idea de que los trastornos más graves no tiene que ver tanto con el predominio de las *ansiedades paranoides* como con las defensas *paranoides o reparatorias* contra las *ansiedades confusionales primitivas*, la no-integración o la des-integración mental.

En ese sentido, en la *relación paranoide* el peligro real, pues, no es la persecución por el objeto, persecución que, en realidad, actúa como un *organizador*, al menos *in extremis* («*Agarrarse a un clavo ardiendo*»): el peligro es la confusión primaria. De ahí proviene la ansiedad más profunda que empuja hacia la organización paranoide. De ahí también la necesidad de la identificación proyectiva y la proyección masivas: si disminuyeran y disminuyera la escisión, el temor (inconsciente) que subyace en la organización paranoide es la confusión, la disgregación, la pérdida total de control...

Así, toda frustración pone en marcha la ansiedad persecutoria, que, como poco, se vivirá con un invasivo sentimiento de *humillación*. El sentimiento y el temor a ser humillado son temores conscientes fundamentales en esta organización relacional cuando se estabiliza. Como decía, suelen ser vividas como *penetraciones por detrás*, que se aprovechan de la confianza o de los momentos en los cuales dejamos percibir nuestros aspectos «oscuros» a los demás. Clínicamente suelen verse en relación con una homofilia-homosexualidad más o menos latente. En los pacientes más paranoides es difícil que predominen y se expresen abiertamente fantasías y ansiedades reparatorias, aunque ello no es infrecuente, incluso en pacientes graves, dentro del tratamiento psicoanalítico. En realidad, la organización paranoide es la expresión más clara y directa de lo que Melanie Klein (1946) llamó *posición esquizo-paranoide*, si bien el aspecto *esquizo*, de escisión y disociación extremas, se manifiesta únicamente en las formas más psicóticas de tales cuadros: delusiones paranoides crónicas y esquizofrenia. Las ansiedades confusionales

primitivas en la organización paranoide de la relación son controladas pues mediante las *defensas propias de la posición esquizo-paranoide*.

Las **emociones y motivaciones básicas** cuando nos domina la organización paranoide de la relación es el *resentimiento* (Escario 1995), *el odio, la humillación, la insolidaridad*, pero con reivindicación de justicia y solidaridad (a diferencia de la esquizofrenia)... Son *sentimientos*, es decir, emociones ya cognitivizadas, sobre la base de emociones primitivas reiteradas en las primeras relaciones de objeto: *temor, asco-disgusto, sorpresa, ira, vergüenza*... A menudo, el paciente dominado por ese tipo de organización relacional vive abrumado por las *funciones emocionales proyectivas*: esa organización emana ansiedad persecutoria, des-esperanza y desconfianza a otros aspectos de la mente, a los allegados y al grupo social (Meltzer y Harris 1989).

Otro de los sentimientos fundamentales en tal organización relacional, que saldrá una y otra vez en los tratamientos psicoanalíticos de estos pacientes, es la *envidia*, que suele cursar con ataques a la creatividad y a la solidaridad (basadas en la *posición reparatoria*: Klein 1952, 1957). Hay una voracidad envidiosa del objeto, con o sin conciencia de la misma. En la hipocondría, por ejemplo, aparecen una y otra vez los impulsos sádicos y fantasías orales y uretrales. El peligro es la autoidealización defensiva de las partes destructivas del *Self*.

A menudo, al menos cuando coinciden la organización paranoide y unas buenas capacidades cognitivas, las *motivaciones o pulsiones epistemofílicas* están sumamente desarrolladas. Pero no al servicio de la creatividad, de la búsqueda o confirmación del *impacto estético*, la belleza y valía interior del otro, sino al servicio de la vigilancia, de la creación de archivos de información sobre los demás para utilizarlos defensivamente (en la fantasía o en la realidad). Una derivación puede ser la *escopotfilia*, que no hay que olvidar que es una derivación del sadismo oral, y que suele estar tan hiperinvertida, hipervalorada mentalmente en la hipocondría.

Casi por definición, la **actividad yoica** fundamental será el control: el control del objeto, el control de la ansiedad... El temor fundamental es a perder el control de las pulsiones, deseos, emociones, relaciones...

Tanto el Sr. P como el Sr. B, sufrían intensos accesos de ansiedad, con manifestaciones relacionales y somáticas, cada vez que tenía que permanecer en un grupo, cada vez que tenía que colaborar con alguien en trabajos o situaciones sociales o laborales. Mientras sus jefes (o yo) le perseguíamos, podrían sentirse «duros», como decía el Sr. P., con un término que habíamos podido vincular a sus capacidades de potencia sexual, estimuladas por cierto grado de persecución. Pero si sentía que se ponían de su lado o me (nos) sentía de su lado, pronto comenzaban sus crisis de ansiedad, que a duras penas lograba controlar incluso cuando ya había avanzado en su psicoanálisis.

Es una realidad que me hace pensar y reflexionar acerca de si el psicoanálisis es la solución para este tipo de pacientes: la intensidad de la ansiedad y el sufrimien-

to del Sr. P., aún cuando (o precisamente porque) su análisis había avanzado. A pesar de que es un tema en el que no puedo centrarme aquí, el planteamiento general sería el siguiente: En los pacientes paranoides, y mucho más en pacientes con «ruptura psicótica», si progresamos en el análisis, disminuimos defensas excesivas y rígidas, sí, pero que son fundamentales para evitar la irrupción de las ansiedades de desintegración. Es imposible no progresar sin sumir al paciente en «desequilibrios borderline» y, por lo tanto, en crisis de ansiedad. He ahí un peligro. Habitualmente, desde el psicoanálisis se ha insistido en que, de todas formas, el análisis puede ser «la solución» con el argumento de que, si no lo realizamos, la organización paranoide se asegura y tal vez pueda consolidarse en una auténtica delusión o delirio paranoide. Pero ¿es esa la evolución predecible, como afirma cierta teoría psicoanalítica?. Hay indicios de que las personas con un trastorno paranoide de personalidad en la edad media y tardía de la vida pueden llegar a los desequilibrios paranoides claramente psicóticos. Pero ¿esto es siempre así, o sólo cuando con la organización paranoide se yuxtaponen núcleos de «desequilibrio borderline» importantes?.

En definitiva, lo que aquí señalo es la necesidad de replantearse desde el psicoanálisis por qué se rompe la barrera diacrítica en la mente de los pacientes psicóticos: por conflictos psicodinámicos previos o por deficiencias estructurales, de base neurológica o no, del self?) El delirio, como la alucinación —Castilla 1998; Tizón 1999,2000— son la expresión directa del conflicto o son la expresión de la necesidad de integración secundaria forzada, que aprovecha la conflictiva personal? En el caso de los esquizofrénicos, y a pesar de lo que dice cierto psicoanálisis tradicional, hoy me parece clara la segunda opción, pero, y en el caso de las personas muy dominadas por la organización paranoide, y en sus dos posibilidades: con ruptura de la barrera diacrítica —que se expresa en la delusión paranoide⁵— o sin esa ruptura —situación que se expresa en el trastorno paranoide de personalidad? Aclarando, por otra parte, que en el delirium con elementos paranoides, el más frecuente de los delirium o delirios, es notable esa utilización secundaria para buscar integración o vías de expresión para lo innombrable, lo no integrable, los “elementos beta”... (Tizón 2000).

