



Una Contribución al estudio de los estados límites

Andrés García Siso

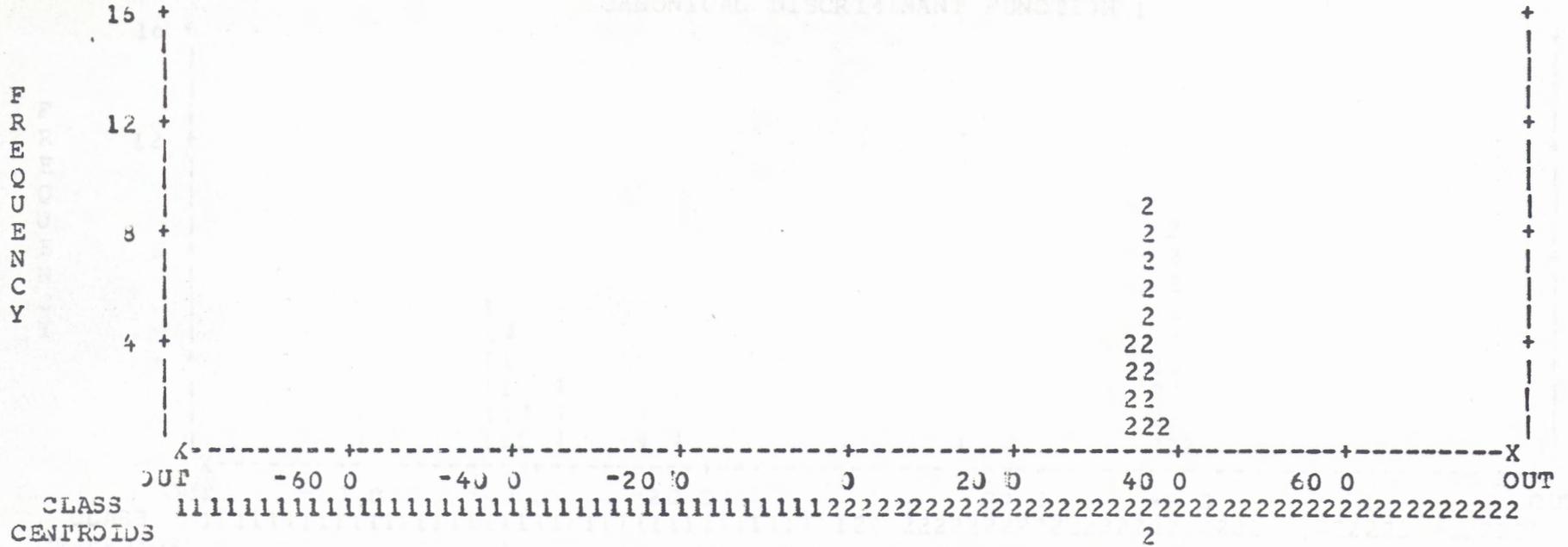
ADVERTIMENT. La consulta d'aquesta tesi queda condicionada a l'acceptació de les següents condicions d'ús: La difusió d'aquesta tesi per mitjà del servei TDX (www.tdx.cat) i a través del Dipòsit Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha estat autoritzada pels titulars dels drets de propietat intel·lectual únicament per a usos privats emmarcats en activitats d'investigació i docència. No s'autoritza la seva reproducció amb finalitats de lucre ni la seva difusió i posada a disposició des d'un lloc aliè al servei TDX ni al Dipòsit Digital de la UB. No s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX o al Dipòsit Digital de la UB (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant al resum de presentació de la tesi com als seus continguts. En la utilització o cita de parts de la tesi és obligat indicar el nom de la persona autora.

ADVERTENCIA. La consulta de esta tesis queda condicionada a la aceptación de las siguientes condiciones de uso: La difusión de esta tesis por medio del servicio TDR (www.tdx.cat) y a través del Repositorio Digital de la UB (diposit.ub.edu) ha sido autorizada por los titulares de los derechos de propiedad intelectual únicamente para usos privados enmarcados en actividades de investigación y docencia. No se autoriza su reproducción con finalidades de lucro ni su difusión y puesta a disposición desde un sitio ajeno al servicio TDR o al Repositorio Digital de la UB. No se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR o al Repositorio Digital de la UB (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al resumen de presentación de la tesis como a sus contenidos. En la utilización o cita de partes de la tesis es obligado indicar el nombre de la persona autora.

WARNING. On having consulted this thesis you're accepting the following use conditions: Spreading this thesis by the TDX (www.tdx.cat) service and by the UB Digital Repository (diposit.ub.edu) has been authorized by the titular of the intellectual property rights only for private uses placed in investigation and teaching activities. Reproduction with lucrative aims is not authorized nor its spreading and availability from a site foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository. Introducing its content in a window or frame foreign to the TDX service or to the UB Digital Repository is not authorized (framing). Those rights affect to the presentation summary of the thesis as well as to its contents. In the using or citation of parts of the thesis it's obliged to indicate the name of the author.

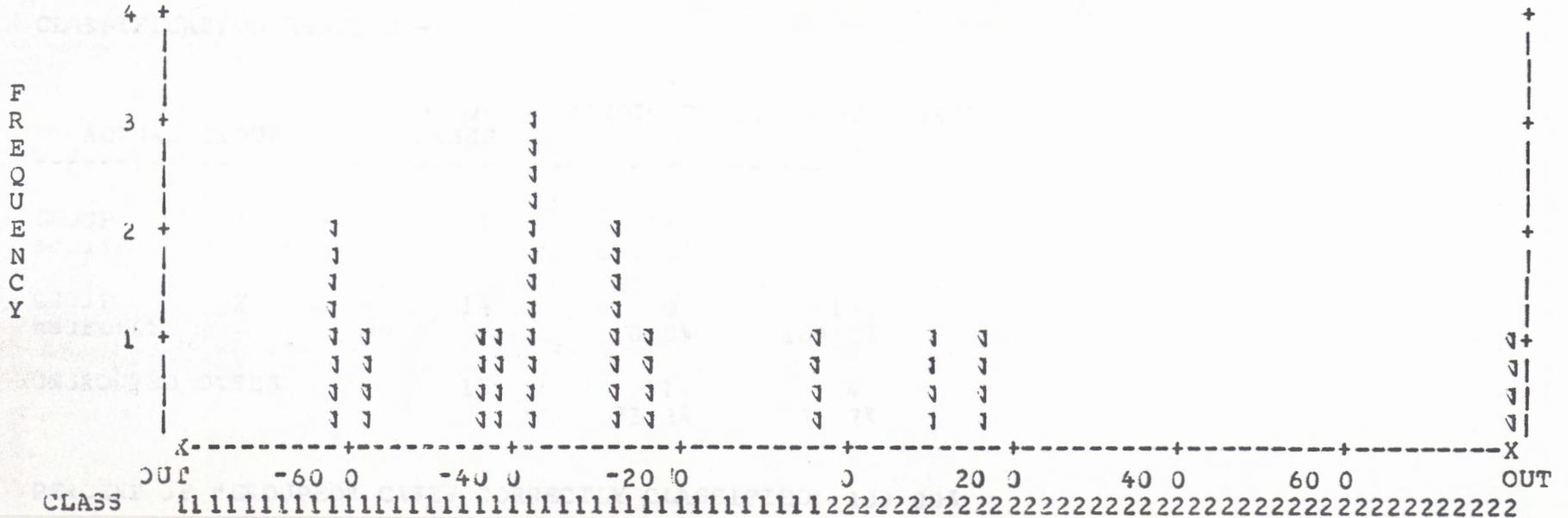
HISTOGRAM FOR GROUP 2 neurotico

CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTION 1

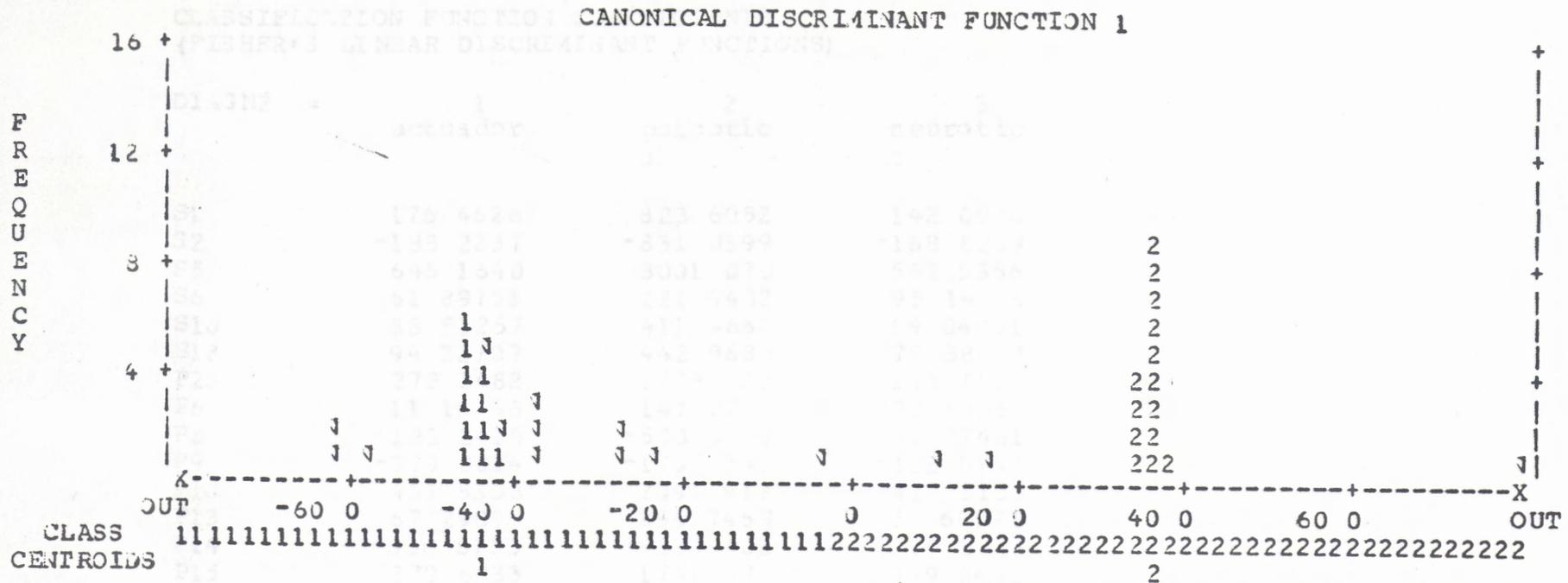


HISTOGRAM FOR UNGROUPED CASES

CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTION 1



ALL-GROUPS STACKED HISTOGRAM



CLASSIFICATION RESULTS -

ACTUAL GROUP	NO OF CASES	PREDICTED GROUP MEMBERSHIP	
		1	2
GROUP 1 actuator	11	11 100 0%	0 0 0%
GROUP 2 neurotic	14	0 0 0%	14 100 0%
UNGROUPED CASES	15	11 73 3%	4 26 7%

PERCENT OF "GROUPED" CASES CORRECTLY CLASSIFIED: 100 00%

CLASSIFICATION FUNCTION COEFFICIENTS
(FISHER'S LINEAR DISCRIMINANT FUNCTIONS)

DIAGN2 =	1 actuador	2 psicotic	3 neurotic
S1	176 4626	823 6052	142 6936
S2	-183 2237	-831 0399	-168 8259
S5	646 1640	3001 070	562 5356
S6	61 89751	221 4482	95 14816
S10	88 51257	411 4662	69 04951
S12	94 22707	442 9683	79 38692
P2	278 2482	1293 823	246 7132
P6	11 18766	141 2271	-33 84563
P8	-123 2415	-593 3563	-97 77461
P9	-379 8814	-1795 541	-322 0747
P10	453 8308	2094 913	414 1136
P13	67 29099	294 7469	53 68571
P14	-930 8153	-4380 403	-799 3848
P15	379 6033	1741 473	349 6442
SCH2	292 2639	1353 180	278 1664
SCH5	-409 4078	-1923 432	-350 9632
SCH6	-218 0006	-1048 144	-202 7092
SCH7	-3 759365	-37 87758	10 4587J
SCH13	-63 93220	-300 4156	-51 58575
SCH15	-227 6729	-1064 156	-194 7612
SCH17	148 9461	687 1743	126 7060
C3	161 8069	740 2969	143 6035
C6	154 3545	701 0527	165 1261
C7	591 4176	2728 702	520 3162
C9	-575 9631	-2674 126	-523 5433
C10	-208 4072	-982 4494	-200 3148
C13	497 7343	2284 154	464 7941
C14	597 8115	2783 654	519 9956
C15	35 00539	152 3950	29 05864
C17	30 57251	142 4587	30 08644
(CONSTANT)	-227 9926	-4396 575	-224 2528

CLASSIFICATION RESULTS -

ACTUAL GROUP	NO. OF CASES	PREDICTED GROUP MEMBERSHIP		
		1	2	3
GROUP 1 actuador	11	11 100 0%	0 0 0%	0 0 0%
GROUP 2 psicotico	15	0 0 0%	15 100 0%	0 0 0%
GROUP 3 neurotico	14	0 0 0%	0 0 0%	14 100 0%

PERCENT OF "GROUPED" CASES CORRECTLY CLASSIFIED: 100 00%

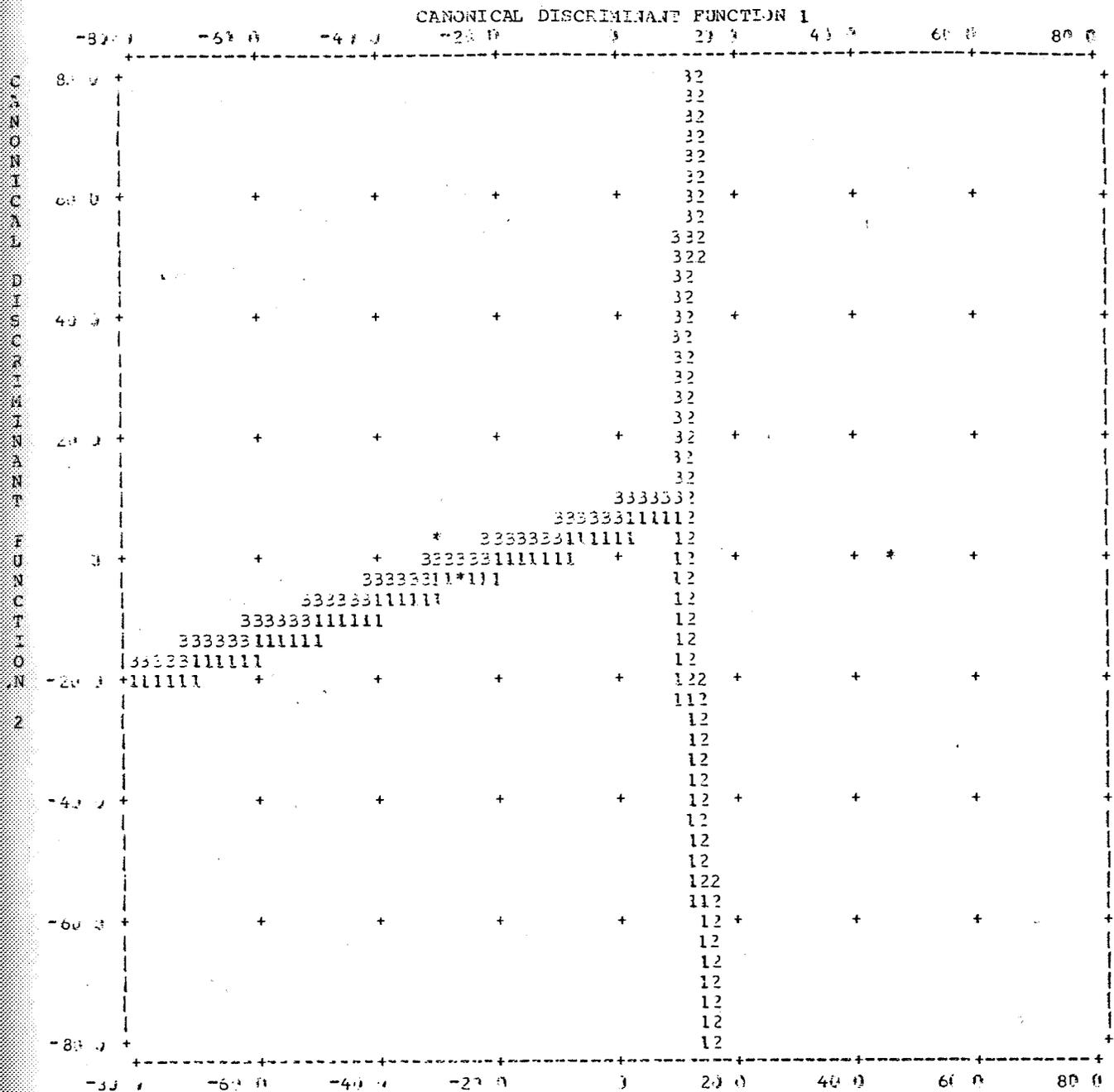
CLASSIFICATION PROCESSING SUMMARY

40 CASES WERE PROCESSED
 0 CASES WERE EXCLUDED FOR MISSING OR OUT-OF-RANGE GROUP CODES
 0 CASES HAD AT LEAST ONE MISSING DISCRIMINATING VARIABLE
 40 CASES WERE USED FOR PRINTED OUTPUT

18-Apr-99
17:53:19

test le szondi
Centre D'Informatica de J B I B A 399 173 VM/SP CAS 5

TERRITORIAL MAP * INDICATES A GROUP CENTROID

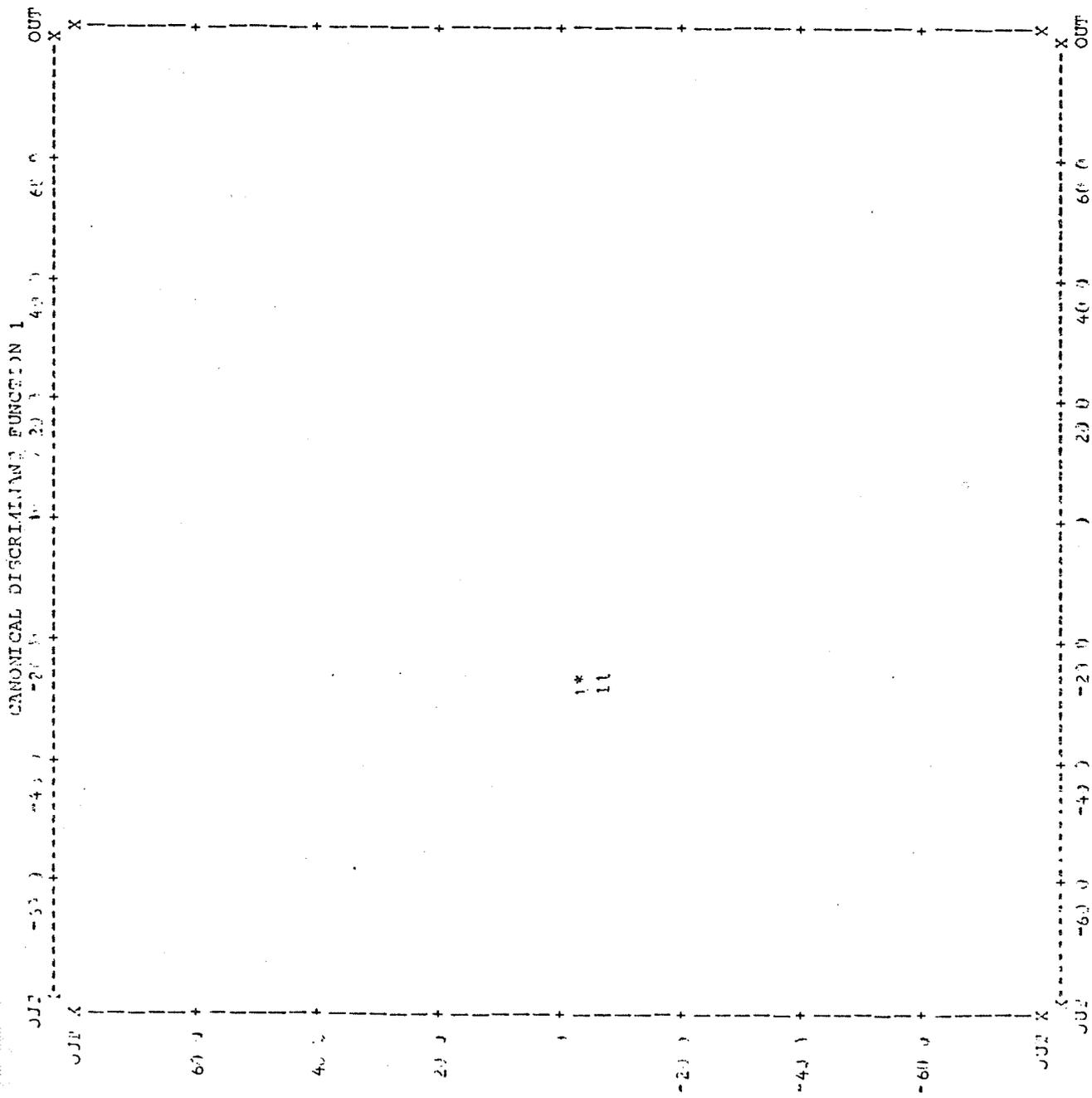


18-Apr-99
17:53:19

test le szondi
Centre D'Informatica de J B I B A 399 173 VM/SP CAS 5

TRANSFORMACION DE COORDENADAS DE UN GRUPO CENTROIDE

INDICACIONES A GRUPO CENTROIDE

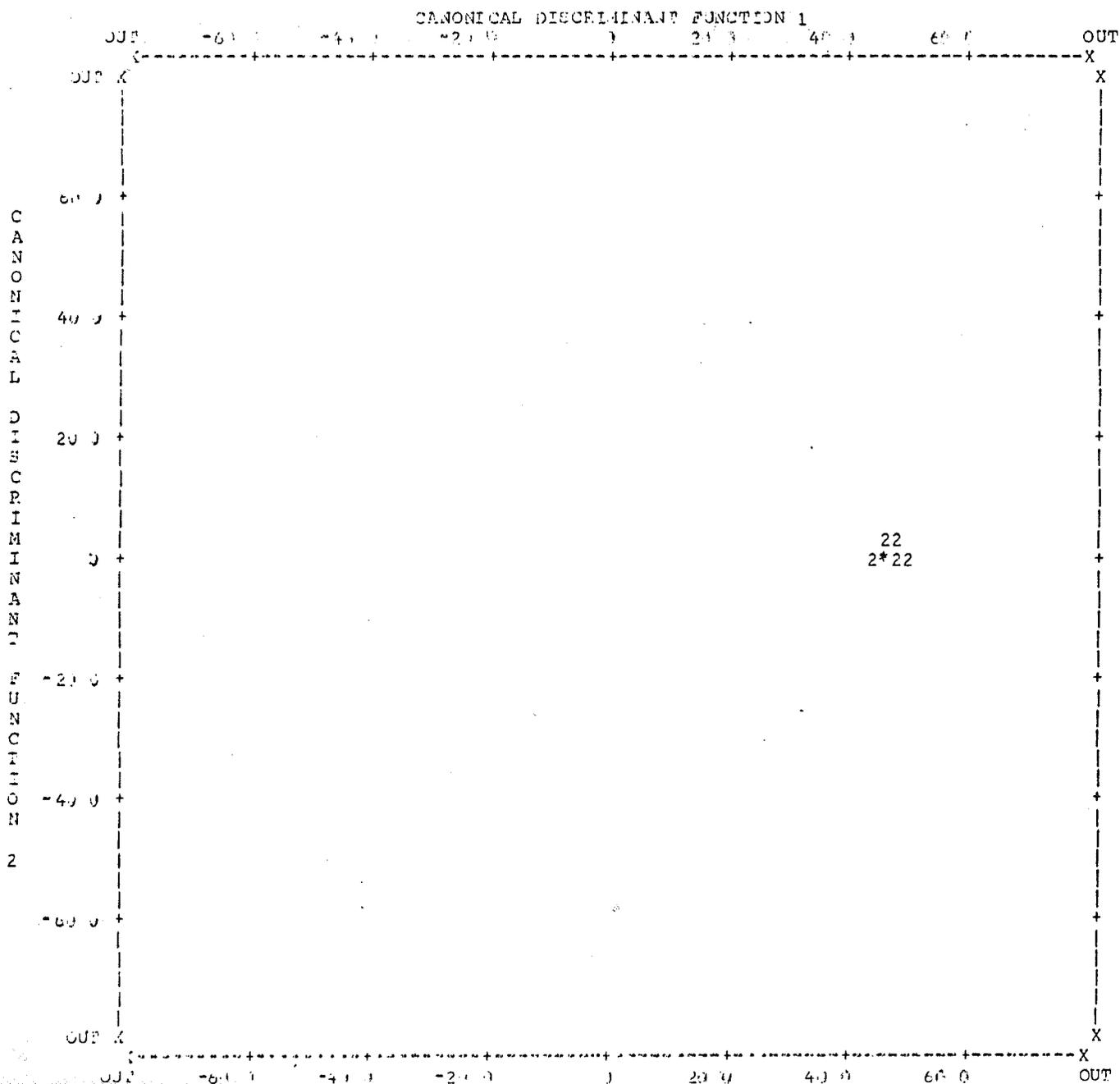


1200P I actuator
 CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTION 1
 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100