Ya Freud (1911) y, después, Waelder (1952) habían insistido en las particularidades del **pensamiento y estilos cognitivos** del paranoide, de la relación paranoide. Modernamente es una línea que casi han exclusivizado los investigadores de orientación cognitivista (Millon 1999; Niccolò et al. 2000.). En último extremo, tratan de desarrollar el famoso aforismo de Minkowsky (1927): «*La locura no es más que la exageración del carácter habitual de la persona*». Entre nosotros, Carlos Castilla (1998) ha vuelto a enfatizar esa hipótesis. La *delusión*, el delirio paranoide es lo que cierra el círculo cognitivo del pensamiento paranoide, desde su origen apoyado en lo que Millon (1999) llama «microdelirios». Millon y otros cognitivistas habían determinado que los elementos básicos de este estilo cognitivo son los *temores ante la vinculación, las suspicacias y delirios cognitivos* y la *vigilancia defensiva con hostilidad velada*. El modelo de Millon (1996, 1999) se completa con los ocho elementos que recuerdan Nicolò et al (2000): 1) Humor irascible; 2) imagen inviolable del sí-mismo; 3) mecanismo de defensa fundamental: la proyección;

4) estilo cognitivo suspicaz; 5) comportamiento social defensivo; 6) estructura de personalidad rígida; 7) conducta interpersonal provocativa; 8) relaciones (de objeto) inalterables. Desde la perspectiva del constructivismo de Kelly, Lorenzini y Sassaroli (1992) afirman que el *sistema de constructos personales paranoide* responde a cuatro criterios: 1) Elevada organización jerárquica; 2) Hipertrofia del polo negativo de los constructos; 3) alto grado de integración y rigidez; 4) escasa capacidad de diferenciación.

Como puede observarse, no son posturas opuestas al psicoanálisis, sino claramente complementarias con él, a diferencia de gran parte de los *cognitivistas* españoles y, en general, al *cognitivismo universitario*. Por ejemplo, Arnold Cooper (1993) afirma que «*el pensamiento paranoide implica una preconcepción de que el mundo y sus objetos son malévolos, realidad interna a la que se aplican estilos cognitivos específicos y usos de la proyección para moldear las defensas con el fin de evitar la herida narcisista y la culpa masoquista*». Es el «*principio de malevolencia*», que espontáneamente, el Sr. P. redefinía como «*el principio de la contradicción violenta*». En tal sentido, probablemente resultaría muy útil trabajar conjuntamente, psicoanalistas y cognitivistas, sobre los dos déficits fundamentales que, según el cognitivismo, subyacen en la *relación paranoide*: el déficit de *descentramiento* (el pensamiento egocéntrico) y el déficit de *diferenciación* (la confusión sujeto/objeto; realidad interna/realidad externa). Giulio Andreotti, el incombustible político y delincuente democristiano italiano, lo había dicho con su acostumbrado cinismo: «*Pensar mal es pecado porque se acierta*» (Nicolò et al 2000). Es fácil imaginar, y ha sido investigado desde diversos vértices, incluido el psicoanalítico (Fonagy y Higgitt 1990) los irresolubles problemas que al paranoide (al «pensamiento paranoide») le plantean situaciones de «mente opaca», situaciones en las cuales no se puede acceder al interior mental del otro (de la madre, del objeto), bien sea por las barreras que el otro pone (por ejemplo: el *encuadre analítico*), bien sea por déficits propios de metacognición: la ansiedad extrema y la tendencia al «*cierre cognitivo*» (la delusión) son predecibles en tales situaciones.

De todas formas, la organización paranoide supone dificultades importantes en la vivencia y elaboración de las **pérdidas afectivas, frustraciones y duelos**, pues inunda sus diversos momentos y constelaciones mentales de ansiedades persecutorias y tiende a llevar a la persecución y revitalización del *resentimiento* (en lo inconsciente, de las ansiedades catastróficas y confusionales de base). Y sin embargo, no hay que olvidar que, si la organización no está invadida por la delusión, son momentos excepcionales para intentar la elaboración del duelo y de otros conflictos, así como para poderse plantear temas de transferencia y contratransferencia.

En cuanto a la **estructuración del yo y del self** simplemente desearía recordar aquí que las defensas contra ansiedades persecutorias (y las confusionales primitivas, o de des-integración-integración que se hallan en sus fundamentos) son las defensas así llamadas «psicóticas», las propias de la *posición esquizo-paranoide* (M. Klein 1946; Coderch 1975). Ciertamente, podemos encontrar en estas organi-

zaciones de la personalidad y la relación numerosos momentos en los cuales predomina la *identificación proyectiva masiva*, formas muy masivas de *escisión* (combinadas con momentos de confusión y no diferenciación *self/objeto*), *idealizaciones*, *denegaciones* incluso de la realidad externa (y, por supuesto, de la realidad interna del *otro*), *defensas maníacas*... Todo ello teniendo en cuenta las dudas, ya planteadas por Waelder (1959) sobre el concepto y contenido de las *defensas* y los *mecanismos de defensa*.

De todas formas, si las manifestaciones exteriores de la relación paranoide a nivel mental llegan a provocar el ataque y/o des-confianza de los otros, se cierra el *círculo paranoide*: como decía el Sr. P., «*cuando me enfado porque cojo a los otros queriéndomela jugar, entonces es cuando estoy mejor*». En la situación analítica esa relación podía observarse porque, cuando se sentía perseguido por mí y se defendía de mi «persecución» despreciándome, zahiriéndome o amenazándome, se le podía ver realmente «seguro», organizado, dueño de un amplio y elaborado lenguaje, con mayores capacidades cognitivas tanto en el tratamiento como fuera, incluso más (sexualmente) potente con su pareja. Algo que, por cierto, también le ocurrió durante una época al Sr. B: si estaba enfadado conmigo, podía estar mejor —o terriblemente peor— con sus parejas, incluso a nivel de potencia (sexual).

Parece evidente entonces que la *disociación malo/bueno* puede estar alterada por el aumento de las ansiedades confusionales en momentos muy primitivos. Es lo que intenta «tratar» la disociación de lo malo en el cuerpo en la hipocondría, una disociación que es menor, desde luego, menos radical, que la que se da en la *relación operatoria* o incluso en la *relación paranoide* (Tizón 1999,2000). Por eso, cuando los pacientes se organizan paranoicamente en el análisis, la radicalidad de sus *escisiones* a menudo tiende a poner en marcha una disociación radical entre la transferencia y en el mundo externo: el analista pasa a ser *objeto bueno idealizado* y los objetos externos, en sentido opuesto, *objetos malos idealizados*. O viceversa.

Otras defensas que hay que tener en cuenta son aquéllas a las cuales Melanie Klein llamó las *defensas maníacas* (cuyo concepto sólo muy forzosamente puede considerarse como del mismo tipo o clase que otros *mecanismos de defensa*): el *control omnipotente del objeto* es un elemento fundamental de los momentos en los cuales la estructura está triunfando, aunque suele ir unido a una idealización artificiosa de ciertos *objetos* (de forma que «*no se lo cree ni él*»), una denegación y negación de la depresión, e intentos y prácticas —si la situación es lo suficientemente asimétrica— de control, triunfo y desprecio del *otro*, del *objeto*. Percibirse frágil, en pérdida, percibir la culpa reparatoria o, a otro nivel, la pena o la depresión, es tan doloroso y peligroso que gran parte de las actuaciones van orientadas a evitar esa pérdida del control omnipotente del objeto.

Los resultados de la acción mancomunada de estas defensas y esas ansiedades son escisiones y disociaciones llamativas en el *self*, en las relaciones sociales, en la expresión y comunicación en general... Pueden coexistir aspectos organizados en la conducta laboral y social junto con una gran pobreza y desesperanza

en la vida erótica y afectiva (como en el Sr. B). Pero, en general, si predomina la relación paranoide suelen desarrollarse grandes dificultades de adaptación al medio interpersonal. La homosexualidad latente y defensiva ha sido postulada siempre por el psicoanálisis, desde Freud (1911, 1912, 1915) y Ferenczi (1911). Con las matizaciones que hicimos más arriba, tal vez una cierta *homofilia* con tendencia a la actuación es una constante que he podido encontrar en cada paciente dominado por esa relación y, a menudo, en cada momento en el cual predomina esa organización de la relación en otros pacientes. El otro *género* es aún más peligroso y desestructurante (por internamente desconocido) que el propio.

Toda esa dinámica defensiva, tan abigarrada y, a menudo, deteriorante, se pone en marcha por la imposibilidad de contener la ansiedad en el *yo*: puntualmente, la ansiedad persecutoria y el resentimiento; pero, en el fondo, por la dificultad de que las estructuras yoicas contengan la ansiedad confusional primitiva y persecutoria extrema. No hay esperanza ni confianza suficiente en controlarlas. Por eso, a menudo, se ha hecho la hipótesis, probablemente poco apoyada por experiencias clínicas, de que la hipocondría, en mi perspectiva una forma de organización paranoide (Tizón 1999), es en realidad una defensa contra psicosis «más profundas» y, en último extremo, que la propia organización paranoide es una defensa de tales características.

En definitiva, creo que vale la pena considerar la psicodinámica de esta organización relacional, tanto en la vida cotidiana y en el tratamiento, como la expresión de un profundo y ambivalente conflicto entre el anhelo y la añoranza de la vinculación amorosa y tierna y la desconfianza y desesperanza de encontrarla. La creación de «*persecuciones proyectadas*» y, en último caso, de persecuciones externas, reales, son posibilidades extremas de «pseudocontención» (es decir, de organización patológica, de «*agarrarse a un clavo ardiendo*»).

Dentro de la estructura personal, vale la pena estar atento al tipo de *super-yo* que domina en esta organización para la relación. Cuando nos domina tal tipo de pauta estructural, creo que regresamos hacia un súper-yo parcelado, parcial, primitivo y cruel o bien a formas de *súper-Yo con una conciencia moral* aparentemente negada, aparentemente inexistente, corrompible... Es evidente que falta integración entre un tipo de exigencias superyoicas y diversas formas de intentar huir del «aplastamiento» por parte de esas experiencias y necesidades de autocontrol y autopunición tan extremas y primitivas. Por ello, a menudo, la única forma (ocasional) de salir adelante, es mediante negaciones de la existencia de determinadas exigencias o normas internas o bien mediante la admisión y alianza con «aspectos corruptores del Yo».

Tanto el Sr. P. como el Sr. B., a pesar de su honestidad de fondo y de, incluso, la rigidez de sus autoexigencias y preceptos morales, dedicaban una parte de su tiempo a engañar a sus jefes o contratadores: con el tiempo, con los horarios, con los gastos y usos del teléfono o del material, con los precios... Lo llamativo de su actitud es que no siempre había necesidades externas o familiares para hacerlo: era una especie de necesidad interna la que les llevaba a esos momentos

«corruptos». Por supuesto, la voluntariedad, necesidad e incluso cierta fruición con la que se dejaban llevar por esos aspectos no pudo ser tratada en el análisis durante años, so pena de grandes exclamaciones y quejas de «injusticia», «rigidez», de que yo intentaba imponerles «mi moral», sentimientos de persecución extremos, actitudes de negación cerrada, amenazas de violencia...

A nivel **psicogénico**, el problema fundante de este tipo de actuaciones creo que reside en que no existe la vivencia de una *triangulación primitiva* suficientemente basada en la *confianza* y, por tanto, suficientemente integrada. Como dice Cooper (1993), «el invasivo sentimiento de calamidad se sostiene también por la convicción masoquista y grandiosa de que cada tanto de injusticia que cae sobre uno mismo ha sido preparado por un objeto cruel con el fin de torturar al individuo inocente que podría ser perfecta y autárquicamente autosuficiente si no fuera por esa interferencia maligna». La *des-confianza* extrema ha predominado tanto en las relaciones triangulares —desde los primeros años— que no hay una base de suficiente esperanza y confianza como para sostener la estructuración mental del vínculo triangular y, por lo tanto, de la estabilidad en la *confianza en el Otro* (en el objeto). El padre en los dos casos era vivido (y tal vez fuera) como un padre rígido, extremo y, al tiempo, falso. Un padre *narcisista extremo* que, como tal, anulaba las capacidades de contención y, en general, emocionales de la madre en la triangulación primigenia.

A partir de otras relaciones asistenciales con personas muy dominadas por la organización paranoide pienso que, en otras ocasiones, una forma de facilitar esa organización es la vivencia de inexistencia del padre (el *padre OVNI*) o de sus sustitutos unida a la desconfianza en el medio microsociedad (y, por lo tanto, desconfianza de los terceros posibles y de la sociedad como «tercero»). En esa situación triangular, la madre y el *objeto materno* en los dos pacientes descritos era predominantemente vivida como incapaz, dominada y/o confusamente mentirosa y, por lo tanto, como no fiable.

Millon y Davis (1999) describen diversas formas psicogénicas de arribar al *trastorno paranoide de personalidad*. Pueden interesarnos porque, en último extremo, se trata de diversas formas de llegar al predominio de la relación paranoide ya desde las relaciones primigenias. Así, hablan de cómo posiblemente, en la base del *subtipo fanático / grandioso del paranoide* subyace una relación con progenitores excesivamente indulgentes-consentidores; en el *subtipo maligno*, el antagonismo y hostigamiento paternos; al *subtipo obstinado* se llegaría mediante la primacía en la conceptualización y los logros sociales como forma de defenderse del castigo o abandono por parte de los progenitores; al *subtipo querulante*, mediante estilos inconsistentes y contradictorios de control paterno; al *subtipo insular*, con importantes elementos borderline, mediante el predominio del resentimiento e ira extremos, que alteran la integridad del self...

La realidad, tantas veces verificable a nivel clínico, es que el súper-yo tiende a regresar una y otra vez hacia el súper-yo de las primeras posiciones esquizoparanoides, pero ya deformado, patológico, por causa de un exceso de

desconfianza básica (a diferencia de la *relación melancólica*). La vivencia de la culpa suele ser *persecutoria y/o insoportable*, porque se vincula inmediatamente con la idealización de las propias «cualidades morales» (en realidad, contradichas y afirmadas al extremo por los aspectos «corruptos» gratuitos de los que hablaba unos párrafos más arriba).