1*
11

CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTION 2

GROUP 2 psicotico * INDICATES A GROUP CENTROID



GROUP

neurotics

* INDICATES A GROUP CENTROID

TABLA 3.3

CANONICAL DISCRIMINANT FUNCTION 1

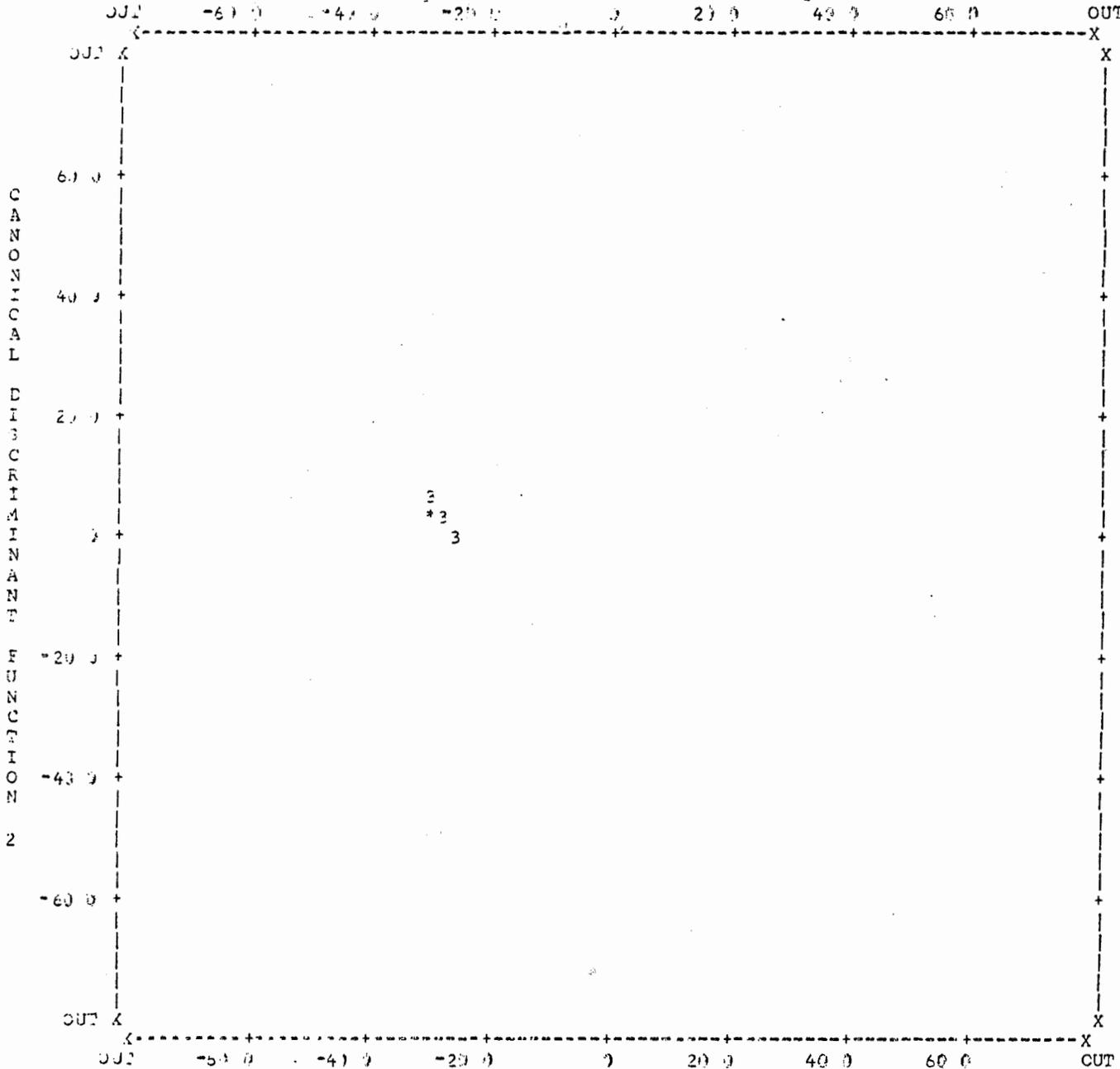
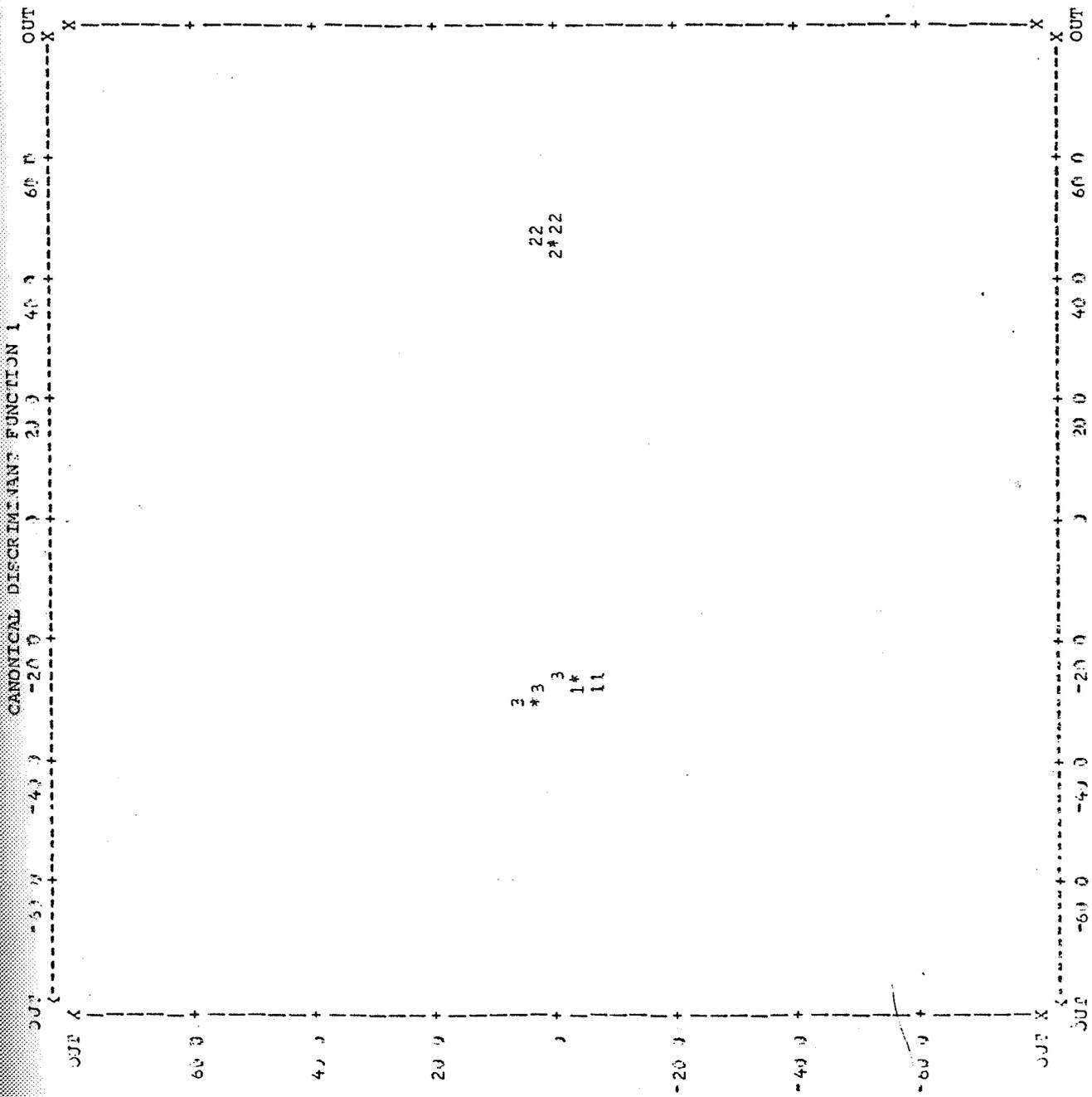


TABLA 3.3



13-Apr-90 test de szodi
 17:53:19 Centre D'Informatica de U B I B M 3092 170 VM/3P CMS 5

CLASSIFICATION RESULTS -

ACTUAL GROUP	ID OF CASES	PREDICTED GROUP MEMBERSHIP		
		1	2	3
GROUP actuador	1	11 100 0%	0 0%	0 0 0%
GROUP psicotico	2	0 0 0%	15 100 0%	0 0 0%
GROUP neirotico	3	0 0 0%	0 0 0%	14 100 0%

PERCENT OF "GROUP30" CASES CORRECTLY CLASSIFIED: 100 0%

CLASSIFICATION PROCESSING SUMMARY

- 40 CASES WERE PROCESSED
- 7 CASES WERE EXCLUDED FOR MISSING OR OUT-OF-RANGE GROUP CODES
- 0 CASES HAD AT LEAST ONE MISSING DISCRIMINATING VARIABLE
- 4 CASES WERE USED FOR PRINTED OUTPUT

5.8. - INDICES NUMERICOS.

Todos ellos se obtienen del perfil del primer Plano. (V.G.P.)

5.8.1. - INDICE PSICOSEXUAL.

- El índice sexual, también llamado Índice Dur/Moll, por referencia a las tonalidades musicales, Mayor/menor, pone en relación las tendencias masculinoides y las feminoides.

- Cada una de las 64 reacciones vectoriales ha sido clasificada, en uno u otro sentido. En el cociente han de sumarse, también, las acentuaciones (!) que las acompañen.

- Normalmente, la relación Dur/Moll, en el hombre es de 2/1, y en la mujer 1/2.

INDICE PSICOSEXUAL:

	DUR	MOLL	Propor. dur-M
A.L. ♂ :	40'45%	59'55%	1:1'47
A.L. ♀ :	41'72%	58'27%	1:1'39
A.L. "N":	40'15%	59'86%	1:1'49
A.L. "P":	41'75%	58'25%	1:1'39
Total A.L. :	41'02%	58'97%	1:1'43

Valores normales por varones: 2:1

Valores normales por mujeres: 1:1'5.2

Claramente, en nuestra muestra de adolescentes límite, la proporción Dur: Moll o índice psicosexual se

decanta del lado Moll, de las reacciones femeninas, practicamente sin diferenciarse, el grupo de varones del grupo de mujeres.

La proporción Dur:Moll se aproxima a los valores normales de una mujer y se invierten los valores en el subgrupo de adolescentes límite varones, de manera que no se diferencia del de mujeres.

5.8.2.- INDICE DE SOCIALIZACION.

- El Indice Social, se basa sobre el principio de que, cada una de las 64 reacciones vectoriales, puede clasificarse como socialmente positiva o socialmente negativa. Las reacciones de hipertensión (!), se considera siempre social-negativas.

- Se obtiene el indice social, con la fórmula:

$$(soc+) \times 100$$

$$(soc+) + (soc-) + \Sigma!$$

- Los valores normales se sitúan entre 40 y 50. Tiende a aumentar en los neuróticos superyoicos y a disminuir en los psicópatas asociales.

INDICE DE SOCIALIZACION.

X	DS	N
50'22%	9'7332	n=22
50'99%	12'5634	n=18

"N"	52'4861	9'8142	n=19
"P"	49'0031	11'8273	n=21
Total	50'5705	11'1032	n=40

8.3- Coefficiente de Tensión de Tendencia.

- El cociente de Tensión de Tendencias pone en relación la suma de reacciones nulas con las ambivalentes, $\Sigma(0)/\Sigma(\pm)$, es decir, los síntomas objetivos con los subjetivos.

- Se obtiene a través de la suma de todas las reacciones (0) y dividiéndolo por la suma de todas las reacciones (\pm).

- Los valores normales del C.T.T. se encuentra entre 1 y 3.

Coefficiente de Tensión de Tendencia.

A.L. δ

X= 1'8590, DS= 0'4880, n=22

A.L. ϕ

X= 2,3938, DS= 1'0679, n=18

A.L. "N"

X= 2'1927, DS= 0'8960, n=19

A.L. "P"

X= 2'0236, DS= 0'7938, n=21

A.L. Total

X= 2'12

5.8.4.- FRECUENCIA SINTOMATICA.

- El Indice Sintomático (Sy %) mide la relación, expresada en porcentaje, de las reacciones sintomáticas ($\pm, 0$) con respecto a la suma total de reacciones factoriales.

- Normalmente, su valor se sitúa entre 20 y 30. Un Indice Sintomático bajo, habla de rigidez, y, si es alto, ha de interpretarse respecto del C.T.T.

FRECUENCIA SINTOMATICA.

A.L. ♂

X= 34'5036%, DS= 7'6100, n=22

A.L. ♀

X= 31'9957%, DS= 6'3958, n=18

A.L. "N"

X= 32'9027%, DS= 7'0720, n=19

A.L. "P"

X= 33'7613%, DS= 7'4221, n=21

A.L. Total

X= 33'2%

5.8.5.- INDICE DE DESORGANIZACION GLOBAL.

- El indice de Desorganización da una idea de la intensidad de los procesos de clivaje.

- Se cuentan, en cada factor, sumándose, las reacciones + y las reacciones -, cuya suma se pone en el denominador de una fracción, que lleva en el numerador la

suma de las reacciones minoritarias (+ ó -), añadiendo, en los casos que lo presenten, las reacciones (!), salvo las correspondientes a (±).

- el valor es, normalmente, I.D.G. < 0'1. Si lo supera, nos habla de desestructuración.

Indice de desorganización global.

No hay diferencias significativas entre los subgrupos de adolescentes limite:

X	DS
A.L. "N": 0'8903	0'2366
A.L. "P": 0'8174	0'1753

Dado que el valor normal no ha de superar la cifra: 0'1, nos encontramos con un índice de desorganización global 8 veces superior al normal. Ya veremos su significación al interpretar los resultados.

5.8.6 — Indice de variabilidad global. - El índice de variabilidad mide el grado de de plasticidad total de una estructura pulsional.

- Se obtiene, dando un punto a cada cambio de signo factorial y haciendo la suma de dichos cambios, en cada uno de los ocho factores y en el total de los diez perfiles.

- Normalmente, el I.V.G. se situa entre los valores 10 - 35.

S	P	Sch	C
9'2	9'5	7'5	7 : X

A.L. "P" 3 3'2 3'4 2'8:D.S.

I.V.G.

A.L. "N" 7'3 7 7'4 6'3 : X

 2'9 3 3'3 3'3 : D.S.

A.L. 16'5 16'5 15'5 13'3 : 61'6I.V.G.

Vemos como el I.V.G. es superior en el subgrupo de A.L. "P" en términos generales; en los vectores S y P, particularmente.

6. - INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS.

Aunque en este capítulo, como en los capítulos subsiguientes, dedicados a la interpretación inmediata de los datos, nombraremos hipótesis que son tratadas y justificadas por los resultados, será al final, en la Discusión y Conclusiones de resultados, donde retomaremos las hipótesis, habiendo realizado una segunda elaboración de los resultados, que nos es necesaria para dar más profundidad a alguna de las hipótesis generales.

En esta primera etapa de interpretación de los resultados, bien es cierto que obtenemos todos los datos necesarios para justificar las hipótesis que deseamos demostrar, pero en algunos casos, como en la hipótesis H2.1.1. "El mecanismo del clivaje pulsional, estructura a la organización-límite de la personalidad en la adolescencia".

Se hace imprescindible la recapitulación y elaboración de los resultados y primeras interpretaciones parciales, para poder captar el concepto global, deducido de la interpretación del Perfil General y de los Perfiles diferenciales de los Subgrupos diagnósticos de Adolescentes-límite.

De hecho, la Hipótesis H2.1.1, surgió y se concretó, conforme fue avanzando el proceso de interpretación de resultados.

6.1.- INTERPRETACION DE LOS RESULTADOS DEL PERFIL GENERAL DEL ADOLESCENTE LIMITE.

En primer lugar, vamos a ir detallando las primeras e inmediatas conclusiones, que se derivan del análisis de los datos del perfil szondiano obtenido en la muestra estudiada de Adolescentes límite.

Esta primera interpretación se construye, directamente, a través de la recogida ordenada de los resultados y el sistema de interpretación, propuesto por Szondi, para cada uno de los resultados vectoriales, así como para su conjunto, dentro de cada vector.

Además, estos resultados vectoriales, son ordenados, en el sentido: vector C-->S--P-->Sch, para facilitar un orden de lectura, propiciado por J.Schotte y la escuela de Lovaina, como mejora (y no siendo contradictorio) con las lecturas de Szondi, como la del Borde-Medio, es decir, S y C, y luego, P y Sch.

Insistimos, en el carácter inmediato de la interpretación, casi de una traducción literal, datos o resultados muestrales e interpretación vectorial szondiana, porque, a continuación de esta primera lectura, realizaremos, en el mismo orden, una discusión de los resultados, de su interpretación directa, poniéndola en relación con los diferentes conceptos de diversos autores que nos sirven para ampliar y matizar estos primeros resultados.

Tenemos, entonces, una primera Interpretación restringida de los resultados del perfil, y una posterior Interpretación ampliada de los mismos datos y de la primera interpretación.

Vamos a ir interpretando cada uno de los resultados de los perfiles generales szondianos de los Adolescentes límite, un vector después de otro.

VECTOR C:

1.- Contacto de apego, posesivo, omnipotente. C(0+!) c(-!+!).

1.1.- Contacto de apego, dependiente, dual e incestuoso: viene caracterizado por una oralidad fuerte, respecto del objeto antiguo.

Una vivencia incestuosa con el objeto de la relación dual.

Un defecto en el contacto primario: Amor primario, función contenedora y envolvente.

Conflicto en la fase de "reacercamiento" de M. Mahler, de ahí que se introyecte el vacío, como herida narcisística.

Contacto que establece la relación S-O como poco diferenciada, de ahí que la denominemos: relación de objeto transicional o de diacrisis indecible.

Aparición de conductas impulsivas y dependientes, incluso adictivas, a objetos, animales o personas.

Tensión pulsional convertida en necesidad, con

la consiguiente descarga. Predomina la incorporación frente a la introyección.

Domina la relación dual y la confusión entre imagos parentales y padres reales. Con la agresividad, la relación incestuosa se tinte de sado masoquismo.

1.2.- Contacto del placer o apego plural. C(++).

Alternancia de la relación dual con la relación plural, evitando al tercero como significante del límite, de la prohibición, de la castración. Da lugar a un contacto polimorfo-perverso. Identificación con el objeto total omnipotente.

1.3.- Contacto regresivo infantil de apego simbiótico. C(OO).

Busca regresar a la indiferenciación, evitar, no solo al tercero como prohibición, sino al extraño, a cualquier signo de diferencia.

2.- Contacto inseguro, con angustia de pérdida, depresivo anaclítico e hipocondríaco.

Negación de la separación como mecanismo característico en el nivel de las representaciones del contacto.

Depresión anaclítica, por ambivalencia frente al objeto antiguo. C(O±)

Angustia de separación y de muerte. Ambivalencia frente a lo nuevo y al propio cuerpo como objeto "buffer" vivencias hipocondríacas, imagen del cuerpo inestable en

relación con las imagos parentales.C(±+) C(±±)

El Yo corporal se constituye en oposición al otro.

El paciente oscila entre el contacto totalizador, con toda clase de objetos, antiguo o nuevo, y el contacto autista, donde se quiere retener lo perdido. Ambivalencia entre la unión múltiple y la barrera de contacto.C(++),C(--).

3.- Contacto de distancia y capacidad para soltarse.

Contacto hipomelancólico e hipomaniaco, formas que se oponen a las de apego (principales en el adolescente-limite y descritas en el punto 1).

Capacidad para separarse. C(+ -), (0 -)

Dentro de las fases de separación-individuación, de M. Mahler, podemos distinguir, por orden de importancia, en el uso que hacen de ellas nuestro grupo de adolescentes-limite: primero, "reacercamiento", y luego, "ejercitación y separación".

La alternancia, presencia-ausencia, conlleva una elaboración simbólica que permite salir de la relación de objeto transicional, de una economía narcisista-anaclítica, con una angustia de abstinencia y de pérdida.

El paciente borderline sufre con frecuencia de la imagen del cuerpo, de la identidad en su encarnación corporal e incluso a través de manifestaciones psicosomáticas.

El vínculo sado-masoquista intenta reintegrar la

identidad, a través de la fusión del Self con el Objeto (asi lo explica H.Kohut en las personalidades narcisistas) incluso a lo desconocido.

El adolescente-limite como pseudoadolescente, alterna posesión, perennidad, fiesta de placer, y vagabundaje.

Destaca su parentesco con las psicopatías de contacto (Sucht) "la necesidad de asegurar la posibilidad eternamente disponible de un contacto".

Existe una facilidad para el acting-out (psicopatía) y para el acting-in (psicosomática). Además del parentesco con la psicopatía y la perversión, lo tiene con la personalidad alérgica.

El transtorno del contacto, que tiene manifestaciones psicopáticas y psicosomáticas, va en paralelo al transtorno del Yo, como disfunción entre Tener y Ser.

La personalidad narcisista funde Self y Objeto de manera estable, gracias a una doble piel de contacto, mientras en el adolescentes-limite predomina el clivaje en las representaciones del Self y del Objeto, debido al contacto de una piel en banda de Moebius.

VECTOR S

La organización límite tiene unas manifestaciones en el Vector S, según nos indican los resultados de la muestra estudiada, de Adolescentes-limite, que se

caracteriza por:

1)Carácter polimorfo de las reacciones vectoriales, compatibles con una organización polimorfo-perversa, es decir, de una dinámica perversa no estructurada, y con una perversidad caracterial.

Esto se manifiesta en la diversidad de reacciones vectoriales: S(--), y S(++), S(-+), o bien S(O+), S(O-) y S(-O) y S(+O).

2)Una patente alternancia reaccional, nos indica, el funcionamiento del sujeto adolescente límite, por clivajes.

Se destaca, por su frecuencia, la tendencia, por un lado a rechazar el deseo sexual y agresivo, incluso de forma tan forzada, hipertensa, que va más allá de la sublimación S(--), para significar una fuerte inhibición S(-!-!).

Por otro lado, el sujeto destaca su deseo de satisfacción, puesta en acto y realización del deseo pulsional, sexual y/o agresivo.

3)La forma en que el sujeto se organiza para obtener la satisfacción o fin pulsional, es variada, y tiende a la multiplicidad, de ahí que hayamos hablado de polimorfismo.

3.1-A pesar de que se da una predominancia de la Identificación o posición sexual femenina s(++), tanto en hombres como en mujeres, la reacción opuesta es también frecuente, esto es, la masculina s(-+).

3.2-Con gran frecuencia se presenta la reacción

S(+0), esto es, la reacción propia del hermafrodita, aquél, que emparentado con la homosexualidad y el exhibicionismo, lo que destaca es su deseo de completud, de ser amado por no carecer de nada, por no estar castrado.

Esta reacción S(+0), explica la alternancia S(+-) y S(-+), como formas complementarias de aceptación y rechazo de la castración.

3.3-Estos clivajes especulares se complementan con otros, también importantes, como constitutivos de las reacciones características del adolescente límite, tanto en sus conductas sexuales, como en los rasgos de carácter. Se trata de las reacciones masoquista S(0-) y sádica S(0+).

En resumen, la relación de objeto de carácter dual, predominante, que estudiamos en el vector C, busca, ante la pulsión, vincularse y satisfacerse y gozar, bien de forma sado-masoquista perversa o psicopático-actuadora, y, también narcisista infantil. Esto, junto a formas normales, las menos, y al principal intento de renunciar o rechazar al deseo pulsional.

El fin de la pulsión, que se juega principalmente en este vector, nos muestra, el esfuerzo del sujeto por cohartarlo, intentando la vía de la sublimación, es decir, en caso de no lograrse, el de la inhibición, o bien el desvío caracterial, a través de formas sado-masoquistas de la perversión de carácter, exhibicionistas y narcisistas, a la vez que realizando conductas sexuales normales heterosexuales o perversas, es decir, en estos últimos casos, con logro del fin sexual, aunque a veces con

desviación del objeto.

En la discusión trataremos pormenorizadamente las características del objeto, como objeto transicional, su parentesco con la perversión y la economía narcisística del mismo.

VECTOR P:

El estudio del vector P va a mostrarnos cómo se articulan, en el adolescente límite, las funciones de la Ética y de la Moral, y como se realiza la Actividad de protección y el desarrollo de la tensión pulsional y de la afectividad.

Los resultados szondianos nos conducen a las siguientes conclusiones:

1) La primera aproximación al adolescente borderline, destaca una rigidez moral y una variabilidad ética.

El paciente busca entre el juicio moral, la mirada crítica de los demás, busca ocultarse y logra ocultar sus afectos, aquellos que hablan de ternura y sexualidad. P(hy-!).

Es capaz de regirse por un Superyó personificado, rígido, que actúa a través de la vergüenza, más con el desprecio que con la culpa, de modo que cuando ésta aparece lo hace de forma persecutoria.

Por el contrario, la función ética, en el adolescente límite, es cambiante, tan pronto predomina el

control, la beatitud, las intenciones reparadoras y sumisas de Abel P (e +), como los deseos coléricos, brutales, envidiosos y vengativos, de Cain P (e -), así como la ambivalencia y la descarga de los deseos brutales fratricidas, culpando a un padre idealizado y denigrado.

1.1.- La reacción principal, es P (+ -), es decir, la doble presión del control de los afectos, bien por la culpa, así como por la vergüenza. La beatitud de Abel, que se somete a la voluntad de la ley del Padre venerado, sin esperar más recompensa, que la de no perder su amor. Representa el ocultamiento de sus tiernos deseos sexuales, así como la culpa de sus tentaciones fratricidas y parricidas.

1.2.- Unas reacciones de importancia, cuyo denominador común es (hy-), son: P(± -), que representa el afecto angustioso difuso, que ha sido descrito por diversos autores que han estudiado la organización límite, como Angustia difusa, que oculta una afectividad agresiva ambivalente, que puede evolucionar hacia un ataque de pánico, que es la crisis aguda de angustia que señala J. Bergeret, como modo peculiar de descompensación aguda, o también, la angustia, puede tomar un carácter referencial, P(O-!), a modo de vivencia persecutoria o alusiva.

Este segundo momento supone una descompensación del primero P(+ -), donde la pérdida de control supone la aparición de Angustia (difusa o masiva), o incluso persecutoria, cuando logra hacer uso de la proyección. Puede constituirse una angustia fóbica también, ligada a

la anterior, como la agorafobia.

Los afectos alternan, desde el bloqueo y control, vivencia de vacío o morosidad, hasta la agitación teatral y destructora.

El deseo es prohibido, ocultado y rechazado.

La dificultad es la de articular el deseo, formularlo, respecto de sí mismo, a la vez que respecto de los demás. Culpa y vergüenza se alternan buscando entre el saber y que no se sepa de su deseo, pues ambos conducen a una angustia intensa, narcisística y desintegradora.

VECTOR SCH

El análisis de los datos del llamado, vector del Yo o Sch, nos indica que la reacción vectorial más frecuente es Sch (-+) y muchas veces se acompaña de hipertensión Sch(-!+!).

De entre las reacciones vectoriales principales, destacamos el común denominador de la reacción factorial K-(!), que es interpretada, como la tendencia genérica al rechazo, a negar, sin que, en un principio, se pueda hablar de la categoría de dicho rechazo. En el test de Szondi, el rechazo o represión, la renegación perversa, la forclusión psicótica o la desimaginación psicósomática, se expresan en este factor K-, donde tiende a interpretarse como más grave, la reacción hipertensa. Se acogen los autores szondianos a la interpretación de la negación bifásica de Mitscherlich, cuya intensidad y profundidad, daría cuenta

de la categoría de la negación.

Por el contrario, la reacción factorial Sch p+(!), representa el "deseo magalomaniaco de Ser Todo:hombre y mujer, hombre y Dios..."

1-La reacción vectorial Sch (-!+!), es la más frecuente y sintetiza a todo el resto de reacciones vectoriales importantes, que observamos en estos pacientes.

La nombramos como Inhibición con Desmentido o renegación, pues la hipertensión nos está indicando y anunciando, las otrasreacciones subsiguientes, que se corresponden con unclivaje horizontal:Sch(++) y Sch(--). Esta oposición es la afirmación del deseo, de la vida, frente a la renuncia y sumisión, deseode muerte.Se trata de realizaruna afirmación y una negación del deseo, lo que define a la Renegación, donde una parte del Yo acepta y actualiza, lo que otra parte rechaza, en relación a un deseo.

Este contraste, entre la posición narcisista Sch(--), de un Yo que ni tiene ni es, por sí mismo, sino que renuncia y se diluye en los demás, se manifiesta más abiertamente, en las reacciones Sch(0-) y Sch(-0).

2-El clivaje que descubrimos en Sch(++) y Sch(--), continúa, entre Sch (0+!). "Puede considerarse como configurando un estado del Yo inmediatamente anterior al descubrimiento de la castración"(J.Melon). Esta reacción representa a la megalomanía, a la indiferenciación sexual y al Ideal del Yo.

Por el contrario, la reacción Sch(-!0),

representa la conversión , la hipocondría, lo psicossomático, es decir, los tres posibles registros de rechazo y negación del deseo, en el cuerpo, incluyendo la actuación automutilante o suicida. Mientras aquí se rechaza el deseo Sch(-!0), en Sch(0+!), se afirma, en lo mental, una identidad imaginaria, inflativa, de completud que rechaza la castración, mientras que se acepta en Sch(-!0). Extremos de, la renuncia al deseo y la renuncia a la castración. De este modo, el deseo no puede articularse.

Hasta aquí, damos cuenta de :Sch (-+), los trastornos de inhibición caracterial; Sch (0+), de las manifestaciones megalomaniacas, inflativas, psicoticoformes; Sch (-0), de la patología conversivo hipocondríaca y psicossomática; Sch(--), de la psicopatía asocial y Sch(++), de los perversos hermafroditas, esto es, los que tienden a actuar.

3-Nos quedan por examinar algunas reacciones, también frecuentes, pero más propiamente neuróticas: k(±), propia de obsesivos, fóbicos e hipocondríacos, indicando la ambivalencia en el tener, en la castración, y, menos frecuente, la ambivalencia en P(±), indicando la ambivalencia en el ser, las crisis de despersonalización.

Estas formas frecuentes k(±), combinadas con: p (+), nos hablan de un sistema de rigidez que intenta evitar la desintegración de la que antes hablamos, pero el narcisismo y la fobia a la autoridad, se acompañan de accesos de cólera, migraña.. La forma k(±), p(0), es más claramente una defensa obsesiva que retiene todo afecto y

posible aparición de violencia desintegradora.

De la relación de objeto fálico, afirmación del fetiche K(+), y la renuncia a poseerlo, reconociendo la carencia, K(-), surge la apertura del deseo y el desarrollo del juego, p(+). Así, es como J. Schotte, propone el circuito del Yo.

-10 p(-) → 20-K(+) → 30-K(-) → 40p(+).

Lo transicional se encuentra entre estas dos posiciones 20 y 30.

Poner o no en juego el deseo, es el dilema del adolescente límite, y la primera defensa, próxima a la ambivalencia y duda obsesiva.

Si esto fracasa, aparecerán las formas psicóticas, psisopático-perversas y psicósomáticas. Por fin, la reacción principal, capaz de integrar estos clivajes, es la de la inhibición. La hipertensión indica la fragilidad de este mecanismo neurótico, que se abre a los diferentes clivajes, por oposiciones, horizontales, que nos hablan de una debilidad y deformación del Yo, equivalente a la del objeto transicional en la que se dilucida el tener/no tener y el Ser/no ser.

RESUMEN DE LOS RESULTADOS GLOBALES DEL PERFIL.

Las primeras conclusiones inmediatas, referidas al primer nivel, pero el más importante, de interpretación cualitativa, del test de Szondi en los adolescentes límite, estudiadas éstas de forma dinámica, tal como J. Schotte nos propone, las expondremos a continuación.

La lectura la realizaremos atendiendo, sucesivamente, a los agrupamientos de reacciones vectoriales, de mayor a menor frecuencia en su presentación, de modo que representan esquemas dinámicos, que dan cuenta del funcionamiento del aparato psíquico, del adolescente límite, que debería obtenerse, combinando, cada una de las posibilidades de cada vector, con todas las otras posibilidades, de cada uno de los demás vectores.

Nosotros aquí, tan solo pretendemos expresar, algunas de las dinámicas principales de estos pacientes, en un esfuerzo esquemático. Lo contrario, una lectura pormenorizada y matizada, puede realizarse, a partir de coger, cada uno de los vectores, tal como los hemos expuesto, e ir recapacitando sobre cada una de las reacciones vectoriales y de las relaciones entre uno y los demás vectores. Por esta razón los hemos ordenado, en el sentido propuesto por J. Schotte: C-->S-->P-->Sch.

El adolescente límite presenta una tendencia predominante a efectuar un contacto de apego, posesivo, dependiente, con exigencias de omnipotencia en su propuesta relacional, de tipo dual, en la que no es capaz de estabilizarse, tendiendo al contacto plural, múltiple, consumidor repetitivo de vínculos de apego, que se tornan, en los casos de predominio del agarrarse, contactos fusionales, de carácter indiferenciado; en los casos, que predomina el contacto inseguro, la angustia de pérdida, el contacto múltiple y la necesidad de apego, lleva a la barrera de contacto, que es otra forma de preservarse de la

pérdida de objeto.

La unión dual es inestable, pues la búsqueda de un tercero, genera una enorme inseguridad, que, o bien es entendida como una unión múltiple, en donde cualquier objeto nuevo ha de reencontrar al antiguo, o bien se fusiona con el objeto, indiferenciándose en un contacto confusional, o bien se defusiona, a través de la barrera de contacto, que permite diferenciarse, solamente en el sentido de no confundirse, pero a costa de bloquear las relaciones objetales. Se trata de las diversas formas de evitar la herida narcisista que supone la pérdida del objeto, como pérdida de sí mismo, pues en todo cambio, esa distancia difiere, trastornando el equilibrio dual, dado que todo cambio hace intervenir a un tercero, mediador, que amenaza el frágil vínculo dual.

Este principio rector, la relación dual, que excluye a un tercero, hace que el vínculo sexual se declare incestuoso, de manera que el adolescente límite, intenta, en primer término, rechazarlo, pero también satisfacerlo, preferentemente de forma pasiva, aunque también, en menor grado, activa. A veces, el rechazo logra sublimarse en la cultura.

Sin embargo, la amenaza de pérdida de esa relación dual, su propia inseguridad, liga al vínculo dual amenazado, un fin sádico y/o masoquista, con lo que la pulsión agresiva realiza un esfuerzo restaurador. También se realiza una llamada, desde su posición hermafrodita, desde su completud, al otro que debe amarlo, a veces

destacando el carácter homosexual del vínculo, modos de rechazar la carencia.

Los vínculos sexuales son de carácter polimorfo pregenital, con una tendencia clivada a aceptar y rechazar la castración. En el contacto, también se produce una afirmación y un desmentido de la relación dual.

Ante el empuje de la tensión pulsional, el adolescente límite, en primer término, busca el control de sus deseos a través del esfuerzo ético y moral, de modo que la vergüenza logra ocultar aquellos deseos incestuosos que no logran ser reprimidos por la ética. De hecho, mientras la moral es estricta, la ley ética se tambalea, dando paso a una invasión afectiva diversa. Por un lado, hace presencia una angustia difusa, también se producen ataques de pánico, ante lo irrefrenable del impulso, que toma forma de vivencias persecutorias. Cuando, ni siquiera persiste el freno moral, aparecen, tanto las quejas y lamentos histeroides, como los ataques de cólera, de rabia y de envidia violenta, tan característicos de lo que Grinker denomina, el síndrome borderline central. El clivaje, se da ahora entre el hipercontrol y el descontrol ético-moral, recayendo un mayor esfuerzo de control, sobre el polo moral en sustitución de la función ética, que se afirma y desmiente, que sería de mayor capacidad articuladora del empuje pulsional.

Estos deseos que se afirman y desmienten, se manifiestan igualmente en el Yo que intenta integrar los contrarios.

En primer lugar, aparece el Yo inhibido hipertenso, que pronto se cliva en: El Yo narcisista, introyectivo, omnipotente en su ser y tener, o el Yo adaptativo, proyectivo, que renuncia a su ser y tener. Afirmación del deseo como suyo, sin limitación, o rechazo del mismo y achacado a los otros.

En ocasiones, este clivaje, que es bastante estabilizador, porque convierte al sujeto en trabajador compulsivo o individuo hipernormal, normativo, se escinde todavía más pues el Yo no logra integrar las tendencias opuestas iniciales: aceptación de la castración, del no tener y afirmación del ser como completo.

Así aparece la reacción del Yo megalomaniaco, inflativo, pues todo lo quiere aunar, todos los deseos son posibles, a pesar de ser contrarios. Por el contrario, aparece el Yo que rechaza, en grados diversos, el deseo, mostrando síntomas: conversivos, hipocondríacos y psicósomáticos.

También entre estas dos posiciones de clivaje del Yo, éste, reacciona, en un esfuerzo integrador, de forma ambivalente, dando lugar a manifestaciones obsesivoides, despersonalizadoras y fuguistas.

Esta articulación de los resultados aportada por el Test de Szondi es en sí misma una confirmación de la Hipótesis H2, puesto que describe a los conceptos psicoanalíticos, que, sobre la organización límite expresamos al comienzo de este trabajo, cuando revisamos y resumimos las teorías de algunos autores, y, especialmente,

de J. Bergeret y O. Kernberg.

También, al agrupar y subagrupar, en cada uno de los vectores pulsionales Szondianos, las distintas reacciones y procesos dinámicos, a los que ponemos nombres extraídos de la interpretación que da L. Szondi a estas reacciones pulsionales, más aún se confirma la hipótesis H2, al mostrar la coincidencia entre, interpretación szondiana e interpretación psicoanalítica.

Con esta primera interpretación de los resultados, que detallamos para cada uno de los vectores pulsionales szondianos, damos cuenta de la Hipótesis H2. De hecho, una profundización de nuestro estudio y los conceptos psico-analíticos, se desarrollará en el capítulo 8: "Discusión de los resultados Szondianos de los Adolescentes-límite y sus relaciones con otros conceptos, en base al perfil general".

Además, comprobamos la Hipótesis H2.1, puesto que estos resultados matizan algunos conceptos.

Respecto del contacto, si bien la angustia depresivo-anaclítica con la relación de objeto anaclítica es fundamental, como nos dice J. Bergeret, hay que situar al mismo nivel, a la angustia frente a la incompletud narcisística.

Bien se puede decir, que son dos aspectos del mismo problema, pero los matices siempre nos ayudan en la escucha e intervención clínica y psicoterápica. Mientras la relación de objeto anaclítica, pone al Sujeto frente al objeto que se pierde, la relación de objeto posesiva y

omnipotente pone al Sujeto frente al objeto que se posee o del que se forma parte.

Este primer nivel de análisis de los resultados, nos demuestra que el Test de Szondi aporta una gran ayuda para la comprensión, pues como hemos visto, detalla y afina distintos matices, sobre todo, en relación a algunos conceptos consensuados, por el psicoanálisis, de la organización límite; sobre las distintas categorías y formas de contacto, así como también sobre la sexualidad, la ley y el Yo.

Las distintas reacciones que el Test de Szondi nos proporciona para la comprensión de la organización-límite, tanto en el vector de contacto, como en cada uno de los otros vectores, la consideramos como una demostración de la Hipótesis H2.1, porque, si se nos permite una analogía, el Test de Szondi actúa como una lupa, capaz de ampliar, el mismo campo de visión que teníamos enfocado, resaltando los distintos elementos, reacciones vectoriales parciales, que constituyen a las reacciones globales, más frecuentemente citadas en los trabajos psicoanalíticos, sobre la organización-límite, que en nuestro estudio son consecuencia del agrupamiento de reacciones parciales, justificándose dichos agrupamientos, por la frecuencia cuantitativa con que se presentan aquellas reacciones vectoriales parciales. La lectura conjunta intervectorial, da una visión dinámica conjunta, que da cuenta, tanto de la expresión clínica de la organización-límite, como de aspectos matapsicológicos, como sería, la dinámica edípica

precoz.

Comprobamos la hipótesis H2.1.1 "El mecanismo del Clivaje Pulsional, estructura a la organización límite de la personalidad en la adolescencia". Aunque esta Hipótesis vendrá refrendada por otros datos del Perfil General y de los Perfiles Diferenciales.

Si en el vector del Yo redescubrimos la teoría psicoanalítica sobre la organización límite, que describe al Clivaje en el Yo, de las relaciones de objeto y del Self, como característico, la interesante aportación del Test de Szondi, radica en descubrir que ha de ampliarse la noción de Clivaje, de ahí que hablemos de Clivaje Pulsional, pues los datos escuetos y empíricos, que acabamos de observar, expresan que las reacciones del paciente adolescente-límite, vienen caracterizadas por el Clivaje Pulsional Szondiano, es decir, que mientras el grupo principal de reacciones del Perfil General, toma una forma, ésta es sustituida por otras, que entre sí se oponen, y que respecto del Perfil principal, se sitúan globalmente en oposición al mismo, (como también demuestra el Índice de desorganización global), que representa un esfuerzo unificador de los clivajes en todos los vectores, o por el contrario, los clivajes expresan en modo de descomposición del perfil principal.

Constatado en este momento, que los resultados dan cuenta del Clivaje Pulsional, lo expresaremos en detalle en el capítulo 9.1.

La articulación global en este concepto de

Clivaje Pulsional y el concepto de Clivaje del Yo, van a ser especialmente demostrados al estudiar comparativamente a los Adolescentes limite con los Adolescentes normales, en el capítulo 6.2, reforzando y ampliando las reacciones aquí observadas.

6.1.1.- CLASES INSTINTIVAS DE LOS ADOLESCENTES LIMITE

Vamos a analizar brevemente, cada una de las clases instintivas y principales del grupo general de adolescentes limite, estableciendo, en su descripción, un orden vectorial, que se corresponde, con la frecuencia de presentación en esta muestra y, que además, nos permite realizar una lectura en el sentido que propone Schotte: C-->(S-P)--> Sch.

Esta concisa exposición ha de ayudar a complementar las interpretaciones anteriormente efectuadas, sobre el perfil del adolescente limite.

Cm+:

Esta clase instintiva, para Soto Yarritu, es la más frecuente en la población Navarra (mientras que para L.Szondi, la clase instintiva más frecuente en la población húngara era la Cm-), pero en nuestra muestra hemos de interpretarla desde la perspectiva patológica.

Se dice de los pacientes pertenecientes a esta clase Cm+, que "son incapaces de sentir que poseen con seguridad el objeto". Tienen miedo a la pérdida del objeto y una necesidad insatisfecha de ser aceptado. Se les denomina, eternos oral-sádicos, de ahí que presentan

trastornos de las participaciones, padeciendo de charlantería y narcomanía.

Sh+:

"Necesidad de ternura insatisfecha y bisexualidad". "Tras la pérdida del objeto primitivo -la madre- o -el objeto antiguo- los hombres de esta clase caen en el estado de aislamiento más sombrío".

"Por la pérdida de objeto -al que se acogió hasta entonces la carifiosidad- intentan espaciarse voluntariamente".

Esta clase instintiva nos habla también, de las bisexualidades y de la necesidad de agarrarse.

Ss+:

Se dice de aquellos sujetos en los que predominan la unión dual con la figura materna, a través de un vínculo sádico.

"Embaucador, encantador; detrás de su encanto se esconde una violencia y agresión sexual, y amantes de deportes violentos".

Sh-:

"Protectores de todo lo que es humano"..

"Una variación humana extrema y rara".

La forma habitual de enfermar en la juventud, es la neurosis de abandono. De adulto: depresión y neurosis paranoide inflativa.

Hasta aquí vamos viendo la referencia que se hace, con los distintos matices, a la relación dual como eje de la personalidad del adolescente límite. La inseguridad, la

dependencia, la necesidad de agarrarse a todo, ante la pérdida, de seducir para crear un vínculo sádico o la de deprimirse por abandono y el esfuerzo humanizado y cultural, sublimación de la necesidad de ser cuidado.

Sch p+:

Esta clase define, a lo que Szondi llama, el genio fracasado, que se siente un gran hombre, pero desconocido, con deseos de matar. Son querulantes eternos e inflativos.

Suelen ser sujetos antisociales, pues culpan a los demás de impedir su desarrollo.

Se defienden de un estado paranoide, a través del ataque-fuga, bien en forma de crisis crepuscular histeriforme, bien con impulsos caínicos: Ideas de matar al padre; accesos de rabia; clepto-eroto y narcomanía.

Sch k-:

Clase de los soñadores diurnos, de los destructores y autodestructores, de los que guardan silencio y despersonalizados.

Sujetos esquizoides: "hablan poco, son cerrados, no quieren (o no pueden) contestar en la escuela y viven una vida de ensueño irreal".

Alternan la participación en el mundo, incluso con éxito, con el aislamiento clinofílico. Con frecuencia se presenta la despersonalización.

También aquí suele invertirse, pero "puede ocurrir que se identifique simultáneamente con ambos padres y entonces vive en su Yo la misma lucha que tienen los padres en su vida matrimonial a la vista de los hijos". De

esta lucha suele evadirse recluyéndose en la fantasía.

Con frecuencia, estos pacientes presentan crisis de despersonalización, miedo a volverse loco o reacciones destructoras, como la negación del abandono. Se niegan a saber de sí.

Si antes se hizo hincapié en la relación dual incestuosa, ahora lo hacemos sobre el carácter paranoide inflativo y explosivo, o el carácter esquizoide despersonalizador y destructor.

Por último, vemos la clase Phy-:

Esta clase suele presentar ataques histero-epilepticos y suelen ser homosexuales sado-masoquistas, pero quisieran tener cuerpo de mujer, no pudiendo "mostrarse en el papel del otro sexo".

Es la clase de los homosexuales latentes, pasivos, de los histero-epilépticos y paranoicos.

Los resultados de las clases pulsionales de los Adolescentes-límite, confirman la hipótesis H2, del mismo modo que lo hace el estudio del Perfil Szondiano, puesto que el análisis e interpretación de cada una de las clases pulsionales, más frecuentes, atañen a todos los vectores dando cuenta de la variabilidad característica de la organización límite de tal modo que, el hecho de que gran parte de los pacientes presenten clases pulsionales pluriválvicas y que la clase pulsional principal sea tan variable, nos sirve también para dar apoyo a la hipótesis H2.1.1, pudiendo suponer que estas variaciones globales de la clase pulsional, posiblemente se darán en un individuo a

lo largo del tiempo, sobre todo, como veremos, entre el grupo de Adolescentes-límite más próximos a la psicosis.

6.2.- DIAGNOSTICO DIFERENCIAL SZONDIANO ENTRE ADOLESCENTES LIMITE Y ADOLESCENTES NORMALES.

En este capítulo de resultados, donde comparamos a los perfiles Szondianos del grupo de Adolescentes límite, con el grupo de Adolescentes normales, logramos demostrar la hipótesis 3.1 "El perfil Szondiano del Adolescente límite aproxima cualitativamente, al Adolescente límite con el Adolescente normal, pero lo diferencia, significativa y cuantitativamente, pudiendo decir con C. Cappadoro, que la Adolescencia es un estado-límite "fisiológico".

Precisamente, gracias al estudio pormenorizado de las diferencias, estadísticamente significativas, podemos comprobar también en este capítulo, como en el anterior, las hipótesis H2 "El grupo muestral de Adolescentes límite escogido, por criterios clínicos, descriptivo-dinámicos, comprobamos que los resultados extraídos por el Test de Szondi, de naturaleza dinámico estructural, corroboran los resultados psicoanalíticos consensuados sobre la Organización Límite".

La mayor aportación que podemos concluir de estos resultados comparativos, con el Adolescente normal, es la ponderación de la interpretación global del perfil, que realizamos anteriormente, destacando el perfil patológico del Adolescente-límite.

Ahora, los resultados comparativos, demuestran nuevamente la hipótesis H2.1 y sobre todo la H2.1.1 "El mecanismo del clivaje pulsional, estructura a la organización límite de la personalidad en la adolescencia", demostrándose con toda claridad en el vector del Yo, muy especialmente entre los Adolescentes-límite "psicóticos". Corroboramos la teoría psicoanalítica sobre el clivaje en el Yo (H2), pero además demostramos, que esta hipótesis H2.1.1, es válida, siendo que el Clivaje pulsional es lo que caracteriza a las reacciones de todos los vectores pulsionales, que se han diferenciado, significativamente, respecto de los Adolescentes-normales.

Los matices y peculiaridades de estos clivajes, quedan confirmados y ampliados, al realizar la comparación de perfiles, entre Adolescentes normales y los subgrupos diagnósticos de Adolescentes límite, más próximos a "neurosis" y más próximos a la "psicosis".

Con estas comparaciones, apoyamos a la Hipótesis H2.1, aportando más datos, en el vector del Yo, para considerar que el tipo de clivaje $K(+)$ / $K(-)$, alternante, tiene relación con el Objeto transicional, que es el tipo de relación de objeto propuesto por algunos autores y suscrita por nosotros, para estos pacientes.

Además, el hecho de que uno de los perfiles deferenciales, del Adolescente límite, respecto del Adolescente normal, pueda superponerse, (como luego veremos en el capítulo de Diagnóstico diferencial), con el de la

Perversión fetichista, apoya la hipótesis H4 "Existen puntos comunes que aproximan a la organización límite y a la perversión".

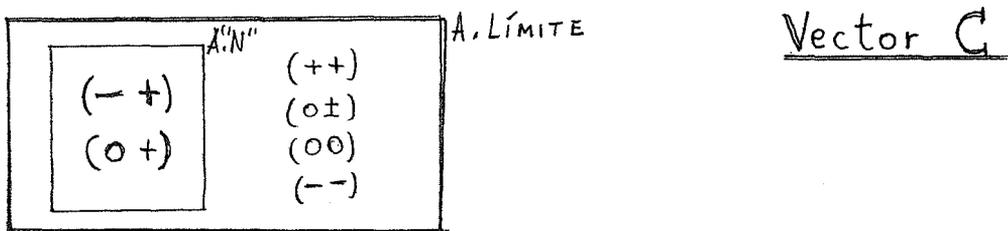
Precisamente, al realizar la interpretación dinámica del conjunto de reacciones diferenciales del adolescente límite, respecto del adolescente normal, más claramente concluimos la comparación de que los conceptos extraídos de los resultados, confirman a los conceptos psicoanalíticos, sobre la organización límite hipótesis H2 y que una aportación interesante es, la del Clivaje pulsional o hipótesis H2.1.1, así como se da cuenta de conceptos enraizados en la teoría psicoanalítica, que son importantes en la organización límite: relación de objeto transicional, economía narcisista-anaclítica y clivajes del Yo, con oscilaciones entre Ideal del Yo y Yo ideal, defensas que se suceden por clivajes: introyección, inflación, proyección, represión y renegación... Todo ello para demostrar la hipótesis H2.1, donde reencontramos y matizamos diversos conceptos.

El vector C:

Vamos a estudiar e interpretar los resultados obtenidos de comparar el grupo de Adolescentes límite en el de Adolescentes normales, para poder aportar algunas conclusiones, que amplíen aquellos conocimientos que hemos obtenido del análisis del perfil szondiano general del Adolescente límite.

Iremos pormenorizando estos análisis, tanto cualitativa, como cuantitativamente.

En este vector, cualitativamente, las reacciones vectoriales del grupo de adolescentes límite, para el 80% de las reacciones, incluyen a la del grupo de los adolescentes "normales", incorporando algunas más, a pesar que las principales son las mismas: C(- +) y C(O +).



Como en los otros vectores, los adolescentes límite muestran una mayor variabilidad en sus reacciones, y especialmente, a través de las formas sintomáticas del vector, como luego veremos. El grupo de adolescentes "normales" concentran mucho, más que en otros vectores, sus posibilidades de reacción, lo que hace que cuantitativamente, los adolescentes "normales", presenten más formas C(- +) con una significación $p < 0.05$. Sin embargo, el grupo de adolescentes límite caracteriza sus reacciones, también principales, C(-! +!) y C(O +!), por mostrar hipertensión con gran frecuencia; particularmente es en m+! donde ésta aparece.

El adolescente "normal" como ocurre en otros vectores, en el Sch, es capaz de adherirse al objeto y mantener internalizado ese objeto C(- +). Mientras el adolescente límite plantea con excesiva intensidad, marcada por la hipertensión, la necesidad de agarrarse, al objeto

antiguo, por temor a perderlo. Se manifiesta en el adolescente "normal" una buena capacidad de contacto, que señala una correcta interiorización límite se ve amenazado por la pérdida de contacto.