Al no existir una triangulación originaria suficientemente sólida, el núcleo del Yo resulta alterado en su integración inicial y eso es lo que sucederá en cada regresión importante a la organización paranoide: unos aspectos del Yo parecen conservarse y desarrollarse (tales como las capacidades perceptivas, de memoria, defensivas, agresivas...), pero otros resultan afectadas de forma importante (por ejemplo, la posibilidad de utilizar defensas menos alteradoras de la diacrisis, defensas más «neuróticas» y/o las emociones correspondientes). Si no existe un objeto interno suficientemente confiable, es difícil que haya un yo suficientemente estable y/o integrado. La tendencia dinámica dominante es la del predominio de una organización oral (activa) como reacción a tendencias orales y anales pasivas. Pero tanto *fijación* como *regresión* lo son a fases o, mejor dicho, estructuras relacionales- evolutivas ya alteradas, previamente *patológicas ya* (Cooper 1993). La posición esquizoparanoide no se estructura de forma completa por causa de «micro-desbordamientos» no contenidos de las ansiedades catastróficas y los terrores primitivos. Las capacidades reparatorias o «depresivas», casi por definición, se hayan excluidas cuando domina esa organización paranoide, porque la culpa es persecutoria y tiende a ser proyectada de forma violenta y masiva. Sin embargo, hay que recordar la relativa estabilidad de la organización paranoide por contra del *desequilibrio fronterizo, borderline o liminar*. *Self* y objeto parecen ser (relativamente) estables en su estructura, si bien los núcleos de funcionamiento borderline tienden a descompensar esa organización.⁶ Todo ello impulsa a una disociación de la personalidad y del *sí-mismo* o sentido del sujeto. Parece que incluso viene de ahí el término, de raíz griega, de *para-noia*: al borde o en contra de la mente, de la razón, al borde del autoengaño, al borde de los delirios compartidos, como ya Kraepelin había intentado concretar.

En la organización paranoide no sólo se ataca defensivamente al objeto, sino, como consecuencia, al yo, con la pérdida consiguiente de la autoestima: De ahí que el Yo y el *sí-mismo* necesiten resguardarse tras corazas protectoras autogeneradas (el búnker)... A la larga, el *narcisismo*, y la *paranoia* pueden llegar a constituirse como los «núcleos fuertes del yo»: como ya remarcaron Freud (1911, 1912, 1915, 1922-23) o Meissner (1978) el proceso paranoide funciona esencialmente al servicio del narcisismo (Recamier 1990). Cuando se da la *ruptura psicótica*, la ruptura de la *barrera diacrítica*, están acompañados y arquitrabados por la *delusión*. En el caso de la hipocondría, por el sadismo oral omnipotente y la persecución del propio cuerpo.

Se trata de una estructura yoica con baja tolerancia a la frustración, a la pérdida, al duelo, a las emociones de vinculación amorosa... Creo que, desde el punto de vista dinámico —que no genético—, debe entenderse como una trinchera defensiva contra psicosis desintegrativa porque la desconfianza, basada en la des-

confianza en el objeto, alcanza al yo y al propio cuerpo. Se organiza entonces un tipo de narcisismo particular, que cabalga con gran inestabilidad entre el *narcisismo omnipotente-destructivo* y el *narcisismo frágil y perseguido*. Actualmente creo que es conveniente diferenciarlo del «narcisismo» de las psicosis: prefiero calificar a éste como *narcisismo incoherente* (o bien «*narcisismo roto y delirante*»). En realidad, el narcisismo de la relación paranoide es una de las últimas trincheras, fortificaciones o búnkeres frente a la invasión de las ansiedades catastróficas y la des-integración del «juicio de realidad» (los extraños, los bárbaros, los invasores, los inmigrantes...).

La elección de objeto resulta teñida por ese narcisismo y por la amenaza de la humillación y el sometimiento, siempre presentes a nivel inconsciente y preconscious. Las ansiedades y fantasías orales inundan en oleadas la estructura mental, pero siempre, cuando domina esta organización, adquieren esa vivencia profundamente persecutoria. Se vive un peligro extremo en el contacto con un otro nutricional y creativo, fuente de vida y contención, lo que supondrá importantes problemas en la técnica: por muy bien que el paciente se sienta con nosotros ocasionalmente, siempre existirá la fantasía inconsciente de que «*en realidad, no es así*». La relación siempre puede descompensarse por la desconfianza...

A nivel de presentación social, mientras la organización resulta exitosa, suele manifestarse a través de la «puesta en escena» del personaje del «*self-made-man*», *el autodidacta*, *el luchador solitario*: en realidad, diversas formas de *idealizar el búnker*. El *búnker idealizado* es una comunicación típica en sus interacciones más estrechas y en la relación analítica: un narcisismo atrincherado, con preponderancia de la violencia en fantasía (y, ocasionalmente, en la realidad). La violencia está dirigida al objeto interno y, en la realidad interpersonal, tiende a proyectarse en sus sustitutos —o en personas o cosas que facilitan el «círculo paranoide».

¿Cómo describir brevemente el **mundo de los objetos internos** en la relación u organización paranoide?. Creo que lo que a menudo llamamos «el *objeto interno*» y, que, tal vez, habría que entender como el *resultado introyectivo y estructurante de la relación con los objetos (internos) fundamentales*, en la organización paranoide posee una característica sobresaliente: es peligroso, traicionero, porque es capaz de expresar cariño, amor, proximidad... pero pronto faltará o fallará, pues «no es de fiar». Es como si se regresara a una vivencia de niño aterrorizado por el peligro de humillación por el padre o de ser abandonado al terror por parte de la madre. Naturalmente, ello implica la negación de la posibilidad de que el padre pueda querer a la madre, de que la triangulación originaria integradora exista. Por eso tiendo a caracterizar a tal objeto interno como *el objeto humillador* (que suele poseer otra cara: *el objeto idealizado*). El mundo interno entero se vive como girando alrededor de ese objeto incapaz-violento, mal diferenciado, que penetra (traicioneramente) por detrás. Toda relación masoquista implica dosis de relación paranoide y toda relación paranoide está atraída por una concreción sado-masoquista.

Hay un exceso de ansiedades catastróficas, de terror y desagrado, ante ese tipo de objeto, lo cual rompe (o impide que se consolide) la unidad originaria mental. El resentimiento y la envidia tienden a expandirse, aunque la envidia es proyectada, a menudo de forma consciente y organizada. Por ello, se entiende el temor a los vínculos dependientes: si nos abandonamos a ellos, después vendrán el terror y la humillación, la penetración anal-sádica.

El mundo interno se muestra como organizado por ese *objeto humillador-idealizado* y las personas dominadas por ese tipo de organizaciones pueden vivir entre *el terror y la humillación*, por un lado, y la *destrucción justificada* por el *resentimiento*, por otro. El mundo interno y, a menudo la personalidad, adquieren entonces una especie de seudoseguridad oral-sádica con confusión oral-dependiente subyacente... Detrás se viven las presiones de la *confusión primitiva*, lo que aumenta la tendencia a la *dísociación extrema*, sostenible en último término por el delirio, las confusiones realidad interna-realidad externa, la confusión *self/objeto*... Es como una batalla nocturna entre trincheras: sólo se ven aquí y allá los fogonazos, las luminarias, las bengalas, retazos fugaces del enemigo y de uno mismo, el ruido, la intuición de la destrucción... Pero difícilmente puede organizarse una visión global de las propias posiciones y de las del adversario si no es en un mapa (mundo interno) difícilmente consultable en esos momentos de extrema persecución y peligro. De ahí mi imagen de la organización paranoide como la del *bunker en medio de la noche*, sumido en una alucinante batalla entre los peligros internos (*la confusión primitiva*) y *los ataques de los objetos*, tanto internos como externos, y tanto reales como fantaseados. De ahí la norma máxima de no abrir las puertas al (objeto) amigo, porque sólo puede ser un enemigo camuflado al que no vemos con suficiente claridad, profundidad, detenimiento... Un «*caballo de Troya*», una «*quinta columna*».