Esta pérdida de contacto del adolescente límite, va a manifestarse en múltiples reacciones vectoriales, significativamente más numerosas que en el adolescente normal. Así, es frecuente la relación $C(0\ 0)$, donde el adolescente límite renuncia a todo contacto, debido a los dilemas que le produce la dialéctica del agarrarse, soltarse, adherirse y buscar. Intenta retornar a un modo de contacto por inmersión en el regazo de la madre, como objeto de amor total. Esta renuncia al contacto se verifica como una huida del dilema con el objeto y la inseguridad que le causa, por las dudas de si ha de agarrarse o soltarse, estableciendo un contacto obsesivo $C(0 \pm)$, que está ligado a la posición del yo, que estudiamos en Sch, el yo obsesivo con aceptación y rechazo del abandono $Sch(\pm\ 0)$. Para Szondi, este contacto $C(0 \pm)$ es una "unión desgraciada sin esperanza", da un carácter obsesivo al sujeto, que no logra resolver el dilema de separarse o de agarrarse, perpetuándose en ese enclave característico del estado límite, que es, en palabras de M. Mahler, el camino de la separación individuación. Esta forma de unión es desgraciada, porque en el plano complementario, se convertirá en $C(\pm\ 0)$, que no es sino una forma de trasladar el dilema del objeto antiguo. Otro modo con que estos adolescentes límite reaccionan al contacto, es en la

forma C(- ±), también llamada por Szondi unión desgraciada, pero ya no tan solo para ser sufrida por el propio paciente, sino también por la persona que ha de sostenerlo, en posición de objeto antiguo. El único modo de salir de esta situación, sería la búsqueda de un nuevo objeto C(+ 0). La mayor parte de las reacciones en este vector, para el adolescente límite, indican su incapacidad para buscar un nuevo objeto, su angustia por mantener una unión incestuosa C(-! +!) que tan pronto es de carácter amoroso P (+ -), como expresión de odio P(-0; --), tal como vemos al analizar el vector P. El deseo ambivalente, frente a la unión incestuosa, le conduce a la barrera de contacto C(- -), que significa, una vez más, la negación y rechazo de la separación, de la pérdida del objeto omnipotente, del objeto fálico. Así establece un tipo de unión irreal, con la que se adhiere, afirmándose, a un objeto que en realidad ya había perdido. Aquí, el adolescente límite persevera en su estado de soledad, de estar apartado. Concuerda este tipo de contacto, como nos recuerda Szondi, con la reacción Sch (0 +) y Sch (+ +), tal como vemos al analizar este vector. Estos deseos irrealmente omnipotente, incapaces de articularse en la realidad, son concomitantes con la renuncia al contacto, al mundo y con el peligro de suicidio, que con frecuencia aparece en estos pacientes.

En nuestro grupo de adolescentes límite, sin embargo, también aparece la reacción C(+ +), pero en la misma proporción que en el grupo de adolescentes "normales", donde el sujeto, a la vez que desea permanecer agarrado al

objeto antiguo, busca un nuevo objeto y su contacto es bilateral. Este modo de contacto es más benigno y su realación con la forma P(+ -) y Sch(- +), explican, en nuestra muestra de adolescentes límite, aquellas organizaciones de la personalidad de tipo hipocondríaco.

Si ahora revisamos el subgrupo de adolescentes límite en proximidad a la neurosis, nos encontramos con que el rasgo característico, con significación $P < 0.005$, es la reacción C(+ 0), respecto del grupo de adolescentes "normales".

El que esta reacción sea más frecuente que en el grupo de adolescentes "normales", nos indica la necesidad de evitar otras formas más regresivas de contacto, como C(0 0) o C(- -), que son importantes en este subgrupo de adolescentes límite, pero poco significativas. Los pacientes se muestran inquietos, intranquilos, buscando "entrar en contacto con todo ser sin elección y sin posibilidad de una adhesión seria" y, que una vez más, vemos que se presenta junto a una posición de yo prófugo, que hemos descubierto en estos pacientes, Sch(+ -).

En el subgrupo de adolescentes límite próximos a la línea psicótica, nos encontramos con que la reacción significativamente más característica, en relación al grupo de adolescentes "normales", es C(-! +!). Si recordamos que en la comparación global, entre ambos grupos de adolescentes, la reacción C(- +) era más frecuente entre los adolescentes "normales", mayor valor tiene esta reacción como definitoria de este subgrupo de adolescentes

límite próximos a la línea psicótica y más aún por cuanto la presencia de la hipertensión es muy frecuente. De esta manera se define el contacto del paciente, como unión fiel, como unión incestuosa, el agarrarse y adherirse sin soltar el objeto antiguo, el rechazo de la separación y deseo de unión a la madre como objeto total, a la madre fálica, sin carencia, llegando también a expresar sus fantasías sexuales de incesto.

Este deseo de unión incestuosa es, el que va a ser tratado en el vector del yo, tal como indicábamos, esto es, desmintiéndolo: aceptándolo y rechazándolo.

Este deseo de unión primigenia, de contacto, que nos recuerdan I.Herman y F.Tosquelles, entre madre e hijo, es donde pretende instalarse o establecerse el contacto del paciente límite, cuya imposibilidad de mantener esta posición, le conduce a otras uniones desgraciadas antes estudiadas. Del mismo modo, el deseo de rechazar todo contacto, que no sea éste, le impide evolucionar en un proceso de individualización y hacerse partícipe del mundo, de otro objeto, que se revela en el vector Sch como una renuncia a las formas (-p), a no ser que su participación sea paranoide.

Sin embargo, este difícil panorama, muestra posibilidades de salida a través de la otra reacción de contacto, frecuente en este subgrupo de adolescentes límite próximos a la línea psicótica, respecto del grupo de adolescentes "normales", como es C(+ ±). Esta es la situación de realizar un duelo: "por la realidad psíquica de

que la persona no puede vivir sin el objeto perdido. Busca este objeto y no otro, pero no lo puede volver a encontrar nunca, dado que para ella el objeto perdido era un objeto distinto y único". Aunque este estado depresivo puede llevarle a la melancolía, y así lo vemos en combinación con Sch(+ -), más frecuentemente, como vemos, logra alcanzar la reacción (K -!) y (K -!!), consiguiendo la destrucción del ídolo y predisponiéndose para la búsqueda, aceptando la separación, así como, en otras ocasiones, autodestruyéndose.

El vector S:

El número de reacciones vectoriales en el grupo de adolescentes límite es mayor que en el grupo de adolescentes control, lo que nos indica que para un porcentaje semejante de respuestas, comportamientos o reacciones, existe un mayor grado de dispersión en las respuestas. Desde el punto de vista cualitativo, las reacciones vectoriales S, para el 70% de las respuestas más frecuentes en cada uno de los grupos, son las mismas, salvo que el grupo de adolescentes límite incluyen algunas más. Dicho de otro modo, el adolescente normal se define por un conjunto de reacciones vectoriales (en número de 6 para el 70% de respuestas principales) que se encuentran incluidas en el grupo de reacciones de adolescentes límite.

El adolescente límite, cualitativamente, sería como un adolescente normal con algo más, como sería la presencia de reacciones vectoriales S, habitualmente menos frecuentes en el adolescente normal. Pero la diferencia

principal será cuantitativa. Así, mientras que cualitativamente podemos hablar de semejanza en ambos grupos, no así en cuanto a la frecuencia con que esas reacciones vectoriales S se presentan. Las diferencias cuantitativas son las que han de marcar que, a un adolescente lo consideremos normal, por el grado en que utiliza un determinado mecanismo o reacción vectorial, y a otro lo diagnostiquemos de adolescente límite, por la proporción con que pone en juego, respecto de otros mecanismos, unos determinados. Mientras un adolescente normal concentra sus reacciones, el adolescente límite las dispersa. Esto nos indica una menor organización o estructuración.

Las diferencias cuantitativas van a perfilar el estilo diferente, el modo de ser característico del adolescente normal en oposición al del adolescente límite.

De este modo, lo que cualitativa y cuantitativamente define al adolescente normal, frente al adolescente límite son las reacciones S(+ +) y S(O +), es decir, en palabras de L. Szondi, "El amor personal (+h) y el apoderamiento del objeto amado (+S) se ligan y están dispuestos para la marcha, para formar un hombre de sexualidad normal".

Nos preguntamos si no hay una mejor definición de lo que, en el plano de la sexualidad, se entiende que es la adolescencia. Sin embargo, el adolescente "normal", a la par, muestra su incertidumbre e intenta satisfacer puerilmente su deseo (Oh), aunque no se

arredra, destacando una posición activa e incluso agresiva, buscando dominar (+S), acometer a su pareja. Esta es la reacción S(O +).

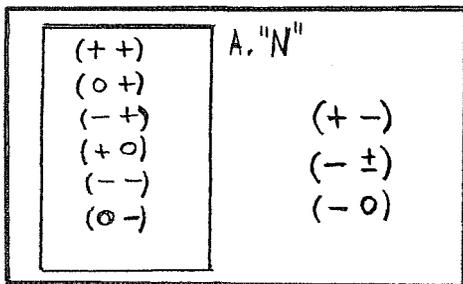
Por el contrario, el adolescente límite, se define en relación al adolescente normal, como su reverso, pues las reacciones vectoriales que lo caracterizan son las opuestas especularmente: S(- -), frente a la forma S(+ +) del adolescente normal y S(O -), frente a la reacción S(O +), además de destacarse la posición S(+ -).

Mientras que en el adolescente normal destaca la puesta en juego de las pulsiones, en el adolescente límite se subraya la renuncia pulsional.

La reacción S(- -) puede representar una posición correspondiente a la sublimación, que no ha de tomar tal preponderancia en la adolescencia, más aún cuando esta reacción aparece con hipertensión S(-! -!). Se trata pues de una pseudosublimación, representando más una sexualidad enfermiza, oprimida, que encubre tendencias homosexuales y sádicas, que una verdadera sublimación. La entrega, abnegación y sacrificio, se convierten en gran pasividad y masoquismo S(O -!). Se completa el cuadro con la reacción S(+ -), que es la posición femenina en la identificación sexual, doblemente significativa, por cuanto es una reacción poco frecuente en las mujeres durante el período adolescente, y más aún, sabiendo que es la posición predominante en los varones adolescentes-límite, señalando el conflicto con la identidad sexual y el deseo de entrega

pasiva que se pone en relación con la homosexualidad.

Recordemos que el adolescente límite incluía al adolescente normal.



A. LÍMITE

Vector S

El adolescente límite, en lugar de poner en juego, en movimiento, de manera articulada, las pulsiones sexuales y agresiva, en ese momento peculiar de la evolución, que es la adolescencia, trata, por todos los medios, de renunciar, de reprimir, de olvidarse de las pulsiones y entregarse desesperadamente a la cultura, a la civilización, a la sublimación. De este modo la actividad pulsional se entremezcla con la actividad represora y se constituye una pseudosublimación, pues la abnegación, sacrificio y renuncia se tornan masoquismo y represión forzada.

Otras veces, sado-masoquismo y mayormente pasividad y entrega pasiva a una demanda de amor. De este modo, el adolescente límite, o bien renuncia forzado a la actividad y deseo pulsional, o bien la libido toma matices perversos, que más que tener una expresión conductual o sexual de descarga, aparece ligada a la relación humana interpersonal y de trabajo, así como a un deseo narcisístico de ser amado. La actividad pulsional sirve para establecer vínculos anaclíticos. Es característica la

reacción S(+ -), que sintetiza el deseo de ser amado, que destaca la posición narcisístico-anaclítica de estos pacientes que sirve de base a desviaciones e inversiones de la identidad sexual. Por otra parte, es característica, la renuncia y el intento de sublimación y socialización de toda actividad pulsional. El deseonarcisista-anaclítico puede llegar a satisfacerse de forma preferentemente masoquista, renunciando a este deseo de amor personal directo, que sigue el camino indirecto de la sublimación, en las tareas de la cultura, el trabajo, generalmente tintadas por una actividad sado-masoquista, represión forzada que indica la falta de amor personal. Szondi nos habla de "que estos destinos instintivos son tan desgraciados".

Cuando comparamos el grupo de adolescentes noemales con el subgrupo de adolescentes-límites más próximos a la línea neurótica, nos encontramos con que la reacción vectorial significativamente destacada como más frecuente en este subgrupo, es S(- -).

Así, en ~~de~~ los casos de adolescentes próximos a la neurosis, la tendencia a rechazar el deseo pulsional es predominante.

La hipertensión que suele aparecer en esta reacción, el propio Szondi se pregunta sobre su significación latente de homosexualidad o sadismo, así como de la predisposición del sujeto hacia la cultura (-h) y civilización (-S).

Pues bien, es en el subgrupo de adolescentes

límite próximos a la línea psicótica, donde significativamente aparece la forma $S(+!0)$, es decir, un exceso de carga libidinal que no logra descargar más que por la vía de la violencia. El deseo de unión amorosa, de amor narcisista, incluso con tintes de homosexualidad, la exigencia de amor hacia el objeto no descarga sino es de esa manera característica en estos pacientes: con agitación, auto y heterodestrucción. Se presenta, en este subgrupo, la reacción $S(+±)$, que es una forma previa a la anteriormente descrita $S(+ 0)$ y que comporta una relación sado-masoquista que observamos frecuentemente en la propuesta interpersonal de vínculo de estos pacientes que tantas veces alterna con la reacción de unión destructora $S(+ 0)$. Tal es la intensidad y deseo de amor, de ser amado, siempre insatisfecho ($h+ !$) que reiteradamente se manifiesta sintomáticamente la tensión y su descarga a través de la agresividad, creando vínculos sado-masoquistas $S(+ ±)$, o de la violencia con descargas instantáneas $S(+!0)$.

De esta manera quedan descritos los dos aspectos característicos del adolescente límite en el vector S y que antes estudiamos conjuntamente. Por una parte, el subgrupo de adolescentes límite, destaca por ser "demasiado maduro" para su edad, y por otra, el subgrupo, más próximo a la psicosis, destacaría por ser "demasiado inmaduro".

Una vez que estudiamos cada uno de los vectores por separado estableceremos una comparación de conjunto entre el grupo de adolescentes límite y el grupo de

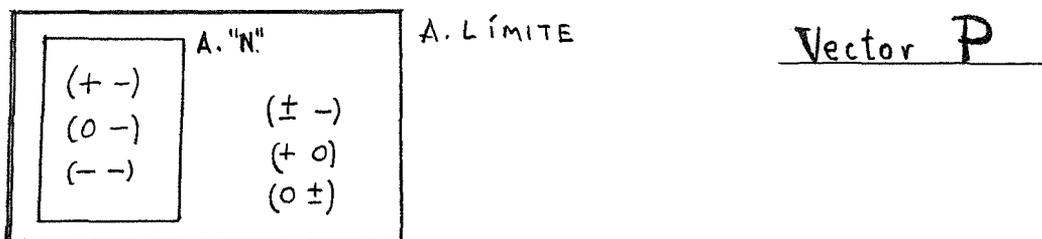
adolescentes normales o de control.

EL VECTOR P

En una primera aproximación cualitativa, en este vector P se repite lo observado en el vector S. Para un porcentaje de reacciones vectoriales del 70% (aproximadamente) sobre el total de reacciones posibles, el grupo de adolescentes "normales" concentra sus reacciones en tres: P(+ -), P(0 -) y P(- -), mientras que el grupo de adolescentes límite presenta una mayor dispersión, pues son seis las reacciones :P(+ -), P(0 -), P(- -), P(± -), P(+ 0) y P(0 ±).

Esta mayor variabilidad szondiana se refleja en la clínica.

Las reacciones vectoriales P, tal como ocurría en las del vector S, son cualitativamente semejantes, pero el grupo de adolescentes límite presenta, para el 70% de reacciones principales, algunas más, de modo que, de nuevo, este grupo incluye al de adolescentes "normales".



En este vector P, la semejanza entre los dos grupos de adolescentes, no es tan solo cualitativa, sino también cuantitativa por lo que respecta a las reacciones principales de ambos grupos, sin embargo, se impone el análisis cuantitativo para esclarecer las diferencias

existentes, que encontraremos entre ese conjunto de de reacciones vectoriales que no son precisamente las más frecuentes. De nuevo podemos recordar la idea de C. Cappadoro sobre el perentesco entre adolescencia y estado límite. Así el adolescente límite va a presentar una escasa proporción, respecto del adolescente "normal", de la reacción $P(\pm -)$ y, por el contrario, incrementar significativamente las reacciones $P(+ 0)$, y $P(0 \pm)$, dentro del 70% principal de respuestas. Es decir, dado que no hay diferencias muy significativas en las tres reacciones primeras: $P(+ -)$, $P(0 -)$ y $P(- -)$, que son las que constituyen el núcleo común al adolescente normal y al adolescente límite, hemos de estudiar los elementos que los diferencian. Podremos, sin embargo, matizar, que el grupo de adolescentes "normales" presentan más reacciones $P(\pm -)$ y $P(\pm 0)$.

Así, al adolescente "normal" lo caracterizan sus cavilaciones éticas, sus dudas, el enfrentamiento entre escrupulosidad y falta de conciencia, el bien frente al mal, la tendencia a reparar frente a la de dañar. En el adolescente "normal", este dilema ético puede mostrarse independiente de la moral, o bien estar frenado por la vergüenza y el ocultamiento de estas dudas y luchas interiores frente a los demás. Los deseos de venganza, que alcanzan sentimientos de pánico, aparecen contrarrestados por el ansia de reparación de la culpa ($e\pm$). El adolescente "normal" se distingue del adolescente límite, por cuanto el problema crucial suyo es el dilema ético, la construcción

ética, la representación individual del superyó.

El adolescente-límite va a diferenciarse en dos sentidos: las reacciones $P(+\pm)$ y $P(+0)$, nos hablan de una predisposición fóbica, pues el paciente trata de almacenar en el plano posterior sus reivindicaciones cainicas $P(-0)$. El adolescente-límite trata de reparar la culpa ($e+$), y a sus excesivos escrúpulos les da salida de modo histero-fóbico (hyo) o con una constante ambivalencia entre la demostración y la ocultación de los mismos.

Por otra parte, junto a la escrupulosidad y culpabilidad ética, aparece la disolución de todo control ético y la presencia del dominio de la censura moral con manifestaciones de aflicción y lamento, de tono depresivo, que llegan a constituirse en conductas decididamente exhibicionistas $P(0+)$.

El adolescente límite se distingue del adolescente "normal" porque, mientras en este predomina el dilema ético ($e\pm$), en aquel prima el dilema moral ($hy\pm$).

La función del superyó, que ha de irse reorganizando en la adolescencia, va a constituirse, en el adolescente límite, como excesivamente escrupuloso y culpabilizador, a la vez que se disuelve para ser mantenido a distancia, exteriorizado en las dudas morales, en las reivindicaciones y lamentaciones depresivas que tomarán un cariz histeriforme.

Por esta razón estos pacientes muestran, a los ojos del clínico, un tinte histeroide, que suele tomar dos formas predominantes: $P(+0)$ y $P(-0)$, que aparecen

diferenciando, respectivamente, al subgrupo de adolescentes-límite próximos a la neurosis, del grupo de adolescentes límite próximos a la psicosis. En los primeros el peso de la culpa busca alivio y se manifiesta en crisis de pánico histérico o temores fóbicos diversos. La crisis aguda de angustia que describe Bergeret en los estados límite puede tomar esta forma, o bien otra, propia del segundo subgrupo, P(-O), representante del acúmulo de ira, rabia, cólera, odio, venganza, que va a descargarse próximamente por falta de un freno moral. Mientras que en el primer caso, la angustia es culposa, aquí es colérica. Fácilmente podemos reconocer estos afectos en nuestros pacientes que se corresponden con las descripciones de Grinker, cuando describe los ataques de cólera como características del síndrome borderline central y la crisis histeriforme-depresiva, propias del grupo de pacientes más próximo a la neurosis (grupo IV).

EL VECTOR SCH:

Tomando el 86% de las reacciones vectoriales, en ambos grupos de adolescentes, nos encontramos de nuevo, que el grupo de adolescentes "normales", queda particularmente incluido en el grupo de adolescentes límite. Una vez más, el grado de variabilidad existente en las reacciones vectoriales Sch, del grupo de adolescentes límite, es mayor, aproximadamente el doble, tal como venía ocurriendo en los vectores anteriormente analizados (S y P). Aunque las reacciones vectoriales principales en cada uno de los

grupos son parecidas, difieren más que en el vector P, y cuantitativamente, comparando ambos grupos, todavía veremos más claramente las diferencias que se manifiestan en múltiples reacciones vectoriales, lo que ha de conformar un funcionamiento del yo marcadamente diferente.

Lo que caracteriza significativamente al yo del grupo de adolescentes "normales", es la reacción Sch (--), significando a "una persona que saca al mundo sus exigencias instintivas, es decir, quiere satisfacerlas realmente en el mundo (-p), pero el yo que toma posiciones le impulsa a renunciar a estas exigencias proyectadas (-k)."

Esta reacción del yo es característica del adulto medio, obligado a la renuncia, pero disciplinado para la sociedad. Predominio de la adaptación, negación y renuncia sobre las proyecciones del deseo. Esto nos indica que el adolescente "normal" intenta satisfacer su deseo, busca ser participativo, encontrar el objeto con el que se halla la carencia, la incertidumbre y el desamparo que supone la individualización en el camino de ser adulto. Este impulso de participación Sch (0-), de búsqueda, alterna con una represión de los movimientos instintivos Sch (-0). El yo adolescente, tan pronto permite una toma de conciencia del deseo que ha de poder realizarse, como lo reprime. El deseo participativo llega a ser temido por la intensidad paranoide que provoca, y se define, no tan solo por la vía pura de la proyección Sch (0-), sino que también echa mano de las defensas obsesivas Sch (±-) que tan pronto le

impulsan a evitar todo cambio, como a huir, fugarse, y vagabundear. Tanto acepta como se rebela, para poder tener.

El adolescente "normal" destaca frente al adolescente límite, su puesta en juego del deseo, siendo capaz, tanto de llevarlo a cabo, a veces paroxísticamente, como de reprimirlo y olvidarlo, a la vez que le es posible adaptarse y renunciar.

En el adolescente "normal" predomina la posición de participación del deseo (-p), en la que el Yo toma posiciones: unas veces dejando la vía libre al cumplimiento del impulso, y otras veces mostrándose ambivalente o reprimido y facilitando el olvido y la adaptación.

En el grupo de adolescentes-límite, en lugar de la participación, predomina la inflación del Yo (+p). Incluso, significativamente, aparece la forma de inflación pura Sch (0+), y frecuentemente con hipertensión. La inflación representa una posición defensiva respecto de la pérdida de la participación. La patología de la separación, del sentimiento de abandono y pérdida del objeto total y anaclítico, se convierte en una reacción que busca desmentir la pérdida; así el sujeto busca duplicarse, ser madre e hijo, hombre y mujer ... serlo-todo. El Yo se encuentra en peligro, pues intenta extenderse ilimitadamente. Así, con frecuencia, estos pacientes, y es una reacción principal de su yo frente al peligro de la megalomanía, reaccionan negando la inflación, esto es, con la inhibición Sch (- +). En esta deflación del yo por negación, se entrecruzan las más variadas funciones: sexuales, de contacto,

comer, soñar, trabajar, interesarse...Esta posición del Yo es observada en neurosis de extrañamiento y, de almacenamiento afectivo, en neurosis hipocondríacas, en inmadureces sexuales y en enfermedades de carácter obsesivo.

El sujeto es el eterno fracasado, de ahí el permanente sentimiento de rivalidad. El estar bloqueado, la incapacidad para contactar espontáneamente, el narcisismo y angustia interior, el temor a la culpa y el dominio de la ilusión, caracterizan esta oposición, entre omnipotencia e impotencia; un ideal del Yo exigente ante el cuál, el sujeto se rinde, se desmiente y hasta se autodestruye.

Por el contrario, otra reacción característica que les diferencia, significativamente, del grupo de adolescentes "normales", es la intro-inflación Sch(++). Así, no tan solo aparece el deseo de serlo-todo, sino también de tenerlo-todo; es la posición de narcisismo total, el yo todo-poderoso. Sin embargo esta reacción no resulta tan peligrosa como el dominio puro de la inflación (0+!), pues el sujeto trata de llevar a cabo en la realidad las exigencias inflativas y a la vez evita la aparición del yo introyectivo puro, que trata de dominar al mundo, destruyéndolo violentamente para someterlo a su deseo Sch(+0). Esta reacción también aparece en los adolescentes límite, menos frecuentemente, pero de forma significativamente superior en relación al adolescente normal. En nuestros pacientes, la posición Sch(++), logra un cierto equilibrio narcisístico, gracias a que con bastante frecuencia logran la reacción sublimatoria S(--).

El paciente consigue frenar su narcisismo gracias a un mecanismo obsesivo Sch (± 0) consistente en reprimir los deseos agresivos, por ejemplo sádicos, anales, a la vez que reincorporan al carácter los aspectos socializables: humildad, escrupulosidad, altruismo. Esta reacción es característica del Yo-Dur, que se manifiesta con el ansia de tener, con el autodomínio, con la fuerza de la razón que se refuerza con otra reacción, significativamente presente en el grupo de pacientes frente al grupo de adolescentes "normales", como es Sch ($- \pm$), la negación de la feminidad o bien de la castración. Recordemos que en el vector S, la posición general predominante del grupo de pacientes era la femenina, que aquí se niega como identificación. A la vez, esta reacción Sch ($- \pm$) representa la negación del abandono, y la necesidad de enfrentarse al mundo, rechazando articularse con el mundo real. Es esta "falta de puente para pasar al mundo real" la que crea el extrañamiento del yo y se llega a alcanzar la despersonalización. Efectivamente, el transfondo de esta reacción vectorial, es la forma Sch ($+ 0$), que anteriormente ya señalamos y que conduce al sujeto a una actividad invasiva, posesiva, con impulso al poder y tener ilimitados.

Sin embargo, el adolescente "normal" asume la pérdida del objeto total, todopoderoso, a la vez que elabora, con dificultad, su deseo para convertirlo en demanda, sabiendo renunciar y permaneciendo a la espera.

Es precisamente este trabajo de duelo, por la

pérdida de ese objeto omnipotente, el que y no puede realizar el adolescente límite, impidiéndole identificar su deseo, como propio y personal, y negando la pérdida y el abandono del objetoanaclítico. Podemos reconocer el carácter organizador de la depresión anaclítica, tal como la describe Bergeret, como un mecanismo y no como un síndrome depresivo, con sus síntomas manifiestos, que pueden ser de otro orden, tal como hemos visto.

El adolescente límite desmiente la pérdida, incorporándola a través de un mecanismo megalomaniaco que pretende rechazar su fragilidad, su feminidad y la vivencia de estar perdido, solo y abandonado, mediante un mecanismo de omnipotencia donde el sujeto cree ser dueño de sí, de su deseo, de su ser, omnipotente, no castrado, no débil, no abandonado $Sch(- \pm)$, capaz de regir su destino, de afirmarse, dominarse, saber de sí y del modo de conducirse $Sch(\pm 0)$, sin querer saber de su violencia, de su ira, de su ansia de posesión, con un afán de poder y exigencia de transformar la realidad a su medida $Sch(+ 0)$. Su propuesta narcisística es, todo-se-ha-perdido. Esta oposición se libra en el perfil principal más significativo, el de inhibición $Sch(- +)$, que podríamos describir como: careciendo de todo $(-K!)$, incluso hasta del cuerpo, hay que serlo-todo $(+p!)$. Habiendo perdido lo que se tenía, el todo, hay que ser aquel todo que se tenía. Siendo el todo, no se llegará a cumplir la pérdida. El paciente se encuentra ante la primera posición del Edipo, tener o ser el Falo, descubriendo que ya no se tiene el Falo, negando

que no se es y exigencio el derecho a que se le restituya. Esto hace que nuestros pacientes, dificilmente, articulen cualquier deseo que no derive a esta posición del Todo o Nada; deahí la renuncia defensiva ala sexualidad que vimos en el vector S_0 el sometimiento a la culpadel vector P, que alterna con descargas paroxísticas de afecto y desviaciones de la sexualidad al modo perverso.