El Sr. P., durante años, fue construyendo un archivo, probablemente de fichas, con los datos referentes a psicoanalistas que le llegaban indirectamente, a pesar de su alejamiento de nuestra profesión. Durante años, aquel tema fue «intra-table» en el análisis: era evidente que le proporcionaba una defensa contra mi segura «malevolencia» o, más allá, contra la «segura deshonestidad» de «muchos psicoanalistas» y de «sus asociaciones profesionales».

El *self*, como estructura básica de la personalidad total, regresa en los momentos de relación paranoide a una organización compleja en la cual co-existen, se hallan yuxtapuestos, núcleos atrincherados, bunkerizados, defensivos en grado extremo, y núcleos de confusión primitiva y simbiosis disociados. De ahí el aferramiento desesperado al narcisismo. Si bien en la clínica y la psicogenética no puede generalizarse la idea de que la relación paranoide es una defensa contra la psicosis (entre otras cosas, porque forma parte de muchas formas clínicas de psicosis), en la psicodinamia sí puede afirmarse que dicha organización de la relación es una defensa contra la psicosis mediante el «ataque defensivo» y la organización bunkerizada. Lo fundamental es controlar la ansiedad persecutoria extrema, y las infiltraciones o momentos de ansiedades confusionales, mediante la negación de la

realidad externa, la proyección y la desidentificación propia de la identificación proyectiva masiva; o bien mediante el «atrapamiento» en conflictos o dudas homosexuales — que en estos pacientes y momentos traducen, sobre todo, el *temor a la humillación*—; o mediante el recurso a estados o defensas *hipocondríacas* (Rosenfeld 1964, Tizón 1999). Todo ello, unido a la existencia y el placer en fantasías de ataques crueles al objeto, al otro (que, con cierta frecuencia, desbordan en acciones contra el otro o lo otro, contra *los objetos*), son las formas de detener o estabilizar las ansiedades básicas que promueven esta forma de organización o estructura psico(pato)lógica.

El *self*, el sentido de identidad, el *sí-mismo* se organiza en estos momentos sobre la base del temor, la desconfianza ante la dependencia y la envidia y los ataques voraces del objeto. Desde la perspectiva fásica ello supondrá una confusión más o menos obscuramente *oral-sádica*, dominada por la voracidad, la envidia y el resentimiento, y, además, infiltrada de elementos anales. Pero no olvidemos que ese tipo de estructuración, para cristalizar en el *trastorno paranoide de personalidad* o en el *delirio crónico paranoide*, necesita confirmación y refuerzo durante la adolescencia y los primeros momentos de la vida adulta.

En los sueños del Sr. B a menudo aparecían simbolizaciones o alusiones más o menos veladas a la «unión anal». Por ejemplo, en un período en el cual se defendía mediante la negación cerrada y la altanería de todas mis aproximaciones, señalamientos e interpretaciones, soñó en la aproximación «desde la otra acera» (en castellano, una alusión a la homosexualidad) de un señor con bigote (yo llevo barba y bigote). El «imponente» «pero bondadoso señor» llevaba en una correa cogidos a dos grandes perros pastores daneses, unidos uno detrás de otro por la correa, pero que, además, como siameses, estaban unidos por los glúteos. Buena parte de los posibles significados del sueño quedaron por descifrar. Empero, ya el mero contenido manifiesto muestra toda una colección de identificaciones, ataques, amenazas de ataque, temores y simbolizaciones anal-sádicas en un difícil conglomerado que, siguiendo su actitud paranoide en esos días, me trajo diciendo: «Pero no tengo ningún interés en saber lo que significa. ¿Por qué tiene que significar algo?»

4. Notas sobre transferencia, contratransferencia y técnica.

En la transferencia psicopática, o propia de la organización *«incontinente a través de la acción»* lo dominante son los momentos en los cuales prevalece el engaño y la proyección. En la *transferencia paranoide* predomina, por un lado, una profunda agresión primitiva (a la cual, como hemos visto, el Sr. P llamó *«el principio de contradicción violenta»*). Por otro, la internalización un unas relaciones objetales parciales agresivas «purificadas», es decir, separadas de las representaciones idealizadas que tiene el paciente del *self* y del objeto.

Todo ello permite entender que en la transferencia vivamos claramente esa dificultad para la «asociación libre» y la necesidad de controlarnos: el terapeuta, el psicoanalista, tiende a convertirse en alguien peligroso y persecutorio. Hay que

investigarlo, objetivo que existe siempre, más o menos racionalizado (y facilitado por las nuevas tecnologías de la información, así como por la necesaria y creciente legislación protectora de los derechos de los pacientes). Todo progreso analítico da lugar a su contrapartida, pues es algo peligroso: se debe al *pecho*, tiene que ver con la posibilidad de una *vinculación*, siempre peligrosa. Es el motivo de que cada progreso lleve pronto a ataques al psicoanalista.

Cuando predomina esa organización en el paciente en análisis es fácil de entender que tendamos a colocarnos también nosotros en posición defensiva (paranoide), o bien en posición de *soportar mucho*. He ahí en marcha el peligro de perversión sadomasoquista de la transferencia, incluso con pacientes que mejoran externamente de forma notable, al estar más contenidos. Si la organización paranoide se halla fuertemente anclada en la personalidad del sujeto, se tratará frecuentemente, sobre todo al principio, de apariencias, de seudoestructuras, de *falsos self*. Porque una forma de transferencia perversa consiste en tener al analista atemorizado y tan a la defensiva como lo está el paciente (el búnker solitario en medio de la noche). Pero como la identificación proyectiva intrusiva es sumamente potente, por necesitada para el paciente, se trata de una derivación frecuente que hay que vigilar a través de nosotros mismos, de nuestra contratransferencia, activamente. Y no precisamente por hipertrofiar el valor y la seguridad de la contratransferencia, puesta tan de moda por determinadas aproximaciones «ateoréticas» del psicoanálisis contemporáneo, sino por la dificultad de utilizar otros signos con un cierta seguridad, cosa frecuente en estos pacientes.

El Sr. B, *insistía en cambios de encuadre, en especial del número de sesiones. Cuando se le recogía el tema como una muestra de su tendencia a controlar el tratamiento y controlarme a mí, ante el temor de una relación más abierta, era posible vislumbrar si se hallaba o no dominado por la organización paranoide por las amenazas veladas y violencias verbales que podía llegar a utilizar con el fin de tenerme «calladito sobre el tema». Se trataba de un tema que, claramente, prefería utilizar bien para forzarme y/o forzar el encuadre o bien para amenazarme con esas manifestaciones de su violencia emocional y mental. Ciertamente, ante ellas, tenía que echar mano una y otra vez de toda mi confianza y esperanza en que en otro momento el Sr. B. podría traer a las sesiones esos temas, única forma de no dejarme arrinconar en las posturas masoquistas del tipo «No se puede hablar de eso. Paciencia».*

Los pacientes que cuya organización relacional se estructura de forma paranoide tienden a vivir al analista no sólo como un perseguir, sino *como un súperyo perseguidor*: sádico, cruel y parcial —con el cual no es difícil que nos identifiquemos de forma inconsciente, por contratransferencia complementaria. Utilizan pues nuestros errores y dificultades para justificar su desconfianza y sus ataques. Cuando la relación paranoide domina la relación terapéutica se instaura un modelo de interacción cargado de ansiedad persecutoria para el profesional: puede inducirnos a la reacción proyectiva más o menos encubierta (actuaciones para «proyectar» o «librarse» del paciente), a disociarnos física o emocionalmente de él, a la perversión en la transferencia y la contratransferencia, o bien a formas sumamente direc-

tas de colisión entre el paciente y el analista para no hacerse cargo del dolor mental. Es una diferencia importante con respecto a la *relación incontinente mediante la acción*, organización en la cual la relación tiende a oscilar más frecuentemente entre la *colusión* (frecuente e inconsciente) y la *colisión* (mucho más ocasional, casi sólo puesta en marcha cuando se contradice directamente la tendencia evacuatoria del paciente). Por el contrario, en la organización paranoide de la relación se busca un continente asegurado mediante la amenaza de agresión, persecución, ataque inmisericorde (lo que, como puede suponerse, es una contradicción *in terminis*). Es visible entonces a menudo la necesidad imperiosa de construir una ilusión de omnipotencia defendida: de ahí que el narcisismo pueda hacerse activamente destructivo (el *narcisismo maligno* de Kernberg 1994). Su objetivo es proteger un yo-niño pobre y frágil, tan bien manifestado por el Sr. P. cuando siente con enorme realismo que «*se le caen los pantalones o que teme orinarse encima*».

Tan sólo unas palabras consecutivas sobre técnica: creo que precisamente ese aspecto frágil que intenta crecer, es el que más interesa recoger, señalar e interpretar, poner en contacto con el tratamiento y con el propio paciente. Eso significa ayudar a preservar *aspectos reparatorios del self* del ataque de los aspectos envidiosos, perversos, sado-masoquistas, melancólicos, etc mediante la puesta en contacto con el niño aterrorizado que se defiende y/o ataca por temor a la humillación y la soledad. Creo que es la línea interpretativa (y de contención) fundamental en estos casos. Que la pareja analítica pueda oír y preguntarse en conjunto por qué ese niño, grita una y otra vez, aterrorizado: «*No es culpa mía. Es culpa tuya. Tu me lo has hecho*» (Cooper 1993). O, «*No me quieren. Me engañarán*», como personalmente prefiero enfatizar.

A nivel de contratransferencia, por lo que llevamos dicho, los peligros fundamentales provendrán de la instilación en nosotros del terror, la des-confianza, la des-esperanza, el des-amor (mediante identificaciones proyectivas masivas des-identificadorias). También, las desviaciones del encuadre motivadas por el temor. Otro sí, las colusiones hacia la relación masoquista o sádica. Si el terapeuta está suficientemente alterado a nivel inconsciente por la relación con el paciente, puede llegar a vivir la misma dominado por la fantasía inconsciente de *mamá omnipotente que aguanta todo* o bien, alternativamente, por la de *mamá destruida, que no puede más y se abandona al dominio del bebé controlador*. Incluso hay muestras y comunicaciones científicas que hablan del peligro real de colusión contratransferencial y de actuaciones contratransferenciales de forma tal que analista y paciente (o psicoterapeuta y paciente) hacen alianzas del tipo de las familias de *bandas de chicos y familia-banda* (Meltzer y Harris 1989).

Podemos percibir (y prevenir) en nosotros mismos esas desviaciones, en primer lugar, si percibimos una intolerancia creciente por parte del paciente a la investigación analítica, intolerancia ante la cual estamos reaccionado con abatimiento. O bien cuando, por temor a los ataques sádicos del paciente, el psicoanalista puede estar demasiado atemorizado, demasiado culpabilizado por sus (seguros) errores con este tipo de pacientes; o coludiendo demasiado como para hacer *psico-análisis*.

Alternativamente, si se organiza una *relación paranoide de la transferencia*, eso puede llevarnos a atacar al paciente, de forma verbal y paraverbal —tendencia que hemos de poder observar en nosotros mismos cuando se pone en marcha o cristaliza la *organización paranoide de la transferencia* con pacientes en tratamiento. Sobre todo, porque ese tipo de interacciones de las cuales venimos hablando suele ser vivida por nosotros con gran sufrimiento, lo que puede llevarnos a atacar... Es un peligro de esa *organización paranoide de la relación terapéutica* cuando resbala hacia la *contratransferencia paranoide*. Aparte de los riesgos intrínsecos de tal relación (muy poco terapéutica en realidad) no hay que olvidar que promueve directamente el peligro de persecución del analista por parte del paciente dentro y fuera del análisis, como ilustran varios cuadros y situaciones descritas, por ejemplo, por Kernberg (1994). Los problemas técnicos allí presentados creo que son un excelente estímulo para perfilar la teoría de la relación paranoide y evitar desviaciones técnicas que muestran otros trabajos psicoanalíticos contemporáneos.

Otra dificultad contratransferencial proviene de lo difícil que es contener una y otra vez la irrupción de la oralidad regresiva inundante que aparece al progresar el tratamiento, así como el intenso sufrimiento vinculado a las ansiedades reparatorias. La reiteración de esas regresiones patológicas puede hacernos vivir la situación analítica como des-esperante.

El Sr. P, durante largos períodos, podía crear en el análisis esa situación emocional cargada de violencia y amenazas de la cual vengo hablando. Sin embargo, en una de las temporadas en las cuales ese era el clima dominante en el tratamiento, hasta el extremo de que yo me sentía ahogado en mis capacidades de comunicar, abrir nuevos campos, nuevas vías, salir adelante, tuve que hacer unas cuantas sesiones ayudándome a caminar con unas muletas: el primer día que el paciente me vio con las mismas, intentó comenzar a hablar en la sesión pero, a las pocas palabras, comenzó a llorar de forma desconsolada, a momentos silenciosa y a momentos convulsa. Siguió así durante gran parte de la sesión, sin poderse recuperar, y aún años después, cuando recordaba la situación, podía volver a ponerse a llorar.

Esa es la otra parte de la «relación analítica» en ese tratamiento: aquí aparece la relación reparatoria. Creo que su llanto tenía que ver con fantasías y pensamientos acerca de su destructividad (y, por tanto, con un cierto «insight»). También, con la dura comprobación de que soy dañable, no tan fuerte como me necesitaría para hacerme el blanco permanente de su ira y resentimiento. El temor a perderme por el daño que me hace puede crecer y crecer...

Ante la misma situación, el Sr. B hizo un pesado silencio y, de entrada, ni mencionó el tema. Ocasionalmente, en los días siguientes lo nombró con cuidado y pesar, aunque, evidentemente, sin querer entrar en él.

He ahí algunas de las dificultades específicas del tratamiento psicoanalítico de pacientes en los cuales domina la *organización (o estructura) paranoide de la*

relación. El cambio, si bien nunca completo, nunca «curación» (como recuerda Arnold Cooper), requiere toda una experiencia transferencial prolongada con un analista *único y consistente*: una dificultad añadida más. Si bien un segundo análisis, un «re-análisis», puede beneficiar a algunos pacientes, en el caso del paciente dominado por la organización paranoide de la relación, ese cambio significa en sí mismo una lesión añadida. Es un tema que hay que meditar seriamente antes de comenzar un tratamiento analítico o antes de aplicar «intersubjetivismos demasiado aventurados» con un consultante de estas características, porque el paciente siempre tenderá a pensar como Marat en sus más lúcidos y paranoides momentos:

*«Nunca habéis de fiaros
de los que os den golpecitos amistosos en la espalda
y dicen que en el fondo ya no hay diferencias
y que ya no merece la pena hablar de ello
o pelearse por tan poco,
porque entonces es que han llegado al colmo de su poder
en sus nuevos castillos de mármol y de acero
desde los cuales expolían todo el mundo
bajo el lema de hacer reinar en él
la civilización».*

Del monólogo de J-P. Marat en el primer acto de «Persecución y asesinato de Jean-Paul Marat», de Peter Weiss (1964).