El adolescente limite no es capaz de poner en marcha la articulación de su deseo, especialmente de su sexualidad, de su agresividad, porque no es capaz de elaborar, desde la posición participativa, con la que parte el adolescente "normal", retomando los momentos primeros del edipo y remodelando sus diversas fases que reconstruyen las instancias más superiores, del Ideal del Yo (+p) y del Superyó (-K), que en el paciente limite, respectivamente, se tornan, omnipotente en su exigencia e implacable en la culpa, a veces persecutoria. Aunque la línea de la psicosis haya sido superada, el sujeto se detiene en esta estructura edípica precoz, de economía narcisista, que le hace regresar a un yo ideal pseudodelirante Sch(0+!) o pseudopsicopático Sch(+!0).

Comparación entre subgrupos de adolescentes limite y normales:

Clivaje.

Ya por último, vamos a destacar las reacciones vectoriales de cada uno de los subgrupos de adolescentes limite, que marcan la diferencia entre sí y con el grupo de

adolescentes normales.

Lo más característico del subgrupo de adolescentes límite próximos a la línea neurótica, en relación al grupo de adolescentes "normales", es Sch(++), mientras que en el subgrupo de adolescentes límite próximos a la línea psicótica es la reacción Sch(-!0). De esta manera, el subgrupo de adolescentes límite "neuróticos", quedan representados por el mecanismo de la intro-inflación, caracterizado por un narcisismo que, tanto intenta llevarse a cabo en la realidad material como en el mundo imaginario. Szondi nos dice que "en la introinflación está matizada la posesión". En la medida de que el adolescente límite se siente desposeído y abandonado, trata de recuperar aquella unidad totalizadora, por diversos caminos, salvo por el de la elaboración, esto es, realiza una negación de la separación, de la pérdida, a nuestro juicio, del tipo de la "Verleugnung", del desmentido.

Es en el subgrupo de adolescentes límite próximos a la línea psicótica, donde aparecen las formas Sch (-!0) y alternándose significativamente, respecto del grupo de adolescentes "normales", con la reacción Sch (+0). Aquí, el deseo de posesión del objeto Sch (+0), suele estar frenado, ya no tan sólo por el olvido de este deseo, por la represión Sch (-0), sino por un fuerte rechazo de ese deseo, que como vimos llega, frecuentemente, a la inflación casi delirante Sch (0+). Tenemos entonces un desmentido del deseo de posesión, con la altermanancia Sch (-!0) y Sch (+0). Se constituye, en ambos subgrupos de

adolescentes límite, una forma ambivalente Sch (± 0). Es por esto que consideramos la reacción Sch ($-!0$), característica del subgrupo próximo a la psicosis, como expresión del tipo de negación de un deseo incestuoso de posesión (ya lo veremos al analizar el vector C), un desmentido del deseo irrenunciable de posesión del objeto, principalmente por la vía de la realidad material, Sch ($+!0$), que nos explica el comportamiento violento, actuador, del adolescente límite, así como por la vía imaginaria Sch ($0+$), que caracteriza la actividad mental de tipo pseudodelirante, inflativo.

La presencia significativa de la reacción Sch (± 0), nos indica que el paciente logra un cierto equilibrio a través de la ambivalencia neurótica que permite mejorar el clivaje entre afirmación real del deseo Sch ($+0$) y su desmentido Sch ($-!0$), o su cumplimiento imaginario Sch ($0+$), que se sintetiza también en la fórmula de la inhibición Sch ($-+$). El clivaje del deseo fálico viene dado por la alternancia de su cumplimiento y su renuncia, esto es, de su desmentido. Este mecanismo característico de las perversiones, cuando éstas son clínicamente estables, toman en el Szondi la forma ($K+$), además de C ($++$). En los estados límite, más importante que esta posición es la contraria, ($K-!$), de ahí, que a pesar de mostrarse en muchos casos las conductas perversas, la personalidad no se estabiliza en ese punto, como tampoco se estructura en forma psicótica, ($p+!$) o ($p-!$), gracias al doble anclaje del deseo fálico, que se anuda en la realidad, tanto en lo real ($+K$), como

en lo imaginario (p+), a la vez que se renuncia al mismo (K-!), señalando la capacidad simbolizante y el juicio de realidad. El estado límite se encuentra todavía con una relación de objeto a tal punto narcisística, que no se ha estructurado respecto de un objeto substitutivo:fetichista, toxicofílico..capaz de evitar el característico movimiento y desorganización del Yo del estado límite, que va en busca de ese objeto fálico, indefinible, significante del deseo. Por ello, con tanta frecuencia también, el camino que sigue el paciente es, el perverso sexual y/o toxicomanía.

El estado límite más próximo de la neurosis, presenta el intento de equilibrar el cumplimiento del deseo, en lo real (k+) y en lo imaginario (p+), cayendo con frecuencia en estallidos de depresión, por la incapacidad de mantener este YO narcisístico, de negación:de la pérdida, de la castración, de la fragilidad, y alcanzando los estados de despersonalización Sch (-±).A la vez, el adolescente límite próximo a la neurosis se defiende de las posiciones psicóticas intro-proyectivas, Sch (+-)y Sch (0-), que muestran con menor frecuencia que el adolescente normal, no ocurriendo así en el subgrupo de adolescentes límite próximos a la psicosis. El adolescente límite "neurótico" viene caracterizado por la inhibición, Sch (-+), como el adolescente límite "psicótico", pero mientras que aquél logra, articular el cumplimiento del deseo entre lo real y lo imaginario, Sch (++), éste, sale de la inhibición para alternar, un cumplimiento del deseo puramente imaginario, con otro puramente actuador Sch (+0),

o también la forzada renuncia y negación, le conduce a la autodestrucción, bien por la vía culposa de la lesión y el suicidio o por la vía paroxismal, no sensorio-motriz, sino psicósomática.

Así, el adolescente límite, que estaría organizado en el momento evolutivo de la constitución del Yo frente al otro, como diferenciado de aquel objeto que a su vez se le reconoce como total, aceptará y negará tal momento constitutivo de la línea divisoria entre psicosis y neurosis. El adolescente límite tiende a instalarse en un Yo Ideal psicósomático (K-!), actuador (K+!) o imaginario (P+!), pero se niega a elaborar su función participativa (P-), es decir, a que el narcisismo primario del Yo Ideal se vaya articulando con otros objetos, con otros significantes que no únicamente el Falo, aceptando la carencia, el abandono y luego la castración. Lo que el paciente niega o desmiente (K-!) es la participación de un tercero que señala el paso, de entrada y elaboración del Edipo. Por esto es, que en el adolescente límite no aparecen las formas (P-); lo que poderosamente desmiente (k-!) es la participación (P-), pues su reconocimiento equivale a saber de la pérdida para siempre de aquel paraíso totalizante y asegurador de la unidad con la madre. El (p-) representa al otro, a la carencia, al deseo, a la búsqueda de un objeto en el mundo (genotropía), que será una proyección a la que se renuncia (d+p-).

Perfil del adolescente límite en relación al adolescente

"normal".

Al estudiar, independientemente, el perfil del adolescente límite en sus tres o cuatro formas principales de reaccionar, para cada uno de los vectores, nos encontramos con que hay una correspondencia, una semejanza cualitativa entre el perfil del adolescente "normal" y el perfil del adolescente límite.

Sin embargo, si observamos más atentamente, el adolescente límite, se caracteriza porque cuantitativamente, reduce, o a veces incrementa, esas reacciones vectoriales principales, respecto del grupo de adolescentes "normales", y presenta unas nuevas formas de reaccionar que son las que caracterizan al adolescente límite.

En términos generales podemos decir, que hay una gran semejanza entre la adolescencia "normal" y la adolescencia límite; corroborando la hipótesis de C. Cappadoro, quien define a la adolescencia como un estado límite "fisiológico". Las diferencias estriban en :A/ el uso cuantitativamente diferente que hacen unos y otros de esos mecanismos de defensa comunes.

B/ La importancia cuantitativa que alcanzan ciertas reacciones vectoriales en el adolescente límite, apenas remarcable en el adolescente "normal".

C/ Estas reacciones vectoriales secundarias, cuantitativamente, llegan a tomar valor cualitativo de manera que constituyen el síndrome clínico, dándole ese aspecto peculiar y distinto, a estos pacientes, frente al adolescente "normal".

D/ Así quedan descritos como adolescentes

"normales" con "algo más" que ya no es sólo la crisis adolescente, sino un adolescente más desorganizado.

Discusión y comparación global entre adolescentes límite y normal: narcisismo y transicionalidad.

A continuación podemos analizar diferencialmente el grupo de adolescentes límite con respecto al grupo de adolescentes "normales", siguiendo el esquema de la escuela de Lovaina, donde se representa el circuito pulsional, que partiendo del vector C, como primer tiempo, pasa luego al vector S y al vector P en un segundo tiempo, para terminar en un tercer tiempo en el vector Sch.

El adolescente Límite, manifiesta una gran necesidad de apego, de agarrarse al objeto y perseverar en él, rechazando, por temor e inseguridad, la separación. En las ocasiones en que se plantea la posibilidad de cambio, es vivida como un abandono y él mismo, no sabiendo si será posible sustituir ese objeto por otro, entra en una forma de contacto ambivalente, no sabiendo si soltarse o permanecer agarrado al objeto. Esta angustia ante la pérdida de contacto, le hace ensayar modos de separación que a su vez mantengan un punto de anclaje en el objeto antiguo, lo que conlleva que este sufrimiento personal se traslade a su entorno y muy particularmente al medio familiar, dado que son las imagos parentales sobre las que se establece este vínculo incestuoso, deseado y asegurador, tanto como, temido y rechazado. Este vínculo de uniones desgraciadas, que se van transfiriendo en todos sus aspectos, familiares,

relacionales y terapéuticos, periódicamente empujan al paciente a la renuncia del contacto, abandonándose a los mismos, en el reposo, con la envoltura de los demás, sin pedir nada y comprobando, o no, que algo o alguien lo sostiene. En otras ocasiones, pretende mantener la unión irreal, con un objeto que ya ha perdido.

Esta situación, es más característica en el subgrupo próximo a la psicosis, donde el contacto incestuoso, el aferramiento al objeto antiguo, a la imagen materna, es superior, lo que puede llevarle a una posición melancólica, donde ningún otro objeto podrá suplir o sustituir al objeto primigenio, al objeto fálico, con el que , a pesar de haberse diferenciado, no se quiere renunciar a esa existencia doble en la que el sujeto tiene la ilusión de formar una unidad indisoluble, sin tener que elaborar su deseo y su falta. El paciente niega algo que sabe, que tiene una existencia independiente. Es entonces cuando intenta tomar contacto con todo objeto, con cualquier objeto indiscriminadamente, sin posibilidad de adhesión seria. Son los adolescentes límite, próximos a la línea neurótica, quienes con más frecuencia ensayan esta formación reactiva, respecto de la unión dual. La alternativa es :la unión con ese único objeto omnipotente, o la unión con todo el resto de los objetos.

Todo el contacto gira en torno a una elección de objeto narcisista, la elección del doble, que ningún objeto puede llenar, desdoblándose entre la idealización y el desprecio, modos característicos de su contacto. Su relación

al todo, no admite carencias, el paciente rechaza su diferencia, su Ser que lo determina en la falta y que lo reconoce como sujeto deseante. Por ello se encuentra, el paciente, afectado ante todo cambio, significativo de la pérdida y de la carencia, produciéndole un efecto traumático.

La poderosa exigencia oral se combina con una fuerte retención anal, en un desesperado intento de que nada se pierda, que nada cambie, que no haya Tiempo. A la vez, como hemos visto, se producen descargas anal-sádicas, explosiones y rupturas del contacto, incluso abandonos orales, anoréxicos, o consumo de objetos (bulimia, juego, toxicofilia...).

La imagen del cuerpo cobra gran importancia y preocupación, es inestable y cambiante, en ella se refleja la imagen del objeto perdido al que se aferra. La oralidad, en los pulmones, en lo digestivo, en la piel, se manifiesta a veces con enfermedades psicósomáticas.

La ambivalencia, respecto del gran objeto de amor, en la medida que también es él mismo, va a mostrarse sobre su propio cuerpo; la violencia se mueve contra el otro, tanto como contra él, por cuanto el sujeto está inmerso en el narcisismo.

Así, el contacto alterna, desde la forma radical con que los pacientes próximos a la línea psicótica, pretenden indiferenciarse, confundirse con el objeto, de ahí los estados "psicóticos transitorios", hasta la manera con que intentan huir, forzosamente, de esta posición de

contacto, aquellos pacientes más próximos a la línea neurótica.

Caracterizado el contacto, como pulsión que pretende, en estos pacientes, aferrarse a su objeto de amor, adherirse hasta que entre ambos no haya sino un espacio virtual, potencial, una ausencia de distancia que abra un campo de juego, donde otro objeto pueda entrar y ser tocado, cogido, manipulado, amado, retenido, expulsado, agredido, violentado o destruido. De hecho, para estos pacientes, este espacio virtual, por veces se ensancha y, la relación Sujeto-Objeto, tan pronto, es próxima, como lejana, llegando a perderse ese contacto. En algunos casos estas formas abandonocas son predominantes.

Este contacto da entrada a objetos transicionales que pronto son rechazados al compararse con el objeto ideal, lo que indica su valor pseudo-transicional, pues en otras ocasiones se constituyen en equivalente y sustituto materno como objeto fetiche con el que establecer vínculos perversos. Cuando pasamos a ver el vector sexual, reconocemos, en algunas reacciones, que la relación de objeto cobra un valor sado-masoquista que en ocasiones se constituye en relación sexual.

La presencia del objeto con la diferenciación Sujeto-Objeto, va a ser investida pulsionalmente, por la libido y la destruido.

Ya vimos, que apenas queda espacio de contacto para cualquier otro objeto que sea fuera el objeto ideal, de manera que, prácticamente, cualquier movimiento de

invertimiento libidinal va a recaer sobre este objeto. Esta energía pulsional de amor y odio, que constituye al vector, resulta doblemente amenazante: El amor libidinal, de enlace, amenaza con desencadenar el deseo sexual por un objeto prohibido, y el odio amenaza con destruir, atacar al objeto ideal que puede vengarse y sobre todo puede perderse. Veremos más tarde la sexualización del deseo amoroso de contacto, como prohibición del incesto, pero en ese mismo deseo de amor hay el temor de desaparecer incluido o diluido en el objeto ideal, aún cuando el sujeto ya se haya constituido irremediabilmente como individuo diferenciado. Es por ésto, por lo que la reacción principal consiste en rechazar fuertemente todo deseo de amor y de odio, contrariamente a lo que hace el adolescente "normal", que articula proporcionadamente ambas pulsiones, para realizar sus elecciones de objeto, investidas gracias a que su forma de contacto permite la entrada de objetos nuevos con los que retomar, desde el plano genital, las posiciones fálicas infantiles.

A la par que persiguen esta renuncia pulsional, intentando sublimarla y socializarla, se presenta en estos pacientes una reacción de pasiva petición de amor, el sujeto ha de ser amado por el objeto ideal, sobre todas las cosas; se sitúa, como objeto de deseo del objeto ideal omnipotente, hasta el punto de alcanzar una posición masoquista predominante, y renunciando a su deseo, se coloca en el lugar del objeto del perverso. Con tal renuncia, vuelve a presentarse la ilusión de unión

perfecta; en su defecto se propone, como sujeto, cuyo único deseo es ,ser amado por el que en esa misma demanda se constituye como objeto ideal. En este caso, la energía libidinal, que une el Yo ideal con el Objeto ideal, es en realidad narcisística. El paciente, a diferencia del adolescente "normal", no presenta el menor asomo de agresividad o de actividad en el proceso de vinculación al objeto. Sin embargo, el vínculo, que ha de sostenerse a toda costa, se carga de un intenso masoquismo y en ocasiones, estableciéndose actividades sado-masoquistas, con la agresión ligada sobre el deseo erótico, que se había tratado de ocultar a través de la humanización activa, o de la sublimación. Esta forma de reaccionar, es la más característica del subgrupo de adolescentes límite en proximidad a la línea neurótica, donde el paciente intenta sublimar sus pulsiones por la cultura y la civilización. Sin embargo, la frecuente presencia de hipertensión, nos indica que hay una posición libidinal y agresiva que no logra descargarse. La descarga, es la que caracteriza al subgrupo de pacientes próximos a la línea psicótica, que tal como observamos con frecuencia, se realiza a través de crisis de agitación con conductas auto y/o aloagresivas. El intenso deseo de unión, de exigencia de amor respecto del objeto anaclítico, que busca eliminar las diferencias cumpliendo un deseo hermafrodita, se satisface o se descarga, a través del factor agresivo, desencadenándose un comportamiento violento, que tantas veces se describe como característico en estos casos. En otras ocasiones, este

subgrupo de pacientes, establece relaciones y vínculos con sus objetos de carácter sado-masoquista, de tal manera que se preserve el vínculo, si no por la vía del amor posesivo y narcisista, por el nudo sado-masoquista. La presencia de la violencia, paroxística o sostenida, es un rasgo de los adolescentes límite, en unos, de forma masoquista, y sádica, en otros. La violencia estalla en la línea que separa la semejanza y la diferencia, que el paciente trata de conciliar. Esta energía narcisística, reúne sus partes en un todo, a la vez que lo sitúa frente al otro como semejante. Esta misma actividad señala que hay diferencias, entre las partes y con el otro. Todo movimiento o cambio que incrementa estas diferencias, el deseo propio, el deseo del otro, amenazan con romper la unidad y conducen, en un intento de contenerla, a ligar agresividad en el vínculo, transformándolo en sado-masoquista. Si la amenaza de desligamiento, de separación, de pérdida, ruptura o intromisión se incrementa, crece la tensión de investidura y reunión que no logra más que una descarga de violencia y desorganización, actuadora, mental o psicosomática, que permita recomenzar con un bajo nivel de angustia.

Las imagos parentales, muy especialmente, están cargadas o investidas por estos afectos de amor y violencia, incrementándose la violencia sobre la imago parental, que en el proceso de identificación es vivida conscientemente como diferente y rechazable, e inconscientemente como semejante; en el proceso terapéutico

van a modificarse estos afectos transferenciales. La agresividad pretende negar a la vez que forzar, la necesaria distancia, la ausencia del objeto, para posibilitar la entrada de otro objeto, en calidad de tercero que daría paso a las identificaciones secundarias.

Estos vínculos narcisista-anaclíticos, de intensa ambivalencia, con deseos de amor, que se erotizan, y reivindicaciones caínicas, generan en el adolescente límite, tanto una fuerte culpabilidad y escrupulosidad ética, como su disolución, tomando el relevo, la censura moral. En el adolescente "normal" predomina el dilema ético, replanteándose y retomando el Superyó, para que del mejor modo se articule su deseo y se construyan demandas hacia o frente al mundo. La posición ética del adolescente límite es extrema, estableciendo una culpa demasiado fuerte que alterna con un deseo de venganza; el sujeto se somete al imperativo de la renuncia y, en otro momento, descarga la tensión del deseo, pero no lo articula. El adolescente límite desplaza el dilema ético y lo convierte en dilema moral, de ahí que tantas veces se diga que, estos pacientes, tienen necesidad de que se les marquen los límites y así, a través de estas referencias exteriores, que se cumplen y transgreden, vayan reconstituyendo su sistema ético que, poco a poco, sin sentimientos extremos de culpa, ni sentimientos intensos de venganza, les permitan acceder al deseo y formular demandas que articuladamente lo satisfagan. De no ser así, impera la ira, la cólera, el odio, especialmente en el subgrupo próximo a la línea

psicótica; o la culpa angustiosa por un deseo que no se nombra sino que se manifiesta en forma de aflicciones, lamentos, depresiones, crisis fóbicas e histeriformes, en particular en el subgrupo más próximo a la neurosis o una constante ambivalencia entre mostrar u ocultar aquellos deseos narcisista-anaclítico, más o menos teñidos erótica o violentamente.

La afectividad de estos pacientes es variable: en ocasiones culposa y angustiosa, con intranquilidad, y en otras, aparecen afectos posesivos, violentos, coléricos y vengativos. Muestran una fuerte carga afectiva, que también puede descargarse en forma depresiva, de lamento, a veces exhibicionista, histeriforme o bien, con temores fóbicos e hipocontriacos, ocultándose, mostrándose suspicaz y desconfiado avergonzado de que algún afecto intenso, moralmente reprobable, sea descubierto. Los pacientes se caracterizan por una afectividad dura donde la violencia predomina en forma de descargas paroxísticas, auto y/o alo-agresivas, incluyendo trastornos psicósomáticos. Estas formas críticas epileptoides, retenciones culposas, hipocondríacas, se combinan con expresiones afectivas más blandas del tipo histeriforme.

El característico contacto de apresamiento incestuoso, con una ligazón de objeto narcisista-anaclítico, presenta una afectividad intensa, dura, donde la agresividad es preponderante sobre los afectos del dolor moral, la aflicción y la tristeza quejumbrosa. Entonces el Yo, va a posicionarse frente a este movimiento pulsional

narcisista-anaclítico-incestuoso.

El YO del adolescente "normal", es capaz de articular el deseo, pudiendo reprimirlo o cumplirlo, con la búsqueda de un objeto en la realidad, a pesar de efectuar huidas y evitaciones pasajeras.

El adolescente límite no logra articular su deseo en la realidad por lo que busca soluciones diversas. Muy frecuentemente imaginarias, donde el Yo del sujeto, cree cumplir el deseo narcisista anaclítico, identificándose al Yo ideal, en el que predomina una dinámica psicótica de defensa, que busca esta alternativa imaginaria frente a otra posición participativa. Este deseo narcisístico, inflativo, omnipotente, donde se cumpla el deseo de no-diferencia, de no-carencia, de estar completo, donde no haya diferencia sexual ni generacional, es el deseo hermafrodita que, en ocasiones, toma valor persecutorio y se plasma en alucinaciones hipnagógicas de contenido bisexual. Hablamos de pseudo-alucinación, pues no se forcluye sino que se desmiente, la separación, la pérdida.

Así, la reacción más frecuente del Yo es la inhibición de ese deseo que por otra parte amenaza con una angustia psicótica. El paciente en su Yo, busca frenar a la vez que desear, esta actividad imaginaria a base de un mecanismo de desmentido, pero sobretodo de una represión capaz de inhibir y bloquear al sujeto llegando en ocasiones a frenos autodestructores. Si la identificación al Yo ideal aparecía en momentos regresivos de algunos de estos pacientes que buscan la satisfacción de su deseo

narcisístico, en esta segunda defensa, más frecuente, el yo del sujeto establece un vínculo anaclítico, donde se subraya la debilidad, la fragilidad, la impotencia del sujeto respecto del objeto protector y omnipotente donde la autodepreciación e inseguridad del sí-mismo es consecuencia de su inidentificación con el ideal del YO, que es ese objeto idealizado omnipotente. Aunque menos frecuentemente en esta muestra encontramos el Yo actuador, el Yo narcisista que desea cumplir, el poder de tenerlo todo, frente a la otra fórmula del Yo narcisista, el de serlo-todo. Creemos que ambas posiciones del Yo, una por la vía imaginaria y otra por la vía actuadora, representan intentos de cumplir el deseo narcisístico, en un caso a través del pensamiento y en otro a través del acto, apareciendo clínica de tonos psicóticos o psicopáticos. Sin embargo, en nuestros pacientes, es más frecuente la posición narcisista del yo, que en los adolescentes "normales", es la fórmula que combina el deseo de ser, con el de tener, lo que permite un mejor equilibrio del sentido de realidad y de adaptación social, mostrándose a veces como trabajadores compulsivos.

Como vemos, las posiciones del yo son narcisísticas, más o menos intensas y en una y otra dirección. El sujeto trata, a través del yo, de frenar lo que es su tendencia a identificarse con el yo-ideal, bien en su forma actuadora y corporal o bien en su forma imaginaria y mental, favoreciendo la aparición del ideal del yo y de la represión, que a veces toma una intensidad

que se traduce en autodestrucción, incluso por la vía psicosomática, cuyos trastornos son frecuentes en nuestros casos.

A veces, nuestro grupo de adolescentes límite, usa unas defensas de tipo obsesivo frente al narcisismo, reprimiendo deseos agresivos, preferentemente sádico-anales u orales, tal como vimos al estudiar el movimiento pulsional en C, S y P, a la vez, que incorpora al carácter aspectos socializables, como la escrupulosidad y el altruismo que, como apreciamos en el vector P, toman intensidades afectivas culposo-angustiosas. El paciente intenta buscar y mostrar, frente a una fragilidad narcisística, el autodomínio y la fortaleza de la razón. El paciente ensaya la coraza caracterológica defensiva, anal, del mismo modo que rehuye reconocer o saber de su debilidad, de su pasividad, dependencia, feminidad, negando el abandono y ese puente que ha de reconectarlo al mundo real, alcanzando un sentimiento de despersonalización y extrañamiento del objeto y de sí mismo, que es la cara opuesta de la defensa caracterial anterior y que junto a vivencias hipocondriacas angustioso-fóbicas, depresivas, componen la expresión más próxima de la neurósis, dentro de la organización del yo de estos adolescentes límite, que como vimos, es la narcisística en sus diversas formas.

6.2.1.- SERIES PULSIONALES E INDICES NUMERICOS.

El análisis de las series pulsionales sigue las líneas trazadas por J.Schotte(1) en 1975.

	I	IIa	IIb	III
	C	S	P	Sch
I C	m+	d-	d+	m-
IIa S	h+	s-	s+	h-
IIb P	e-	hy+	hy-	e-
III Sch	p-	k+	k-	p+

En primer lugar vamos a comparar al grupo de Adolescentes límite con el grupo control de adolescentes normales, haciendo referencia a los valores de los adultos.

Más tarde compararemos entre sí los subgrupos de adolescentes límite, "neuróticos" y "psicóticos".

Tiempo I

El número de reacciones factoriales (h+) y (p-) son menores en el grupo de adolescentes límite que en el grupo de adolescentes normales. Así, estos valores son anormalmente bajos para su edad, aunque tendrán que disminuir todavía más para alcanzar los valores normales en un adulto. Más llamativo es el bajo valor del factor (m+), tanto respecto de su edad como del valor normal en el adulto. Sin embargo, el valor obtenido en el factor (e-) se asemeja a los valores de los grupos control de adolescentes y de adultos.