Referencias.

- APA (1994). *Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales -IV*. (4a edición). Barcelona: Masson.
- Balint, E y Novell, J.S. (comps.) (1979). *Seis minutos para el paciente*. Buenos Aires: Paidós.
- Bercherie, P. (1990). Réflexions sur l'histoire du concept de paranoïa. *Perspectives Psychiatriques* 1990, 29 (21): 4-7.
- Bion, W. (1999). *Experiencias en grupos*. Buenos Aires: Paidós [Original de 1959].
- Bloch, H.S. (1989). The Common Core of Paranoia and Depression. *Psychoanalytic Inquiry* 9,3: 427-449.
- Bofill, P y Tizón, J.L. (1994). *Qué es el psicoanálisis: Orígenes, temas e instituciones actuales*. Barcelona: Herder
- Bonime, W. (1979). Paranoid Psychodynamics. *Contemp. Psychoanal.* 15: 514-526.
- Bonime, W. (1979). The Paranoid and the Depressive-Dynamic Correlations. *Contemp. Psychoanal.* 15: 556-574.
- Botella, C. y Botella, S. (1982). Sur la carence auto-érotique du paranoïaque. *Revue Française de Psychanalyse*. 46,1: 63-79.
- Castilla del Pino, C. (1998). *El delirio, un error necesario*. Oviedo: Nobel.
- Coderch, J. (1975). *Psiquiatría dinámica*. Barcelona: Herder.
- Cooper, A. (1993). Paranoia: a part of most analyses. *JAPA* 41,2: 423-442.
- Denis, P. (1982). Homosexualité primaire: Base de contradiction. *Rev. française de Psychanal.* 46,1: 35-42.
- Escario, L. (1995). Sobre el resentiment. *Rev. Catalana de Psicoanálisi* 12,1: 5-20.
- Fenichel, O. (1958). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Ferenczi, S. (1911). Un cas de paranoïa déclenché par une excitation de la zone anale. En *Oeuvres Complètes*, t.1. Paris: Payot (pp. 146-149). (traducción castellana: *Psicoanálisis* (tomo 1). Madrid: Espasa-Calpe 1981-1984).

- Ferenczi, S. (1911). Le rôle de l'homosexualité dans la pathogénie de la paranoïa. En *Oeuvres Complètes*, t.1. Paris: Payot (pp 172-188). (traducción castellana: *Psicoanálisis* (tomo 1). Madrid: Espasa-Calpe 1981-1984).
- Fonagy, P; Higgitt, A. (1990) A developmental perspective of borderline personality disorder. *Revue Int. Psychopathologie* 1: 125-159.
- Freeman, Th..(1972). *Psicopatología de las Psicosis*. Barcelona: Toray.
- Freixas, J. (1997). *Psicopatología Psicoanalítica: El model Freud-Abraham*. Barcelona: Columna.
- Freud, S. (1896). Nuevas puntualizaciones sobre las neuropsicosis de defensa. En *Obras Completas* de Sigmund Freud. (Tomo 3, pp. 157-185). Buenos Aires: Amorrortu 1985.
- Freud, S. (1910). Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci. O.C. 11 (pp. 53-129). Buenos Aires: Amorrortu 1985.
- Freud, S. (1911). Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoïa («Demencia paranoïdes») descrito autobiográficamente. O.C. 12. (pp. 11-73). Buenos Aires: Amorrortu 1989.
- Freud, S. (1912). Apéndice de las «Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoïa («Demencia paranoïdes») descrito autobiográficamente». O.C. 12. (pp. 74-77). Buenos Aires: Amorrortu 1989.
- Freud, S. (1915). Un caso de paranoïa que contradice la teoría psicoanalítica. O.C. 14 (pp. 259-273). Buenos Aires: Amorrortu 1985.
- Freud, S. (1918). De la historia de una neurosis infantil. O.C. 17 (pp. 1-113). Buenos Aires: Amorrortu 1985.
- Freud, S. (1922). Sobre algunos mecanismos neuróticos en los celos, la paranoïa y la homosexualidad. O.C. 18 (pp. 213-227). Buenos Aires: Amorrortu 1985.
- Freud, S. (1924). La pérdida de la realidad en la neurosis y en la psicosis. OC 19 (pp. 189-199). Buenos Aires: Amorrortu 1989.
- Gabbard, GO. (1994) *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: the DSM-IV Edition*. Washington: Amer. Psych. Press.
- Jiménez, JP. (1993). Un dilema fundamental de la técnica psicoanalítica: Reflexiones en torno al análisis de un paciente paranoïde perverso. En IJPA (ed.): *Libro Anual de Psicoanálisis IX* (1993). Sao Paulo: Escuta 1994. (traducido de Int.J. Psycho-Anal 1993,74: 478).
- Kernberg, O (1979). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós.
- Kernberg, O. (1984). *Severe personality disorders*. Yale: Yale University.
- Kernberg, O. (1992). Psychopathic, Paranoid and Depressive transferences. *I.J.P.A.* 1992, 73,13: 13-28 (también en Kernberg 1994).
- Kernberg, O. (1994). *La agresividad en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Obras Completas*, Vol. 3 (pp. 10-33). Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1952). Algunas conclusiones teóricas sobre la vida emocional del bebé. En *Obras Completas*, Vol.3. Barcelona: Paidós.
- Klein, M. (1957). Envidia y gratitud. En *Obras Completas*, Vol. 3 (pp. 181-240). Barcelona: Paidós.
- Lacan, J. (1975). *De la psychose paranoïque dans ses rapports avec la personnalité. Premiers écrits sur la paranoïa*. Paris: Seuil.
- Liberman, D. (1978). *Comunicación y psicoanálisis*. Buenos Aires: Alex ed.
- MacKinnon, R.A., y Michels, R. (1971). *Psiquiatría clínica aplicada*. México: Interamericana.
- Mehra, K. (1993). Mark: Acute Paranoid Breakdown and Treatment. En M. Laufer y ME Laufer (eds). *Development Breakdown and Psychoanalytic Treatment in Adolescence*. New Haven and London: Yale Universities Press.
- Meissner, W.W. (1978). *The paranoid process*. New York: Jason Aronson 1978.
- Meissner, W.W. (1979). Narcissism and Paranoia: A Comment on «Paranoid Psychodynamics». *Contemp. Psychoanal.* 15: 527-538.
- Meltzer, D. (1973). *Estados sexuales de la mente*. Buenos Aires: Kargieman.
- Meltzer, D, Harris M, Hayward B (1989). *La familia en la formación de l'individu*. Barcelona: Espaxs.
- Millon, T. (1996). *Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV*. Barcelona: Masson 1998.
- Millon, T. (1999). *Personality Guided Therapy*. New York: Wiley and Sons.
- Millon, T, Everly GS (1985). *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca 1994.
- Nicolò, G; di Maggio G; Semerari, A; Carcione, A. (2001). Metacognición y trastorno paranoïde de personalidad. *Revista de Psicoterapia* 12, 45: 117-136.
- Niederland, W.G. (1974) *The Schreber case: Psychoanalytic Profile of a Paranoid Personality*. New York: Quadrangle/Times Books.