Estudiando las reacciones factoriales, observamos que las respuestas nulas o ambivalentes, esto es,

sintomáticas, son, en (h+) (p+), semejantes en los grupos de adolescentes normales y límites, con lo que podemos interpretar una menor demanda de ternura y de relación participativa en el adolescente-límite, es decir, un esfuerzo por acomodarse en una precoz madurez, pues ya veremos, al examinar al tiempo III del circuito pulsional, cómo predominan los factores (h-) y (p+).

Este defecto del sujeto en cuanto a su capacidad arcaica introyectada de participación y proyección hacia los demás, de dilución en la ternura, se complica por una carencia marcada en el contacto oral, en el contacto materno de envoltura, de sostén; "handling and holding" que nos dice Winnicott.

El adolescente límite tiende a prestar en este factor muchas reacciones sintomáticas, preferentemente ambivalentes, pero también nulas.

De todo ello deducimos una carencia primitiva en el contacto, en la capacidad de apego, que se manifiesta con la disminución de las reacciones factoriales primitivas, que son las descritas en este tiempo I; la "falta básica" que diría M. Balint(2), se expresa por una debilidad en el apego, así como en la renuncia, relativa, a exigir ternura en la relación con el otro y la toma de distancia que impide toda confusión con el otro, en un intento de maduración precoz y de huida de toda situación regresiva en el contacto. Precisamente en la adolescencia normal se hace patente este contacto arcaico donde las necesidades de apego, de amor y participación en un cuerpo

común se vuelven a revivir, para irse difuminando en el período adulto. En el adolescente límite, un defecto primigenio del contacto se manifiesta en la adolescencia, alternando un intento de pseudomaduración con unos síntomas que se caracterizan por expresar el deseo insatisfecho de ser cogido, sostenido, satisfecho con premura, colmado de cuidados, que reclama como único objeto de amor de una madre de la que todavía no se ha diferenciado.

Tiempo IIa Como sabemos, la reacción vectorial más frecuente en el adolescente límite, en el vector C es: C (-+). Sin embargo ya vimos la deficiencia relativa mostrada en (m+). Del mismo modo ocurre en la relación factorial (d-). Así, además de que el adolescente límite manifiesta una baja capacidad para agarrarse al objeto antiguo, para pegarse a él, para ser cogido y sostenido por él, también se muestra debilitado en su capacidad para retenerlo, guardarlo, acogerlo. La incorporación oral del objeto antiguo y su retención anal, momentos primero y segundo de la internalización del objeto antiguo, se encuentran debilitados respecto de las capacidades de un adolescente normal, de manera que estos deseos de internalización e introyección del objeto se manifiesta sintomáticamente, preponderando las reacciones m± y d0, es decir, el contacto indeciso depresivo; por cuanto el vínculo se ve amenazado con una angustia de pérdida y abstinencia (vector C), o de vacío y abandono del objeto anaclítico (vector S) (J. Melon 1984)(3).

En este segundo momento, el adolescente límite, al

poner de manifiesto las carencias básicas de la proyección del objeto materno, incapaz de agarrar y retener, busca salirse de esta posición hacia otras de mayor equilibrio, de ahí el intento de madurar, de ser otro. Por esto aparecen las reacciones (hy+) con alta frecuencia, como deseo de dramatizar, de representarse de otro modo, exhibición que acabará trasluciendo la inseguridad básica, pero que busca en primer lugar demostrar una identidad más madura, un falso self. En esto colabora la reacción (S-), cuya frecuencia es mayor que la esperada en un adolescente, buscando frenar el impulso agresivo, a pesar de un alto nivel sintomático, tanto en reacciones nulas como ambivalentes, y aún dirigiendo la agresividad contra el propio sujeto; la reacción (S-) nos habla del masoquismo, de la agresividad que interioriza desde la carencia básica del contacto, sirve para frenar la desmesurada necesidad de satisfacción y deseo de ternura, transformándola en renuncia, pasividad y sacrificio del deseo en aras de una pseudomadurez que consolide una identidad segura de sí y de los intercambios y contactos.

Tiempo IIb

En este tiempo mediador, se corrobora lo observado en el tiempo IIa. Así, llama nuestra atención el descenso de las reacciones factoriales (hy-) y (S+). En este momento del circuito pulsional, se expresa exactamente lo manifestado en el tiempo IIa a través de los mismos factores.

El paciente manifiesta sintomáticamente unos deseos agresivos y exhibicionistas, teniendo un menor

control de sus impulsos desde el juicio moral, a través del pudor y la vergüenza, que el adolescente normal, a pesar de ser una reacción importante, en su valor relativo, respecto de otras de sus reacciones factoriales. La agresividad no se dirige activamente hacia el exterior, sino que predomina la autoagresión y la pasividad.

Así, en lo global de este tiempo II, se refleja la dramatización del conflicto y la expresión del sentimiento, vivido, hasta cierto punto, de forma masoquista, que se plantea en el tiempo I, como carencia afectiva o falta básica. (M. Balint).

Tiempo III

Nos dice J. Melon en 1975, que tan solo se alcanza en el período de latencia, el final del circuito pulsional del vector C, (m-), y que será necesaria la adolescencia para que se consoliden los otros factores componentes del tercer tiempo: (h-) (e+) (p+). Nosotros observamos que, más que en el adolescente, esta tríada se establece en el adulto, destacando en nuestro grupo de adolescentes límite la alta frecuencia de los factores (h-) y (p+), respecto del grupo de adolescentes normales, aproximándose a los valores adultos.

El adolescente límite presenta en exceso un intento de sublimación de la sexualidad, buscando en la cultura satisfacer el deseo de amor personal tan propio de la edad. A la vez ensalza la constitución de una fuerte identidad, de un sí mismo que se autoafirma en exceso y que se convierte en una falsa identidad, en un esfuerzo por

aunar las identificaciones del self y por lograr la sublimación.

Nos dice H.Deutsch(4) "común a todos estos casos, encontramos un trastorno profundo del proceso de sublimación, a la vez que el fracaso en hacer la síntesis de las diferentes identificaciones infantiles en una sola personalidad completa" y la sublimación imperfecta, parcial, puramente intelectual, del ser, del sí mismo, como resultado final del circuito pulsional (p+), parece intentar compensar la falta básica o defecto identificatorio respecto del objeto antiguo (m+), que intenta expresarse (hy+), a la vez que se fuerza el control pulsional (h-) y (S-), que provoca una vivencia pseudosublimatoria de vacío afectivo (h-) y de sufrimiento y autocastigo (S-).

INDICES NUMERICOS.

El método de las proporciones, como el de la psicosexualidad o el de la sociabilidad, nos da datos aislados, pero importantes, en el plano de la persona, lo que no ha de confundirse con el destino mismo total.

Las proporciones normales Dur-Moll del hombre tendrían que ser :D :M=2 :1. Las formas intersexuales presentan una proporción D : M =1:1 y el índice psicosexual en la proporción Dur:Moll observado empíricamente en las mujeres normales tiene un valor inverso al del hombre normal, pero donde el valor Moll no tiene porqué alcanzar

la cifra 2. La proporción empírica de las mujeres es D:M=1:1'5.

El índice Psicosexual confirma numericamente lo obtenido en los perfiles vectoriales, especialmente en el vector Sexual que es el predominio de lo femenino y en especial en los varones. Mientras que las mujeres se acercan notablemente, en su índice psicosexual, al normal, los varones presentan la proporción Dur-Moll (1:1'47) con manifiesta tendencia a la inversión. Así, el índice Psicosexual no presenta diferencias significativas entre el subgrupo de varones y el subgrupo de mujeres. Más que una tendencia, que la hay, hacia el hermafroditismo, se destaca una búsqueda de la proporción psicosexual Moll, es decir, una proporción de las respuestas "blandas" habituales en la mujer normal. A pesar de tratarse de un grupo de adolescentes donde, de manera normal, las proporciones Dur-Moll no están muy marcadas, es llamativa la feminización del grupo de varones, a pesar de la cautela que hay que tener en esta interpretación debido a los cambios culturales. Sin embargo, lo importante y significativo, es que no hay diferencias entre el subgrupo de varones y el de hembras.

El estudio de N. STUDER-SALZMANN(6), sobre la proporción Dur-Moll, por sexo, en las diferentes enfermedades psiquiátricas, se ajusta a lo que nosotros obtenemos. Así, en las mujeres, entre 1:1'3 y 1:1'4, el diagnóstico que más frecuentemente presenta esta proporción, es el de Psicopatía y Perversión, estando

próximos la neurosis y la homosexualidad.

Entre los hombres, el valor obtenido, se corresponde con el de la Perversión, estando próximo también al de la neurosis.

Respecto de los valores, observamos que los índices psicosexuales que obtenemos, tienden al predominio de lo blando, de lo femenino, que es característico de esta patología, tanto en varones como en mujeres.

Índice de Socialización

El valor medio, del índice de socialización, es del 50'5%, que se encuentra en el límite superior de la normalidad. Según los estudios citados de Studer-Salzman, había que esperar un porcentaje algo inferior, en torno al 40%.

De todos modos, ambos nos hablan de la agresividad de estos pacientes para la adaptación social.

El estudio de F.Soto Yarritu(7) nos dice que, "hombres con muy bajo el Dur y normal o relativamente bajo el social, son sospechosos de homosexualidad". Esto es coherente con los trabajos de Studer-Salzman.

Supongamos que, dentro del grupo de los perversos y psicóticos, nuestros pacientes serían aquellos con una mayor capacidad adaptativa o de socialización. De hecho, estos pacientes son aquellos que logran adaptarse al sistema normativo de una Institución abierta, mientras que algunos desean abandonarla por carecer de ese nivel adaptativo, puesto que las características de la institución no permitían contenciones físicas o transgresiones muy

graves.

Estos pacientes llevan entre 6 y 18 meses ingresados.

Es coherente el índice psicosexual "Moll", con el índice de socialización elevado. Así como el bajo nivel de frecuencia sintomática, donde sin embargo, como veremos a continuación, al analizar el coeficiente de tensión de tendencia, observamos el predominio de las respuestas nulas sobre las ambivalentes. Predominio de la descarga pulsional. Ya veremos el significado de estos valores. En términos generales se puede hablar, en esta muestra, de predominio de las posiciones blandas, débiles y adaptativas.

El grado de tensión de tendencia de este grupo, se encuentra en torno a: $G.T.T. = 2$. De manera que la expresión sintomática no es llamativa, por muy baja, menor de 1 o por muy alta, mayor de 5 o 10. De todas formas, al decir de L.Szondi: "del grado de la magnitud del cociente de la tensión de las tendencias, nunca se puede deducir el comportamiento del paciente".

El porcentaje de Reacciones sintomáticas considerado empíricamente normal, es del 20% al 30%. En nuestra muestra tiende a superarse el límite superior, alcanzando un valor de 33%.

La frecuencia sintomática es ligeramente superior a la normal, predominando las reacciones sintomáticas nulas, que doblan a las ambivalentes. Ya vimos, cuando analizamos las reacciones sintomáticas, en qué factores se

producen más frecuentemente estas descargas pulsionales.

Si comparamos estos índices con el grupo de adolescentes normales, no encontramos diferencias significativas en el grado de tensión de tendencia, ni en el porcentaje de reacciones sintomáticas.

Tampoco hay diferencias en la proporción psicosocial. Sin embargo, la proporción psicosexual es significativamente característica, pues mientras en el grupo control alcanza un porcentaje Dur del 59%, en el grupo de pacientes el valor es del 40%.

El índice de variabilidad global, que es de 61'6, se encuentra muy por encima de los valores normales, lo que nos habla de una enorme plasticidad de los Adolescentes límite, que es una característica peculiar de la organización límite, su capacidad de cambio, de presentarse unas veces de un modo y al poco tiempo, de otra forma, que, a veces, hace difícil reconocer que se trata del mismo paciente.

Esta variabilidad generalizada, en todos los vectores, se vuelve alarmante, por cuanto, el índice de desorganización, es también muy alto y patológico, indicándonos que, los cambios que se producen en la organización de la personalidad del Adolescente límite, son por clivaje, es decir, donde una reacción tiene un significado contrario que la siguiente. J. Melon nos dice que ha de entenderse, este clivaje en la reacción, como un clivaje en el Yo.

Esto refuerza las observaciones realizadas en el

estudio del perfil, donde el Sujeto se mostraba, en los diversos vectores, atravesado por un clivaje que opone unas reacciones a otras contrarias.

La plasticidad del trastorno límite es a la vez, desorganizado y con predominio de la expresión sintomática (como nos indica el índice sintomático). A pesar de todo, el Adolescente-límite logra una relativa adaptabilidad (en nuestra muestra) dado el, ligeramente alto, índice de sociabilidad con un equilibrio, en términos generales, entre los síntomas comportamentales y los subjetivos.

BIBLIOGRAFIA

- (1) Schotte J. "Recherches nouvelles sur les fondements de l'analyse du destin". Centre de Psychologie Clinique. Louvain 1973.
- (2) Balint M. "La falta básica". Paidós, Barcelona 1982.
- (3) Melon J. "Destins" CABAY. Louvain la Neuve 1984.
- (4) Deutsch H. "La psychanalyse des névroses et autres essais". Payot, Paris 1970.
- (5) Melon J. "Théorie et pratique du Szondi". P.U. de Liège, Liège 1975.
- (6) Studer Salzmänn. "Sexual and Szondi index in der Psychopathologie". Szondiana III, nr.43 august 1960 pp (202-212).
- (7) Soto Yarritu, F.; Concepción A.; Diaz A.M.. "Relación entre los índices sexual y social en un grupo de sanos y enfermos psíquicos" Szondiana III, nr.43 Agosto 1960 pp (821-828).

6.3.- INTERPRETACION DE LOS PERFILES SZONDIANOS PARTICULARES DE LOS SUBGRUPOS DE ADOLESCENTES-LIMITE, SEGUN EL SEXO Y EL SUBTIPO DIAGNOSTICO.

A través del análisis del test de Szondi y de la clasificación diagnóstico-clínica de cada uno de los pacientes, hemos realizado varios subgrupos, a partir del grupo total de pacientes.

La finalidad es encontrar, a través del test de Szondi, las diferencias testológicas existentes entre ellos, que habrán de corresponderse con las diferencias clínicas.

De este modo, construimos, inicialmente, dos subgrupos, los adolescentes límite próximos a la neurosis y los adolescentes límite próximos a la psicosis. Seguimos, con estas denominaciones, los criterios de J. Bergeret.

Luego, buscamos diferenciar todavía más estos subgrupos, construyendo un tercero que denominamos, de Adolescentes límite actuadores, cuyos componentes serán extraídos de los subgrupos anteriormente citados.

Por tanto, nuestro interés, consiste en encontrar aquellos rasgos peculiares y diferenciadores, de cada uno de los subgrupos, respecto de los demás. Veremos entonces si las conclusiones que se extraigan del análisis de estas diferencias testológicas, tienen sentido respecto de los criterios clínicos con los que se han constituido los subgrupos.

Así, nuestro objetivo es diferenciar a través del test de Szondi, los diferentes grupos, según la variable Patología. Hallar, entonces, los elementos dinámico estructurales que los caracterizan.

Precisamente al abordar este objetivo, tendremos que tener en cuenta la distorsión que pueda causar la variable sexo, es decir, si el hecho de que haya, más o menos miembros del mismo sexo, en uno de los subgrupos estudiados por criterios clínico-patológicos, influye en determinar unos u otros rasgos, como características de ese subgrupo.

Para estudiar la posible influencia de la variable sexo, compararemos:

- 1) Hombres y mujeres del grupo total de Adolescentes límite.
- 2) Hombres y mujeres, del subgrupo de Adolescente límite próximos a la neurosis.
- 3) Hombres y mujeres, del subgrupo de Adolescente límite próximos a la psicosis.

De esta forma lograremos aislar la variable sexo y encontrar las diferencias existentes entre los adolescentes límite varones y hembras, y también entre los Adolescentes límite "psicóticos" varones y hembras.

Para identificar mejor las diferencias en función de la variable patológica, compararemos:

- 1) Adolescentes límite "neuróticos" varones, con adolescente límite "psicóticos" varones.
- 2) Adolescentes límite "neuróticos" hembras, con adolescente límite "psicóticas" hembras.

3) Adolescentes límite "neuróticos" con adolescente límite "psicóticos", independientemente del sexo.

A pesar que realizamos todos estos subagrupamientos para intentar aislar las variables del diagnóstico y del sexo, esto no se puede lograr absolutamente, puesto que las propias diferencias individuales, psicopatológicas, y por tanto testológicas, aún dentro de una misma categoría o subcategoría diagnóstica, puede interferir en la variable sexo.

Por otra parte, el test de Szondi, cuando estudia los diversos problemas psicopatológicos, incluso los perfiles peculiares de un trastorno psíquico concreto, de una identidad nosológica, no hace consideración a las diferencias por el sexo, puesto que a la hora de la interpretación cualitativa, la que corresponde al análisis del perfil, resulta poco relevante.

A pesar de ello, con el fin de una mayor aproximación al problema dinámico-estructural del Adolescente límite, me ha parecido útil estudiar de la manera más afinada posible, las distintas posibilidades y variables intervinientes.

Esta dificultad de independizar completamente ambas variables, se podrá observar en que, el análisis realizado para aislar la variable sexo o el realizado para aislar la variable patología, obtienen resultados que no se superponen, lo que no quiere decir que se invaliden, sino que han de interpretarse dentro de los presupuestos que hemos dado: Las variables sexo y

patologías son interdependientes. A pesar de ello podemos aislarlas suficientemente como para encontrar el sentido de cada una de ellas.

CASOS DE EXCEPCION.

Vamos a tomar algunos casos, antes de explicar los resultados concretos de los distintos subgrupos.

Las diferencias generales, cuando se analiza el sexo, hace intervenir, entremezclándolos, a pacientes Adolescentes límite neuróticos y adolescentes límite psicóticos, en proporciones diferentes. Así, hay un mayor número de varones, incluidos en el grupo de Adolescentes límite "psicóticos".

Por otro lado, si comparamos, varones y hembras, dentro de cada subgrupo, de A.L. "N" y de A.L. "P", hallamos, de manera más independiente, las diferencias debidas al sexo.

Observamos, comparando los resultados del grupo general, con los resultados de los subgrupos, que, la suma de las diferencias de cada uno de los subgrupos, conforman un conjunto, que incluye, a los resultados de las diferencias sexuales del grupo en general, como a un subconjunto, no perfecto.

Podríamos entonces deducir, que el hecho de no tener en cuenta las diferencias diagnósticas, interfiere con las diferencias debidas al sexo, borrando, las diferencias psicopatológicas, algunas de las diferencias debidas al sexo.

Aquellas diferencias que desaparecerían, en cuanto

a su significación, serán aquellas que, en algunos de los subgrupos de A.L. "N" o de A.L. "P", descienden marcadamente en su frecuencia.

De hecho se pudo observar que las diferencias debidas al sexo, entre los A.L. "P", apenas existen, mientras que entre los A.L. "N" son comparativamente abundantes.

Antes hemos dicho que el subconjunto de las diferencias de los subgrupos varones y hembras, considerado sobre el total de pacientes, no era un subconjunto perfecto, del formado por las diferencias entre sexos de cada uno de los subgrupos A.L. "N" y A.L. "P". Quiere decirse, que aparece alguna diferencia por sexo, en el grupo general, que no es significativa dentro de cada uno de los subgrupos.

De aquí podemos deducir, que esa diferencia se debe a una razón psicopatológica debida a que esa reacción sea más frecuente en un subgrupo patológico que además concentra un mayornúmero de pacientes de un determinado sexo.

También podemos pensar, que se concentran, en esa reacción, un conjunto de individuos, de ambos subgrupos patológicos (A.L. "N" y A.L. "P") que reúnen, con mayor frecuencia, una determinada reacción vectorial.

Para discriminar esto, estudiaremos dos tablas de resultados: por ejemplo, $S(O \pm)$, aparece más frecuentemente entre las mujeres, en el estudio global, y no tiene significación, ni entre los varones ni entre las

mujeres, como cabría esperar, en el subgrupo de A.L. "N" o en el de A.L. "P".

Consultadas las tablas de diferencias diagnósticas, tampoco aparece en los resultados generales, ni en los parciales, por subgrupos diagnósticos, que la reacción $S(0 \pm)$, sea más frecuente en alguno de ellos. Esto querria decir, por un lado, que las diferencias supuestamente debidas al sexo, de algún subtipo patológico: de los A.L. "N" o de los A.L. "P", provendrían de ambos campos psicopatológicos, al sumarse, pues analizados los subgrupos separadamente, no saldría significativa. Es decir, que existe alguna variable (reacción vectorial) en la que sexo y patología son interdependientes.

Sin embargo, $P(+0)$, que aparece como significativo, entre los valores diferenciales para el sexo, concretamente entre los varones, y que desaparece dentro de los subgrupos, de A.L. "N" y de los A.L. "P", al acompañar internamente las diferencias debidas al sexo, resulta que es una reacción significativamente más frecuente, en el subgrupo de A.L. "N", tanto en las cifras globales, como entre los subgrupos de varones y de hembras.

Si tenemos además en cuenta, que hay más varones entre los A.L. "P", solo podemos concluir que la reacción $P(+0)$, es característica, a la vez, de los A.L. "N", en especial, y además de los varones.

No pondremos más ejemplos, pues lo que se desea demostrar, es la interdependencia de las variables: patología y sexo, a la vez que hay posibilidad de examinar

su peso relativo.

Caso contrario sería, cuando la reacción vectorial aparece como diferenciadora de sexo, en uno de los subgrupos, por ejemplo, Sch(+0), dentro de los A.L."N" y no aparece en los valores globales del grupo.

Podemos constatar, que esta reacción no es especialmente significativa, entre los A.L."N" varones, ni tampoco entre los A.L."P", ni entre los valores diferenciales (A.L."N"/A.L."P").

Por tanto, habrá ciertos individuos, pertenecientes al sexo masculino, entre los A.L."N", que concentrarán esta reacción.

Naturalmente, nos lleva a la conclusión anterior, de que sexo y patología se entremezclan, pues este resultado ha de interpretarse como característica de los A.L."N" varones.

Por último, otro ejemplo: Sch(++), es más frecuente entre los varones del subgrupo de A.L."N", que entre las hembras. Es también más frecuente, entre las hembras A.L."P", que entre las mujeres A.L."N". Esta reacción Sch(++), no destaca en las cifras globales diferenciales, entre las mujeres-varones, ni entre A.L."N" y A.L."P".

Es, Sch(++), característico de varones A.L."N" y de A.L."P" hembras. Este resultado ha de interpretarse en cada caso, dentro del conjunto de los datos y cualitativamente.

6.3.1.- INTERPRETACION DE LOS PERFILES SZONDIANOS DE ADOLESCENTES LIMITE VARONES Y DE ADOLESCENTES LIMITE HEMBRAS.

Aislamos el subgrupo de A.L."N", y comparamos a los varones con las hembras, con el fin de examinar las diferencias. Luego hacemos la misma operación, con el subgrupo de A.L."P".

Buscamos aislar, lo mejor posible, las variables del sexo, aunque en este grupo de pacientes, las diferencias clínicas individuales, es decir, la heterogeneidad de los síndromes, no permiten una clasificación absolutamente nítida de los pacientes, pesando, seguramente, las diferencias clínicas, dentro de un mismo subgrupo, sea este, de A.L."N" o de A.L."P".

Subgrupo de A.L."N", diferencias por el sexo:

HEMBRAS

En el vector S, solamente podemos decir, que las hembras muestran un mayor grado de hipertensión. Esto mismo ocurre, la hipertensión, en el vector C, a favor de las hembras. Parece indicar, mayores dificultades para la descarga pulsional.

En el vector P, $P(\pm-)$, nos indica, a favor de las mujeres, un mayor dilema ético, angustia, pánico, deseos de venganza, que se ocultan y también que se intentan reparar.

En el vector Sch, $Sch(O\pm)$, es más frecuente en las mujeres, y L.Szondi, lo define como Yo femenino, que proyecta su masculinidad, al mismo tiempo que busca el

objeto del abandono y de la feminidad o castración, llegando al extrañamiento.

Por el contrario, Sch(-±), revela la capacidad y preparación del paciente para aceptar el Yo femenino, el abandono y la castración.

Estas posiciones del Yo, en el abandono y la castración que se acepta y se rechaza, coincide, en el vector C, con una alternancia entre la unión doble, a todos los objetos y la barrera de contacto.

El perfil diferencial de la mujer A.L. "N", respecto del hombre A.L. "N" sería: una hipertensión en el contacto (también en la sexualidad) que alterna un contacto múltiple, con una retracción esquizoide. Se sigue, de un dilema ético, que trata de ocultarse, y de una aceptación, a la vez que rechazo, de su feminidad.

En las reacciones diferenciales, respecto de los hombres, las mujeres muestran un clivaje, una escisión en las respuestas a los conflictos, del contacto y la feminidad.

Las reacciones que hemos estudiado, en el Yo de las mujeres, por un lado hacen referencia al dilema genérico del abandono y castración, al narcisismo, y por otra parte a la condición de mujer, superponiéndose ambos, tal como nos demuestra E.D. Bleichmar, cuando habla del feminismo espontáneo de la histérica, es decir, la aproximación que se produce, en la mujer, entre castración y herida narcisística.

Dado que estos pacientes, adolescentes límite,

padecen primordialmente de narcisismo, las mujeres lograrían conducir este trastorno narcisístico hacia formas más neuróticas, es decir, que la angustia narcisística, en parte, se convierta en angustia de castración, y se hysterifica el conflicto.

E. Dio Bleichmar destaca la relación entre trastorno histérico y narcisístico, subrayando el polo narcisístico, en algunos trastornos, como: la personalidad borderline histérica, la dependiente, la histriónica, la fálico-narcisista... que estudia en la mujer y que considera que en la mujer se presentan con mayor frecuencia.

Si la frigidez o un trastorno conversivo localizado representan a la histeria, y los antes citados, a los aspectos orales, proyectivos y narcisistas de la misma. la organización límite es la que delimita los trastornos del narcisismo sobre los sexuales.