- Odham, J.M. y Bone, S.(eds.) (1995). *Paranoia*. New York: International Universities Press.
- Prat, R. (2000). Barrière paranoïque contra invasion autistique. Note sur le cas Schreber. *Evol Psychiatr.* 65: 421-435.
- Recamier, P.C. La paranoia revisitée. *Perspectives Psychiatriques* 1990,29 (21): 8-21.
- Richards, A. (1982). The paranoid process. *Psychoanalytic Quarterly* 4,3: 447-454.
- Rosenfeld, D. (1992). *The Psychotic: Aspects of the Personality*. Londres: Karnac.
- Rosenfeld, H.A. (1949). Observaciones sobre la relación entre la homosexualidad masculina y la paranoia, ansiedad paranoide y narcisismo. En *Estados Psicóticos*. Capítulo 2. Buenos Aires: Hormé 1968.
- Rosenfeld, H.A.. (1963). Observaciones sobre la psicopatología y el tratamiento psicoanalítico de la esquizofrenia. En *Estados Psicóticos*. Capítulo 9. Buenos Aires: Hormé 1968.
- Rosenfeld, H.A. (1964). Psicopatología del narcisismo: Enfoque clínico. En *Estados Psicóticos*. Capítulo 10. Buenos Aires: Hormé 1968.
- Rosenfeld, H.A. (1964). Psicopatología de la hipocondría. En *Estados Psicóticos*, capítulo 11. Buenos Aires: Hormé 1968.
- Rosenfeld, H.A. (1966). *Estados psicóticos*. Buenos Aires: Hormé 1968.
- Steiner, J. (1987). The interplay between pathological organizations and the paranoid-schizoid and depressive positions. *Int J. Psycho-Anal.* 68: 69:-80.
- Tizón, J.L. (1995). *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona: Biblària.
- Tizón, J.L. (1996). *Componentes psicológicos de la práctica médica*. Barcelona: Biblària .
- Tizón, J.L. (1999). Hipocondría e organización relacional paranoide. *Cadernos de Psicología* 2001,28: 51-79 (Versión Castellana: Modelos psicoanalíticos para la hipocondría. *Archivos de Neurobiología* 1999, 62,2: 99-123).
- Tizón, J.L. (2000). Psicopatología relacional de las Psicosis: Apuntes para la fundamentación del tratamiento psicológico de los trastornos psicóticos. *Rev. de Psicopatología y Psicoterapia* 2000, 20, 44: 25-78.
- Tizón, J.L. (2000) Las percepciones sensoriales anómalas en la clínica: I. Clínica y semiología. *Formación Médica Continuada* 1999; 10,6: 679-690. II. Etiopatogenia y aproximación terapéutica. *Formación Médica Continuada* 2000 ,7,1: 12-20.
- Tizón, J.L. (2000). Reflexiones sobre «la psicopatología» a partir de la clínica psicoanalítica. *Rev. de Psicoanálisis de la Asoc. Psicoanalítica de Madrid*, 32: 159-183.
- Tizón, J.L. (2001). Agresividad y Organizaciones (psicopatológicas) de la relación en el funcionamiento límite. *Intersubjetivo / Intrasubjetivo* 2001,1,3: 5-28.
- Tizón, J.L.; San-José, J; Nadal, D. (1997). *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. Barcelona: Herder 1999.
- Waelder, R. (1951, 1999). Estructura de les idees paranoïdes. Revisió crítica de diverses teories. *Rev. Catalana de Psicoanàlisi* 16,2: 35-51.
- Weiss, P. (1969). *Persecución y asesinato de Jean-Paul Marat, representados por el grupo teatral de la Casa de Salud de Charenton, bajo la dirección del Señor de Sade. Drama en dos actos*. Barcelona: Grijalbo [Original de 1964].

Notas.

¹ Aunque este es un trabajo fundamentalmente clínico-psicoanalítico, está en deuda con la amplia revisión empírica de casos de psicosis que hemos necesitado desarrollar para la realización del *Proyecto SASPE* (apoyado por la beca de investigación 02E/99 de la Fundació Seny y la Agencia para la Evaluación de la Investigación y las Tecnologías Médicas de Catalunya) y el *Proyecto LISMEP* (Ayuda a la investigación 014510/2001 de la Fundación MaratóTV3 y la Agencia Nacional Española de Evaluación y Prospectiva).

² Miembro Titular de la Sociedad Española de Psicoanálisis (IPA). Dirección: Roger de Llaúria 130, 1o, 3a. 08037-Barcelona. Email: <jtizon.pbcn@ics.scs.es>

³ Desde el punto de vista psicoanalítico, habría que añadir a esas nueve organizaciones un patrón no estable ni estructurado al que preferiría llamar *funcionamiento fronterizo o desequilibrio fronterizo* (Tizón 2001), para diferenciar una forma de relación que puede darse en numerosos cuadros psicopatológicos graves con respecto a un trastorno concreto de personalidad (*borderline o fronterizo* según el DSM-IV, 1994; de "inestabilidad emocional de la personalidad" en la CIE-OMS, 1995).

⁴ Si bien habría que replantearse profundamente el concepto de *proyección*, como ya intentó con seriedad Waelder (1951): proponía, por ejemplo, diferenciar entre proyección del *super-Yo* y pro-

yección de las pulsiones o motivaciones. De igual forma, habría que replantearse toda la teoría de los *mecanismos de defensa*, que es un componente fundamental de la *psicopatología psicoanalítica general*: cuando hablamos de mecanismos de defensa a menudo estamos englobando en el mismo saco fenómenos muy diferenciados. Por ejemplo, en cuanto a su complejidad: no es fácil considerar en una misma clase a fenómenos elementales con la escisión y a fenómenos con la “identificación proyectiva” o la “defensas maníacas”.

Seguendo a H. Delgado, a algunos psiquiatras sudamericanos y, en ámbitos hispánicos, a Bartolomé Llopis, tradicionalmente he preferido traducir el término inglés *delusion* como equivalente del alemán *wahn*, por *delusión*.. Preferiría dejar el término *delirium* o, tal vez incluso el de *delirio*, para los cuadros psicóticos que implican una clara alteración de la consciencia, en el sentido neuropsicológico de *vigilancia*. *Delusion* viene del latín y significa *engaño, ilusión*, mientras que *delirium* y *delirio* significan “salirse del surco” (*lira*). Psicopatológicamente creo que es más exacto hablar de *delusion-wahn-delusión* y *delirium-deliv-delirium* —o *delirium-wahn-delirio* (para una discusión más amplia pueden verse las notas de los traductores al libro de T. Freeman, 1971).

⁶Y aquí no puedo sentirme del mismo lado que Cooper (1993), como en otras muchas finas percepciones suyas: creo que en su trabajo no quedan suficientemente claras las diferencias entre *trastorno paranoide de personalidad, paranoia, delirio paranoide* y *relación paranoide*. Empero, no hemos de olvidar que, de los cuatro conceptos, sólo éste último puede ser considerado un concepto psicoanalítico. Los otros han sido estudiados y definidos con (cierta) precisión ya hace decenios por la psicopatología descriptiva.