La autora estudia la dificultad, especial, que para la mujer introduce nuestra cultura, en diferenciar género y sexo. El género, masculino-femenino, está ligado a la identidad y al narcisismo, pero sobre todo a la cultura. Así, el sexo, hombre-mujer, en gran parte cae bajo el dominio del género, tendiendo a equipararse mujer y femenino. "El núcleo de la identidad de género se establece antes de la etapa fálica, lo que quiere decir que la angustia de castración o la envidia al pene no intervengan en la identidad al género, sino que lo hacen una vez que tal identidad se halla básicamente estructurada, para

sellar su formación definitiva".

Dado que la madre representala unidad de género temprano, tanto para el varón como la hembra, hace que el desarrollo psicosexual sea más complicado para el varón, en lo que atañe al género. Esto lo estudiaremos en el capítulo dedicado al varón A.L. "N".

Si la oposición, fálico-castrado, estructura la organización del género, la masculinización del pene y la feminización de la vagina, estructuran la valoración narcisística del género.

Como hemos apreciado en los resultados, la mujer acepta y rechaza lo femenino, tanto como alterna dependencia y pseudoautonomía, de manera que tiende a histerificar el conflicto narcisístico subyacente.

Seguramente por esta razón, los autores lacanianos, como J.C. Maleval, consideran que estos trastornos son estructuralmente neuróticos, particularmente, neuróticos histéricos, sin dar el valor predominante al trastorno narcisista, tal como hacen los autores que defienden el concepto de organización límite.

VARONES

En el vector C, destacan las ambivalencias, las dudas, bien respecto de agarrarse o de separarse del objeto antiguo, incestuoso, o bien del nuevo, entre buscar y adherirse está su dilema. $C(\pm 0) (\pm -) (-\pm)$.

La alternancia, buscar, agarrarse a un objeto, o retraerse del contacto, se plantea, como ocurría con las hembras, pero de otro modo. Ellas realizaban más contactos

radicalmente opuestos; o contacto múltiple o retracción. Los varones se plantean: retracción de contacto y a la vez, tanto buscan un nuevo objeto, como a la vez se adhieren al antiguo, incestuosamente. Por tanto el modo de afrontarlo es distinto. La mujer, parece plantear "Sola o con todos". El varón diría "Ni solo ni con todos".

En el vector Sch, en la mujer, el dilema se plantea sobre su feminidad, siendo de este modo que aparece el conflicto del narcisismo, es decir, de forma histeroide.

En el varón, el conflicto narcisístico, toma forma perversiforme, siendo frecuentes, respecto de las mujeres, las reacciones Sch(+0) (++) (--), apareciendo de nuevo reacciones clivadas y opuestas.

El conflicto se pone en el narcisismo como un dilema sobre qué es ser femenina o mujer y su relación con el abandono y la desprotección. En el varón, la castración aparece como angustia narcisística, entre tenerlo todo, completo, y renunciar a todo. ¿Qué es ser hombre?.

EL PERFIL DIFERENCIAL DEL VARON A.L. "N"

El contacto del A.L. "N" varón, es dubitativo, inseguro, sin poder elegir entre cambiar o conservar; quisiera ambas cosas a la vez. Como vimos, la mujer A.L. "N", presenta este dilema, pero resuelve la ambivalencia en ambitendencia, es decir, alternando la unión doble con la barrera de contacto, unirse a todo o a nada.

La mujer proyectaba, negaba a la vez que aceptaba, el abandono, la castración y la feminidad, como funciones del Yo.

En el varón, el rechazo de la castración, el abandono y la pérdida, son más patentes, pues las reacciones principales son, frente a las mujeres, de tipo narcisista, con afirmación fetichista Sch(+0), narcisista Sch(++), aunque también aparece una capacidad adaptativa y autolimitativa Sch(--).

Por tanto, en el varón, el conflicto y la angustia de castración-abandono, se resuelve con la afirmación fálico narcisista, aunque con reconocimiento de los propios límites adaptativos.

En la mujer el clivaje atiende a rechazar lo dependiente, la castración, lo femenino, a la vez que a aceptarlo.

Mientras en el varón, el clivaje, rechazo aceptación, se decanta por la afirmación fálico narcisista, en la mujer sobresale el rechazo y protesta de lo femenino. Así, el varón, diríamos que toma rasgos perversiformes y que en la mujer los toma histeriformes.

En el varón lo narcisístico perversiforme, predomina sobre lo narcisista histeriforme de la mujer. En ambos casos, el trastorno narcisístico, que atañe a la completud, al rechazo de la falta, con especial atención a la falta de objeto protector y anaclítico, toma formas diversas en cuanto a la manera de aceptar y rechazar la castración, pues en la mujer se rechaza lo femenino,

entendido como los valores propios de la aceptación de la pasividad, la dependencia y la proyección de su ideal en el hombre, es decir, lo culturalmente femenino.

En el varón, en lugar de este modo histeriforme, aparece la afirmación fálica, ligando pene y masculinidad, del mismo modo que en la mujer, en el camino de la histeria, se reúne no-pene y feminidad, es decir, sexo y género. De este modo, se acentúa la equivalencia en el varón, entre sexo y género, tomando su identidad a través de una afirmación sexual, como la del fetichismo o la simple narcisística de sí mismo como sujeto omnipotente, frente al sujeto castrado, adaptado y vulgar que renuncia a su deseo. El camino perversiforme es el que predomina en el varón.

Si reunimos los resultados experimentales de estos Adolescentes límite, con las teorías sociales generales, como las de S.Pomonta, que nos habla de que vivimos en una sociedad definida por favorecer los trastornos narcisísticos y con la interpretación de E.D.Bleichmar, que liga, en su ensayo, las estructuras antropológicas-sociales con las psicoanalíticas, parecen tener bastante coherencia, pudiendo decir que, la organización límite, es la patología de nuestro tiempo.

SUBGRUPO DE A.L. "P" DIFERENCIAS POR EL SEXO

HEMBRAS:

Lo único a destacar en el grupo de mujeres, es la mayor frecuencia de la reacción P(O±), que nos habla de una

clínica de lamentación y afiliación, propia de la depresión histérica. La duda y ambivalencia moral carece de freno ético. Exhibir u ocultar sus sentimientos, la obsesión moral, para L.Szondi, es característica de la naturaleza femenina, por oposición a la masculina P(\pm 0), de afectos toscos.

VARONES:

Dentro del grupo de A.L."P", los varones destacan por una hipertensión mayor en el vector S(!), esto hace, que al examinar la tabla de diferencias hombres/mujeres, considerando el grupo de Adolescentes límite en su conjunto, la hipertensión S predomina en los varones.

Esto mismo ocurre con la reacción C(--), más frecuente entre las mujeres del subgrupo de A.L."N".

El contacto de los varones del subgrupo de A.L."P", destaca por las reacciones de retención: C(-0), retención anal, al cambio, conservadurismo y adherencia, y C(--), retención y freno, frialdad afectiva y en el contacto contruye una barrera.

Unicamente destacamos: que apenas hay diferencias. Que las diferencias están en el contacto; ya entre los A.L."N" varones, señalamos una gran dificultad para soltarse, y aquí, mostramos la necesidad de conservar, de retener, de no buscar.

GRUPO CONJUNTO DE ADOLESCENTES LIMITE, DIFERENCIAS POR EL SEXO

Las diferencias observadas en el análisis del grupo, en su conjunto, son coincidentes, en términos

generales, con los obtenidos por el análisis de los subgrupos.

Hay que destacar algunas diferencias:

El análisis por subgrupos, permite establecer más diferencias que el análisis del grupo en conjunto.

Quiere decirse, que las diferencias entre hombres y mujeres, extraídos del análisis del grupo globalmente, es un subconjunto de las diferencias obtenidas por el análisis de cada subgrupo, sumadas éstas.

Unicamente, a destacar, es que, la hipertensión del factor S(!), que es predominante entre las mujeres del subgrupo de A.L. "N", lo es también entre los varones del A.L. "P". Globalmente, predomina entre los varones. Esto indicaría que la hipertensión S(!), es, sobre todo, predominante en el subgrupo de A.L. "P" y varones.

Otra diferencia, semejante a la anterior, ocurre con la reacción C(--), que por las mismas razones deducimos que es más frecuente en el subgrupo de A.L. "P. varones.

Parece que, mientras en el subgrupo de A.L. "n", se plantean bastantes diferencias, que atienden al proceso de la identificación sexual, al comparar, hombres y mujeres, ocurre lo contrario entre los A.L. "P".

Podríamos decir, que el mayor desarrollo evolutivo de los A.L. "N", haga que se plantee el problema de la diferenciación sexual, mientras que entre los A.L. "P", tan solo existan diferencias, entre las formas de contacto, y muy pocas. Para el A.L. "P", no parece reconocerse y tan solo se manifiesta como diferencia de contacto.

ORGANIZACION SEXUAL DIFERENCIAL EN EL ADOLESCENTE LIMITE

Podemos concluir, que entre los varones y las hembras de los adolescentes limite, existen pocas diferencias.

Estudiados los subgrupos A.L. "N" y A.L. "P", observamos que, entre el grupo más regresivo, el de A.L. "P", las diferencias son mínimas, y tan sólo hacen alusión al contacto. Esto nos hace pensar que la diferencia sexual apenas cuenta, lo que es concordante con la idea, que tenemos de los pacientes fronterizos con la psicosis, de que el conflicto nuclear no tiene que ver con la diferencia sexual, dado su carácter preedípico, sino más bien, con el vínculo pre-edípico, madre-niño-falo, donde las diferencias se tratan en lo dual. En nuestra muestra, son los varones, los que muestran un contacto más retentivo, hasta alcanzar a retener lo perdido.

Quizás, debido a la asimetría del complejo de Edipo, al varón le resulta más difícil soltarse del polo materno, por la doble prohibición del padre, como objeto homosexual, además de personificar la prohibición del incesto.

Entre el grupo más reducido, de los A.L., los A.L. "N", las diferencias son más claras. Por una parte, se nos confirma la impresión de que al varón le resulta más fácil pasar, del objeto antiguo, en el caso de la estructura edípica, de la madre, al objeto nuevo, al padre, y por ello, las reacciones de contacto son inseguras

y dubitativas, mientras que en la mujer, a pesar de mostrar el mismo problema, presenta reacciones más resolutivas, es decir, más radicales, en cuanto al cambio: Cambiar todo o no cambiar nada.

Esta inseguridad de contacto y amenaza de pérdida, se junta con la angustia de castración, que el varón resuelve, tendiendo a identificarse con tener y/o ser el falo., aunque reconoce la falta.

La mujer, también rechaza, aunque reconociéndola, la castración, pero tiende a proyectar fuera lo que le falta. Acepta más fácilmente, que el varón, no ser falo, pero no renuncia a tenerlo. De ahí, que en su afán de tenerlo, pueda cambiar masivamente de objeto, al contrario que el varón. En cierta medida, también desea ser el falo, pero lo proyecta, lo que favorece crisis proyectivas, de despersonalización y protestas histeroideas que repiten su queja de ser y no ser el falo.

En nuestra muestra, el dilema de afirmar tener y/o ser el falo, y aceptar no tenerlo ni serlo, se produce en varones y mujeres, pero de forma diferente. Para el varón, ese dilema es radical, pasa del Todo al Nada. En la mujer, el dilema es más ambivalente, sobre todo del lado del Ser.

Mientras en el hombre, la ambivalencia aparece en el contacto, el clivaje todo-nada, aparece en el Yo. La duda estriba en tener, tomar o no contacto, y las reacciones radicales respecto de tener o ser, o no tener, y no ser el falo, aparecen en el Yo.

En la mujer, el contacto presenta un clivaje

radical, agarrarse y tener o soltarse y retener, por oposición a la ambivalencia, sobre todo respecto de ser o no el falo.

En el varón, las dudas de separación-abandono, se resuelven por afirmación-posesión y perversidad.

En la mujer, las alternancias en la separación-abandono, se resuelven por dudas, depresión y despersonalización histeriodes.

En el varón, el conflicto está más del lado del tener o no el falo, mientras que en las mujeres, está más del lado del ser.

A la vez, el dilema, en el varón, es radical, clivado, mientras en la mujer es ambivalente.

Aunque, en lo fundamental, el conflicto sea el mismo, es decir, rechazar, a la vez que se reconoce, que no se tiene y/o, es el falo, los matices los diferencian.

El mecanismo del desmentido, de renegar y reconocer la castración, toma en el varón una forma de alternancia entre el dominio, posesión y afirmación, y la adaptación con actuación, a veces proyectiva.

En la mujer, este mecanismo alterna, el dominio inflativo-proyectivo (pre-paranoide), con la depresión y despersonalización.

En este capítulo, una vez que hemos estudiado los resultados, queda demostrada, con las matizaciones que son expuestas, para cada uno de los subgrupos diagnósticos de Adolescentes-límite, que la Hipótesis H8 es cierta, "El sexo de los pacientes de Adolescentes-límite ha de

influir en la organización del aparato psíquico, si los resultados Szondianos lo demuestran".

Además, teniendo en cuenta algunos hallazgos, respecto de la influencia, de la diferencia anatómica de los sexos, en el aparato psíquico, a través de su inscripción o no, como diferenciación sexual, que expondré a la hora de las conclusiones, (capítulo 9.2.2), demostraré así, la Hipótesis H2 y H2.1, por cuanto ratificamos y matizamos, algunos conceptos de la teoría psicoanalítica de la organización límite.

Se hace alusión a conceptos como: Renegación del abandono y de la castración, Tiempos del Edipo, precoz y secundario. Asimetría del complejo de Edipo del varón y de la mujer... que serán incorporados a las conclusiones finales sobre la organización límite (capítulos 9.1 y 9.2).

6.3.2.- INTERPRETACION DE LOS PERFILES VECTORIALES DIFERENCIALES ENTRE SUBTIPOS DIAGNOSTICOS DE ADOLESCENTES LIMITE "ACTUADOR", A.L "PSICOTICO" Y A.L "NEUROTICO".

En este capítulo, como en el anterior, damos cuenta de las Hipótesis H7 y, especialmente, de la Hipótesis H7: "El test de Szondi define y diferencia, a tres clases de subgrupos de Adolescentes-límite, que construimos clínicamente y que denominamos "actuadores", "psicóticos" y "neuróticos".

Haremos referencia a la Hipótesis H2.1,

describiendo las características dinámicas de cada uno de estos subgrupos aislados, mediante el Test de Szondi, lo que nos permite comprender mejor las propiedades relativas de unos pacientes límite respecto de otros.

Destacamos, como resultado del análisis Discriminante aplicado a estos subgrupos, primero la capacidad del Test de Szondi para diferenciarlos, en coherencia con el diagnóstico clínico, lo que, de nuevo, refuerza la Hipótesis H9.

Los resultados gráficos del análisis discriminante, (cap.5.7.2), corroboran lo que expresamos en el texto, es decir, que el subgrupo de A.L."actuadores", está más cerca del subtipo de A.L."neuróticos" que de los A.L."psicóticos", en nuestra muestra, lo que nos indica, que se trata más de formas de descarga impulsivo-actuadora, que de verdaderas organizaciones psicopáticas, como además habíamos observado en la clínica.

Adolescente límite "Actuador":

Las características vendrán dadas por oposición al tipo psicótico y al neurótico, tal como descubrimos en las tablas de comparación.

Vector S:

El adolescente límite actuador se caracteriza por una mayor frecuencia de la reacción S(-*), frente a los A.L. psicóticos y esta reacción es preferente en las mujeres. Nos habla de un deseo sádico, a veces, humanizado. El hecho de que cobre especial importancia en la mujer, se puede interpretar como una inversión en la posición sexual. Esta

actividad sádica daría cuenta de la impulsividad.

Vector S

Respecto de los "neuróticos", "los actuadores", no presentan diferencias globales, pero sí por sexos. Así, los varones, tienen con más frecuencia la reacción S(+±) y S(++).

Estas reacciones, al no aparecer en el conjunto global, indican que existen diferencias por sexos, aunque el sentido, con sus matices, es el mismo que el de la reacción principal, sobre todo para las mujeres límite actuatoras, en las que predomina la actuación pulsional, la tendencia a satisfacer el deseo sexual, equilibradamente o de forma activa, incluso sádica. Al contrario, entre los varones límite actuadores, predomina la tendencia, frente a los "neuróticos", de satisfacción pulsional, y frente a las mujeres, su posición es pasiva y masoquista, en caso de alternativa a la descarga pulsional normal.

En el actuador predomina la descarga pulsional, su realización, bien en forma sádica o masoquista, de manera que estadísticamente el caso-masoquista pregenital, predomina en la relación sexual, al compararse con los Adolescentes límite "neuróticos".

Vector P:

Globalmente, frente al límite "psicótico", el "actuador", presentan más formas P(+0) y P(+--). Estas formas predominan entre las mujeres, y entre los varones se destaca una forma nueva (--).

Frente al "neurótico", el "actuador" presenta más

formas P(\pm -), más frecuentemente que los neuróticos, pero los varones contrarrestan con este valor.

Destacamos al límite actuador como éticamente estricto, en comparación con el psicótico y, ambivalente, en comparación con el neurótico.

Nos encontraríamos, en el vector P, con una gradación entre psicóticos, actuadores y neuróticos, en el uso y funcionalidad de la ética.

En los varones parece haber más reacciones puras de pánico P(--), mientras que en las mujeres, éstas parecen ambivalentes P(\pm -).

Vector Sch:

En los valores globales, predominan, tanto respecto a los psicóticos como a los neuróticos, la reacción Sch(\pm 0).

Otras diferencias caracterizan al grupo de mujeres, que se encontrarán contrarrestadas por el grupo de varones. Sch(- \pm), diferencia a la mujer actuadora de la psicótica y Sch(0-) (\pm 0) ($\pm\pm$) (\pm -), la diferencia de la neurótica.

Lo más importante es constatar que el adolescente límite actuador, presenta la reacción Sch(\pm 0), más frecuentemente que el psicótico y que el neurótico, constituyéndose en reacción diferencial, cualitativa, entre neurótico-actuador-psicótico. Esta reacción nos habla de un Yo obsesivo que intentará, como dice L. Szondi, controlar el sadismo anal. Ya vimos, al estudiar el vector S, la frecuencia con que se presentaba este rasgo sádico en el

adolescente límite actuador.

Se nos va perfilando un adolescente límite actuador, que representa un frustrado camino de estructurar una neurosis obsesiva, apareciendo algunos de estos rasgos, tanto en el vector P, como afán de autodomínio, culpa y de control, como en el vector Sch, ahora estudiado, intentando así defenderse del sadismo del vector S, de la sexualidad sado-masoquista. Estos deseos tratan de ser controlados. De no lograrlo, aparecen, las ya aludidas crisis de pánico, así como las crisis de despersonalización Sch(-±), frente al subgrupo de psicóticos, y formas de proyección, Sch(O-) (+-) (+±), frente a los neuróticos; todo ello hemos podido observarlo en el subgrupo de mujeres de nuestra muestra.

Vector C:

En los valores globales, tan solo aparece, como rasgo diferencial del límite actuador, C(+±), y respecto del subgrupo de neuróticos, que no con el de psicóticos. Esto nos habla de un mayor grado de depresión-anaclítica.

Estudiados por separado, mujeres y varones, podemos afinar algún rasgo más. Entre las mujeres, se confirma la reacción C(+±), como más frecuente que en los subgrupos neurótico y psicótico. Esta peculiar intensidad de la depresiónanaclítica podía explicar el sadismo observado en S.

Hay una mayor tendencia al desapego, en varones C(--), y en mujeres C(O-), que en los psicóticos, y por el contrario, una mayor fuerza de apego, en mujeres C(--)

que en las neuróticas.

RESUMEN DEL ADOLESCENTE LIMITE ACTUADOR

Analizada la posición relativa de este síndrome, respecto del "psicótico" y del "neurótico", dentro del grupo general de los Adolescentes límite, podemos aproximar unos rasgos diferenciales.

La intensidad del contacto depresivo-anaclítico y el sentimiento de pérdida y desamparo, genera, frente al objeto, una atracción sexual vinculante, teñida de sado-masoquismo que restaura el lazo, combatiendo el abandono, así como genera culpa incestuosa, que hace entrar al actuador en un dilema ético y un esfuerzo reparador, que se incorpora al carácter, o bien, y de ahí el aspecto impulsivo, tiende a proyectarse sobre el exterior y acompañarse de pánico.

ADOLESCENTE LIMITE PSICOTICO:

A continuación realizaremos la comparación del subgrupo de límites psicóticos con los neurótico y actuadores, una vez estos últimos han sido estudiados y definidos como una organización caracterial perverso-obsesiva, indicándonos su mayor proximidad al subgrupo neurótico que al psicótico. El Análisis Discriminante nos demostrará este juicio.

Vector S:

Globalmente no presenta diferencia por exceso, respecto de alguna reacción en relación al subgrupo

actuador, salvo en el subgrupo de varones, que nos señala S(+0), junto a S(++), los diferencia de los neuróticos. Entre las mujeres destaca S(00) y entre los valores S(+±), frente al subgrupo de neuróticos.

El paciente límite psicótico destaca por un deseo de cumplir y realizar la sexualidad, que suele ser infantil y pasiva S(+0), manifestando la tensión S(++), y la descarga S(00).

Vector P:

El paciente psicótico presenta una ambivalencia moral, con o sin freno ético, respecto del actuador, mientras que presenta una ambivalencia ética, sin freno moral, respecto del neurótico.

Las dudas morales, pueden ser reparadas P(+±) o pueden expresarse continuamente como queja y lamento P(0±).

El psicótico expresa, más que el neurótico, sus dudas éticas y las exhibe sin pudor.

En conjunto, el límite psicótico, se caracteriza por tener más dudas y ambivalencias, morales y éticas, que los otros grupos, respectivamente, de actuadores y de neuróticos.

Vector Sch:

En las cifras globales, no hay diferencias entre psicóticos y actuadores, sin embargo, entre los varones, la reacción Sch(±-). La reacción Sch(+-) es más frecuente entre los psicóticos que entre los neuróticos, y lo mismo ocurre con Sch(±-), dentro del grupo de varones y entre

las mujeres Sch(00).

Así, en el Yo, el psicótico se distingue, básicamente, del neurótico, por presentar mayor tendencia intro-proyectiva, ya dentro de los subgrupos, entre las mujeres domina la disolución confusional del Yo, Sch(00), y entre los varones, otra forma de paroxismo, el que precisamente se denomina Yo paroxismal Sch(±-), que es una proyección reprimida con obsesión. Esta reacción, además lo distingue del actuador, entre los varones.

La tendencia proyectiva del psicótico, puede evolucionar en forma paroxística, bien a la disolución de las funciones del Yo, como crisis confusional, o bien con la fuga, la huida del sujeto, el vagabundeo, que permite escapar de lo persecutorio y alusivo proyectado.

Existe además una hipertensión Sch(!) potente en el psicótico y no en el neurótico.

Vector C:

La única diferencia global, se da entre psicótico y neurótico, por una mayor frecuencia del contacto incestuoso y dual, C(-+).

Tal como ocurría en el vector Sch, no hay diferencias globales entre psicóticos y actuadores. Además, esta reacción C(-+) predomina, junto a C(!), entre el subgrupo de mujeres.

RESUMEN DEL ADOLESCENTE LIMITE PSICOTICO.

El límite psicótico, presenta un intenso contacto dual-incestuoso, que traduce, este apego, en un deseo

sexual que ha de satisfacerse, descargarse, generalmente de forma infantil, pasiva, narcisística, que debe provenir de ese objeto de apego, tantas veces masturbatorio.

Esto le conduce, principalmente, a dudas morales, si lo que hace o desea, está bien o mal visto (estas dudas son la diferencia esencial que establece con los actuadores), lo que prepara una sensibilidad que antecede al perjuicio proyectado que aparece en el Yo, que se defiende huyendo o diluyéndose.

La intensidad de este deseo incestuoso, es aceptado por una parte del Yo y rechazado por otra, de ahí que lo persecutorio, de clínica psicótica, no logre diferenciarse estructuralmente de los pasajes al acto de los actuadores.. Incluso, ya dijimos, que lo que diferenciaba en el Yo, al psicótico, del actuador, es Sch(±-), es decir, la actuación la huida, la fuga como respuesta para apaciguar la vivencia persecutoria.

ADOLESCENTE LIMITE NEUROTICO:

Ahora situaremos al límite neurótico, frente al actuador y psicótico, subrayando sus rasgos sobresalientes, respecto de los otros, para dar un perfil diferenciador.

Vector S:

Frente al actuador, el neurótico inhibe sus deseos sexuales, S(--). Frente al psicótico, ocurre lo mismo en el subgrupo de mujeres S(--), y prácticamente igual, en el de varones S(±-), con entrega a las tareas de la civilización, aunque haya deseo de amor.

Vector P:

Predomina P(++), frente al actuador y P(+0), frente al psicótico.

Significa que en el neurótico predomina la función y escrupulosidad del control ético, superyoico, bien P(++), más frecuentemente entre las mujeres, que representa al Abel que desea exhibir su bondad, así como las dudas morales que se intentan reparar, constituyendo una prefase de P(+0), que es propia del pánico histérico y sobre todo, fóbico.

Vector Sch:

Se diferencia de los psicóticos, por una mayor frecuencia de Sch(++), destacando entre las mujeres, Sch(++), y entre los hombres, Sch(±0). Tampoco se señalan diferencias con los actuadores.

El yo trata de integrarse con esfuerzo, Sch(++), se denomina, el Yo que presiente las catástrofes. El Yo pretende integrar las oposiciones; de ahí que se le llame, Pontifex oppositorum. El Yo busca, a la vez, negar e introyectar, Sch(±0). Del mismo modo pretende aunar, introyección y proyección Sch(++), también la inflación.

Vector C:

Destaca C(±0), entre los datos generales y globales y C(00), entre las mujeres, para diferenciarse del actuador.

Del psicótico, tan solo se diferencia el subgrupo de mujeres, por C(00) y C(+0).

Hay una gran dificultad para abordar el cambio,

sumiéndose en un conflicto ambivalente, entre buscar algo nuevo o adherirse a lo antiguo. Tiene mayor capacidad de cambio que el psicótico, pero tiende, cuando intenta el cambio, a caer en un contacto infantil de fusión y sin tensión C(00), bien en el encuentro con lo nuevo, pero sin base en que apoyarse, y sobre todo con la duda, ambivalencia y temor por dar el paso de la separación.

RESUMEN DEL ADOLESCENTE LIMITE NEUROTICO

El paciente presenta una gran inseguridad en dar el paso de la búsqueda de un objeto nuevo, queda sumido en dudas de aventura o de inmovilismo, entre salir o enclaustrarse.

Este temor por lo nuevo, por lo extranjero, se manifiesta por un rechazo de la sexualidad que pretende sublimarse y reconducirse en pro de la cultura y de la civilización, aunque se atisba el deseo de satisfacer el amor personal, la necesidad de ternura.

Es así, que el superyó intenta un estricto control ético que impide el desarrollo del deseo, dando lugar a formaciones de compromiso fóbicas o hipocondríacas.

Esta lucha por controlar lo nuevo, lo sexual, lo sorprendente, obliga a un sobreesfuerzo del Yo, a una vivencia de catástrofe y a un bloqueo que preludia las reacciones, ya más frecuentes y características, de los otros subgrupos (actuadores y psicóticos), que no logran integrar los clivajes, intro-negador, Sch(± 0), o introyectivo proyectivo-inflativo Sch($+\pm$).

RESUMEN COMPARATIVO DE LOS SUBGRUPOS DE A. L. "ACTUADORES"

"PSICOTICOS" Y "NEUROTICOS"

En el "psicótico" predomina la unión dual incestuosa, en el contacto, mientras que en el "actuador" lo hace el contacto depresivo, de pérdida y abandono. El "neurótico", da un paso más, apostando por el cambio, por lo nuevo, aunque a costa de sumirse en la inseguridad, las dudas y una fuerte incertidumbre.

A partir de este contacto, el "psicótico", incrementa el vínculo, a través de la carga sexual, que busca una dedicación exigente y absoluta, en la que se constituye como objeto pasivo digno de todo amor, y ternura, de una sexualidad infantil. Mientras tanto, el "actuador", frente a la angustia de desamparo, genera un deseo sexual que mantenga el vínculo anaclítico y que es de orden sado-masoquista.

El "neurótico", con su incertidumbre, logra renunciar a los deseos sexuales y llega a sublimarlos, en el mejor de los casos, evitando el conflicto pulsional.

El "psicótico", ante la intensidad del deseo sexual infantil, en la unión dual incestuosa, se carga de duda moral, temiendo ser descubierto por los demás; intenta ocultar su vergüenza y eso hace crear una sensibilidad que le conducirá a vivencias paranoides.

El "actuador", en su esfuerzo por evitar la depresión - anaclítica, desencadena una actividad sado masoquista, sobre todo en la conducta relacional general,

incluso más que en la sexual, que lo introduce en un intenso dilema ético, entre la realización impulsivo-violenta del deseo y el control y reparación del mismo, por el que se siente culpable y perseguido.

El "neurótico", que ha logrado rechazar los impulsos sexuales, manifiesta un férreo control ético, que intenta que nada aparezca del deseo, aunque no evite la formación de síntomas, del tipo fóbico o hipocondríaco.

Por fin, en el "psicótico", la intensidad del contacto y de la tensión pulsional incestuosa, desborda la sensibilidad, que se convierte en proyección, en vivencias persecutorias de un Yo, que también opta por huir (fuga) o diluirse (desintegración confusional). El "actuador", resuelve el dilema ético, de depresión-abandono y apego-sadomasoquista, a través de unas crisis de pánico y proyectando su impulso al exterior, en forma de pasaje al acto. Por último, el "neurótico", presenta un sobreesfuerzo del Yo, por integrar o poner freno a los impulsos, vivenciando un sentimiento de catástrofe o un bloqueo de clivajes: intro-negador y del tipo introyectivo inflativo-proyectivo, es decir, el prelude de las desintegraciones yoicas descritas en los "psicóticos" y "actuadores".

6.3.3.-INTERPRETACION DE LOS PERFILES SZONDIANOS DIFERENCIALES ENTRE ADOLESCENTES LIMITE "N" Y ADOLESCENTES LIMITE "P".

Las diferencias observadas entre los subgrupos

diagnósticos de adolescentes-límite, los más próximos a la neurosis y los más próximos a la psicosis, en primer lugar demuestran la hipótesis H7, "El diagnóstico clínico, descriptivo dinámico, que nos permite crear unas subcategorías diagnósticas, dentro del grupo general de los adolescentes límite, ha de manifestarse en la organización del aparato psíquico de esos subgrupos de Adolescentes-límite, reflejándose y detectándose en los resultados obtenidos por el Test de Szondi".

No solamente, estas diferencias tienen expresión o se quedan registradas, sino que la marca diferencial es importante y permite un análisis de esas diferencias, que confirman la Hipótesis H7.1: "El Test de Szondi, define y diferencia, a los subgrupos de Adolescentes-límite, más próximos a la neurosis, de los más próximos a la psicosis".

Además, cuando estudiamos en qué consisten esas diferencias, encontramos un nuevo argumento para demostrar la Hipótesis H2 y, más concretamente, para la Hipótesis H2.1.1 y H.2, puesto que las diferencias o perfiles Szondianos diferenciales, demuestran, que en cada uno de los subgrupos diagnósticos, de Adolescente-límite, predomina uno u otro de los lados del Clivaje pulsional, que están expuestos en los capítulos 9.1 y 9.2.1.1 de las conclusiones.

Adolescentes límite Neuróticos y Psicóticos,
comparación, teniendo en cuenta al sexo:

Adolescentes límite neuróticos

Vector S:

Predominio de las reacciones S(--) y S(+-), es decir, de las reacciones de rechazo pulsional, con intento de sublimación. La forma S(--) es más frecuente en las mujeres y las S(+-), entre los varones. Aunque ambas reacciones tienden a una misma significación: el ansia de sublimar en la cultura; destaca, en los varones, ese rasgo pasivo, blando, de petición de ternura y amor.

Vector P:

Destaca la reacción P(+0), y la hipertensión P(!) esta última es más frecuente entre los subgrupos de mujeres.

Como hemos visto, en la escrupulosidad, del ansia de reparación y del dominio de la conciencia, la culpa suele manifestarse en forma de miedo histeriforme o de ternura fóbicas.

Vector Sch:

No aparecen elementos o reacciones vectoriales significativamente superiores a los del subgrupo de A.L. "P". Sí, inferiores, pero los estudiaremos al analizar el perfil diferencial de los A.L. "P".

Vector C:

Destacamos, globalmente, las reacciones C(+-) y C(+0), la primera predomina entre los varones y la segunda entre las mujeres. Otra reacción que destaca, primordialmente en el subgrupo de A.L. "N" varones, es C(±0). Al A.L. "N", le embarga el deseo de cambio, de búsqueda, a la vez que esto se acompaña de una gran duda

entre buscar lo nuevo y retener, conservando lo antiguo. El dilema esencial se resume en: ¿Cómo cambiar conservando?. Pregunta más frecuente entre mujeres adolescentes límite, o ¿Cómo conservar cambiando?, más frecuente entre los varones. La angustia que genera el cambio, es la del peso de lo que se retiene, o la del vacío de lo que se pierde.

En todo caso, aunque el sexo influye en las reacciones de contacto, como vimos al analizar las diferencias en función del sexo, a su vez, estos resultados son propios del subgrupo de A.L. "N".

Adolescentes límite psicóticos

Vector S:

Las reacciones significativas son S(+0) S(++). La reacción S(+0), no presenta diferencias entre varones y mujeres, mientras que S(++), es más frecuente entre las mujeres, y los varones presentan la forma S(+±). En realidad, esta forma S(+±), es la fase previa a S(+0).

En general, podemos hablar de una manifestación de satisfacción pulsional, bien a través de la sexualidad normal, como del amor personal, propio, que ha de recibirse pasivamente.

Vector P:

Globalmente destaca la reacción P(--+) y entre los varones P(±0). Si cuando se habló del subgrupo de mujeres, destacaba la reacción P(0±), característica de una afectividad blanda y sentimental, aquí, en el subgrupo de A.L. "P", destaca la afectividad P(±0), que nos habla de brutalidad o al menos de tosquedad. Esta característica de

los afectos, no depende tanto del sexo (como vimos en las tablas que discriminan esto) como del ser A.L. "P".

En conjunto, domina una afectividad tosca, de deseos violentos, de cólera, vergüenza, envidia y muerte. Estos deseos están sometidos a la ambivalencia ética y así se muestran a los demás.

Vector Sch:

Globalmente, predominan las reacciones Sch(+ -) y Sch(- 0), que a su vez, tienden a presentarse con más frecuencia entre los varones. Ya observamos, que había unas reacciones del Yo, que no acaban de ser significativas (al pO'05) del grupo de A.L. "N", pero que se quedaban por poco.

Aquí tenemos, que estas reacciones, Sch(00) (++) (±±), sí que diferencian A.L. "P" de los A.L. "N", pero en el subgrupo de mujeres.

De este modo, las características del Yo que estas reacciones nos señalan, son aplicables a los adolescentes límite, pero especialmente al subgrupo de mujeres. La forma más característica del Yo femenino del adolescente límite, ya vimos, es Sch(±±).

El Yo del adolescente límite "psicótico", en primer término, tiende a negar y proyectar. Recordemos los clásicos mecanismos descritos en estos pacientes (negación, identificación proyectiva y clivaje), que con mayor intensidad se dan, cuanto más próximos estén del borde psicótico.

Luego tenemos reacciones de oposición, entre la

omnipotencia narcisística del Yo Sch(++)) y la disolución confusional de sus funciones de integración Sch(00).

Las posiciones del Yo del A.L. "P", son: El Yo omnipotente narcisístico, el Yo impotente confusional y el Yo negador y proyectivo. El narcisístico, evita toda fisura, cree controlar todo deseo, el negador-proyectivo, rechaza, y si algo se escapa, lo sitúa fuera. Por fin, cuando estos mecanismos fallan, paroxísticamente se produce una disolución del Yo, un estado confusional.

VECTOR C

Destacan entre los A.L. "P", la reacción de apego, de unión dual incestuosa C(-+) y la hipertensión C(!).

Esta hipertensión es más frecuente entre los varones y la reacción C(-+), entre las mujeres.

Si recordamos que el adolescente límite adolece de capacidad de apego, aquí vemos la reacción de máximo agarre y adhesión, como necesidad insatisfecha, especialmente entre los A.L."P". Renuncian a toda búsqueda o cambio, contrariamente a lo observado entre los A.L. "N". El A.L. "P" se sitúa en el lugar del falo, en posición narcisista infantil.

Comparando los perfiles de A.L. "N" y A.L. "P",

diríamos:

El contacto del A.L. "P", es conservador, retiene lo que se posee, inmovilista con todas sus fuerzas. El A.L. "N", busca el cambio, lo nuevo, pero con gran inseguridad y dudas.

Así, el A.L. "N", renuncia a la vía pulsional,

sexual, intenta sublimar, mientras que el A.L. "P", busca la realización del deseo sexual, lo que incrementa la tensión incestuosa, mientras que el A.L. "N" la elude, momentáneamente, porque le genera culpa, a la que se somete, y que manifiesta, a veces fóbicamente. Por el contrario, el A.L. "P", desarrolla sus deseos de muerte y venganza contra quien le impide la satisfacción o goce incestuoso.

Por último, el A.L. "P", trata de llevar a cabo su deseo o bien de proyectarlo, o autodestruirlo, psicótica o psicosomáticamente.

Mientras, entre los A.L. "N", la articulación edípica toma forma más neurótica, entre los A.L. "P", se toman resoluciones más perversas y psicóticas.

Por tanto, las denominaciones de A.L. "N" y A.L. "P", nos parecen apropiadas.

El A.L. "P" es un Caín, que desea perpetuar la relación dual y rechazando la función mediadora de un tercero, por esto, denominamos a este grupo, Caracterosis Dual, por ser propia del Yo Ideal.

Los A.L. "N", son Abel, pues aceptan de buen grado la sumisión al padre, cuando este es Ideal del Yo, pero no se le reconoce fácilmente como representante Superyoico de la castración. La denominamos Caracterosis ternaria.

Mientras los A.L. "P" parecen situarse en el primer tiempo del Edipo, con mayor peso respecto de los A.L. "N" estos se apoyan más en el segundo tiempo.

Caracterosis dual hace referencia al triángulo preedípico, Madre-niño-falo, mientras que Caracterosis ternaria, hace referencia a la presencia del tercero, extranjero, ya en forma de padre idealizado.

6.3.3.1.- Series pulsionales comparadas A.L."N" y A.L."P".

El subgrupo de A.L."P", a pesar de ser válidos los criterios generales para el grupo A.L., presentan algunas variaciones. En el tiempo I, a pesar de descender los valores en $m+$, $h+$, y $p-$, el descenso no es tan marcado como en los A.L."N", y lo que destaca es el incremento en el factor ($e-$), tanto respecto de los A.L."N", como del grupo de control. La reacción factorial (venganza) frente a la ética, es llamativa, a la vez que la renuncia, al objeto antiguo, a la exigencia de amor y al ser, son menores.

En el tiempo IIa, no se produce un descenso en ($d-$), siendo la reacción de agarre al objeto antiguo y sobre todo la renuncia al objeto nuevo, mayor, semejante a lo propio de esta edad. A pesar de presentar un incremento de la reacción ($s-$), es mucho menor que en el A.L."N" y sin embargo, las formas ($hy+$), son algo más frecuentes. El perfil del segundo tiempo (2a), se parece más al normal.

En el tiempo IIb, no hay diferencias significativas entre la serie pulsional de los A.L."N" y la de las A.L."P".

En el tiempo III, destaca un porcentaje de reacciones factoriales en el subgrupo de A.L."P",

marcadamente inferior a la dada por A.L."N", la (e+) y (p+). También disminuyen las respuestas centrales en (h-).

En líneas generales, lo que caracteriza la serie pulsional del subgrupo de A.L."P", es el Tiempo I, mientras que lo que distingue a los A.L."N" de los A.L."P", es preferentemente el Tiempo III.

Aunque cada subgrupo por separado tiende a una maduración rápida de la personalidad, a expensas de los deseos pulsionales, mientras que el subgrupo de A.L."N" logra acallar relativamente el deseo, a base de la falsa identidad (h-, e+, p+) e incluso forzando el desapego (m-), el A.L."P" manifiesta la violenta protesta de este dilema existente entre la renuncia al deseo en favor de la construcción de un Yo estable, manifestando, completamente al contrario, su renuncia al self, su rebeldía frente a la sumisión y su exigencia de amor y protección.

6.3.3.2. - Clases pulsionales comparadas entre A.L."N" y A.L."P"

El estudio de los resultados obtenidos, conviene hacerlo repasando los dos subgrupos de Adolescentes-límite, pues van a significarse diferentemente, tanto por la clase pulsional más frecuente, como por la constitución de la misma, es decir por el número de peligros y por el número de válvulas.

En líneas generales, la clase pulsional más frecuente, entre el subgrupo de adolescentes-límite próximos a la línea neurótica, es la clase Cm+, y entre los

miembros del subgrupo más próximo a la línea psicótica, son las clases Sch K- y Sh+. Ya veremos su significación.

Respecto a la constitución de la fórmula pulsional, hay que señalar que la mitad de los casos pertenecientes al subgrupo próximo a la psicosis, presentan una fórmula pulsional tri o cuatriválvica, mientras que en el subgrupo próximo a la neurosis, esto ocurre en un tercio de los casos.

La presencia de esta alta frecuencia sintomática es coherente con el análisis clínico de estos pacientes, que se denominan trastornos de la personalidad, por cuanto se expresan casi constantemente, manifestándose los síntomas, no de forma aislada y puntual, recuperando luego un grado de adaptación y estabilidad, sino que las manifestaciones del trastorno ocupan el campo relacional del paciente. Por esto J. Melon nos dice que "los sujetos que pertenecen a las clases tri o cuatriválvicas son frecuentemente psicópatas (impulsivos, inestables, irritables)".

Del mismo modo, podemos observar que el subgrupo de pacientes próximos a la neurosis, presentan el doble número de casos cuya clase pulsional sea de un solo peligro, que el subgrupo de pacientes próximo a la línea psicótica, lo que está en relación con un destino o forma de enfermar más circunscrita. De hecho, el subgrupo que denominamos, más próximo a la línea psicótica, es aquél que, dentro de su variabilidad, presenta síndromes más regresivos, que pueden derivar, a partir de superada la

línea divisoria de la psicosis, a dinámica psicótica o psicótico-perversa, tal como hemos comprobado por la alta presencia de fórmulas pulsionales tri y cuativálvicas, así como a enfermar de algún trastorno psicósomático. Del subgrupo más próximo a la línea neurótica, se puede decir lo mismo, pero en grado mucho menor y se ha de hacer hincapié en los trastornos que genericamente llamamos, neurosis pregenitales, "en los que se expresa con fuerza la necesidad de mantener o restaurar la unión dual con la imago materna en un estilo sadomasoquista". (J. Melon) (2)

Es así que analizamos ahora la clase Cm+, que es característica de nuestros pacientes y muy especialmente marca el destino del subgrupo más próximo a la línea neurótica. Hay que decir, sin embargo, que es una clase frecuente en jóvenes normales.

En la clase morbosa Cm+, nos dice Szondi, "la necesidad insatisfecha radica en ser aceptado ", De aquí que nuestros pacientes se signifiquen por sus trastornos de participación, que ya estudiamos al analizar el vector del yo. Tienen miedo a perder el objeto de sostén, es decir el objeto anaclítico, respecto del cual se sitúan en relación de dependencia. De ahí sus inclinaciones a la drogodependencia, la inestabilidad sexual y conductas perversas orales, psicopatía inflativa... que son modos de ser que podemos observar entre nuestros pacientes. También Szondi nos habla de psicopatía epileptiforme con peligro de suicidio. Frecuentemente, el paciente "incapaz de sentir que poseen con seguridad el objeto" (Szondi), generalmente

en situaciones traumáticas de pérdida, realiza intentos de suicidio.

Una vez analizada la clase Cm+, continuaremos estudiando la clase Sh+ y luego la Sch K-, viendo la coherencia existente entre los resultados que obtengamos de este análisis, y los realizados a través del estudio de perfiles.

En la clase Sh+ se encuentran las necesidades insatisfechas de ternura y bisexualidad. Si los sujetos de la clase Cm+ poseían el objeto que constantemente temen perder o no poseer suficientemente, ahora, los individuos de la clase Sh+, sienten que lo han perdido y reaccionan violentamente buscando un objeto que les dé la ternura perdida. De hecho, en nuestro grupo de adolescentes límite, no aparece, como en el sujeto normal, una fase de cambio de objeto, la reacción d+, sino que insisten en C(-!+!), de manera que la exigencia de amor se verifica sobre el objeto antiguo cuya pérdida se hace insoportable, de ahí que los conflictos familiares cobren tanta intensidad, pues las imagos parentales se confunden con la realidad familiar. Así, estos pacientes no logran encontrar un nuevo objeto y permanecen insatisfechos de amor.

El paciente aparece violento, intenta restaurar la antigua relación de completud, se vuelve exigente y persigue la unidad de si mismo frente al desgarró de la pérdida, de ahí su tendencia hermafrodita, su bisexualidad como reintegración narcisística, rechazo de la pérdida, de la castración y posibilidad de apertura y vínculo a toda

clase de objeto que le permita satisfacer el vacío, la falta de amor, de modo que el deseo narcisístico, se convierta en violencia, en narcisismo de muerte.

Los pacientes pertenecientes a la clase Sch K-, se caracterizan por un "deseo de la unión dual perdida" y un esfuerzo por "integrar la bisexualidad en el yo". Es así como esta clase pulsional da continuidad al problema tratado en la clase Sh+, el sujeto siente haber perdido la unión dual, mientras el Sh+ ensaya desesperadamente rehacer el vínculo a través de la violencia, el Sch K- intenta recrear imaginariamente dicho vínculo, de ahí que se configuren como "soñadores diurnos". No obstante son capaces de alternar entre una retracción esquizoide y una participación lograda en el mundo real, que de pronto se hace extraño, despersonalizándose y alcanzando la propia imagen del cuerpo, nos dice Szondi (4), y que observamos en nuestros pacientes cuando el sujeto hace regresiones a nivel del yo ideal. A veces esta actividad imaginaria toma una intensidad inflativa, de aspecto psicótico: alucinosis y estados deliroides.

La sexualidad está más desconectada de la realidad, tan sólo manteniendo una salida a través de realizar un papel de ternura infantil y proyectar unos deseos homosexuales. Hay un intento de volver al contacto infantil, al regazo de la madre. Representan unas personalidades en constante necesidad de completud narcisística, alternando el mundo imaginativo con el mundo

real que intentan dominar y poseer.

La pérdida narcisística y de la unión dual, le lleva a una alternancia entre el mundo irreal de la fantasía y el mundo real al que ha de doblegarse. Así de nuevo, la violencia se presenta frente a la herida del narcisismo, bien autodestruyéndose en el camino de la regresión imaginaria o de la actividad dominadora, bien, del mismo modo, destruyendo al objeto en el intento de poseerlo. Ya perdido, se busca restituirlo, a la vez, por el camino imaginario y por el real.

6.3.3.3. - Índice de hipertensión y reacciones sintomáticas

comparadas entre A.L. "N" y A.L. "P"

La mayoría de los pacientes adolescentes-límites, presentan reacciones factoriales con hipertensión, es decir, que sufren de una alta tensión pulsional.

La hipertensión predomina en el subgrupo de adolescentes límite próximos a la línea psicótica, que a su vez son los que muestran un mayor número de reacciones sintomáticas nulas o de descarga.

Así, el subgrupo de A.L. "P", se caracterizan por una alternancia entre hipertensión y descarga, lo que da cuenta de la intensa afectividad propia de estos pacientes.

Esto que hemos dicho, ocurre en los vectores C y Sch, que es donde la hipertensión destaca. En el vector C, la hipertensión, al menos en uno de los diez perfiles, se muestra en el 85% de los casos; en el vector Sch, estas

condiciones, se presentan en el 70%.

Mientras que la hipertensión en el vector C, se da principalmente en $C_{m+!}$ y en $C_{d-!}$, predominando en el subgrupo de A.L."P"; en el vector Sch, se da en $Sch_{k-!}$ y $Sch_{p+!}$, predominando en el subgrupo de A.L."N".

Concluimos que la tensión relacional y la fuerte afectividad que recubre a todo encuentro.

Por el contrario, es la inhibición tensa, el freno Yoico, el que se impone en el subgrupo de A.L."N", como contrapartida de control sobre el conflicto.

La hipertensión vectorial, se da, preferentemente, en el comienzo (vector C) y en el final (vector Sch) del circuito pulsional.

Las reacciones vectoriales del vector C son a su vez más regresivas, mientras que las del vector Sch, son las más maduras. Esto es coherente con que, la hipertensión del vector Sch predomina en el subgrupo de A.L."N".

El estudio de la hipertensión nos conduce, de nuevo, a estos dos aspectos de los adolescentes-limite, la tensión pulsional generada en el contacto incestuoso y dual y la tensión del yo que pofia en el freno afectivo y la inhibición tensa.

En los vectores mediacionales, S y P, la hipertensión es algo menor, pero sobre todo tiende a distribuirse en diferentes reacciones factoriales, sobre todo en el vector S.

En el vector P se concentran en $Phy-!$ y en $Pe+!$. No

hay diferencias entre los A.L. "P" y los A.L. "N".

El perfil principal del adolescente límite, viene subrayado por la hipertensión.

Al estudiar y comparar los datos de hipertensión factorial, con los datos de las reacciones sintomáticas, tenemos que: las reacciones sintomáticas, predominan en el vector C (d_0) dentro del subgrupo de A.L. "N" y en el vector Sch (k_0 y p_0) dentro del subgrupo de A.L. "P".

El subgrupo de A.L. "P", presentarán pues, una mayor hipertensión en el vector C y una mayor descarga, con disolución de las funciones yoicas, en el vector Sch.

La tensión afectiva se genera en el contacto y se libera en el Yo.

Para el subgrupo de A.L. "N", la hipertensión predomina en las funciones yoicas, frenadoras e integradoras, mientras que los síntomas se manifiestan en el contacto.

Las reacciones nulas más características de los A.L. "P", son las reacciones e_0 y p_0 , las que señalan la disolución de la ley, de la prohibición y del Self. En este mismo grupo, las reacciones de ambivalencia más frecuentes, predominan en ambos factores del Vector S, mostrando la vivencia subjetiva de descontrol pulsional.

Las reacciones factoriales del subgrupo de A.L. "N" muestran un predominio de la reacción nula d_0 y la ambivalente \pm , en el vector C, junto a reacciones sintomáticas mixtas, tal como ocurre también en ambos factores del vector P. De este modo, el contacto y la

afectividad se modulan mejor en los A.L."N", el yo se esfuerza por integrarse y el contacto se manifiesta ambivalente y de renuncia. El número de reacciones nulas o ambivalentes, es semejante en ambos subgrupos de adolescentes límite, aunque predominan las reacciones nulas o síntomas manifiestos, en los A.L."P" y los síntomas subjetivos, en los A.L."N".

6.3.3.4. - Indices numéricos de variabilidad y desorganización

Comparados entre A.L."N" y A.L."P"

Indice de variabilidad:

El estudio de este valor numérico, nos permite acercarnos al grado de rigidez o plasticidad que muestra una estructura psicopatológica, juzgada a través de los cambios de signo de las reacciones factoriales.

Según esto, las cifras que se extreman, por debajo del valor 10 o por encima del valor 35, indican con probabilidad un síndrome psiquiátrico grave.

El valor que encontramos en el subgrupo de adolescentes límite a la psicosis es de : $X=33'5$, D.S.:8 y en el subgrupo de adolescentes límite próximos a la neurosis es de : $X=28'4$ y D.S.:7'6. Situa a nuestros pacientes, este índice de variabilidad, en un nivel próximo a "la pérdida de control, debilidad del yo, anarquía y caos pulsional"(J.Melon). El índice de variabilidad es congruente con la clínica de la organización límite de la personalidad, caracterizada por una presencia sintomática cambiante y de registros diferentes, que implica el uso de

diversos mecanismos y una clínica multiforme.

El subgrupo de adolescentes límite próximos a la psicosis destaca en su índice de variabilidad global y, se diferencia significativamente, en el vector S y en el vector P, es decir en la expresión y el movimiento afectivos.

Índice de desorganización

Este índice estudiado como aportación al test de Szondi por la escuela de Lovaina, da idea de la intensidad de los procesos de clivaje.

El resultado obtenido en el grupo de adolescentes límite es 8 veces superior al considerado normal, lo que nos indica, por igual en ambos subgrupos, una tendencia pulsional cambiante, tan pronto positiva como negativa. Los autores comparan este índice con la noción de Spaltung de Bleuler. Así, a pesar de que sepamos que nuestros pacientes no son esquizofrénicos, si hemos de reconocer en ellos, tal como observamos a través de la clínica, una actividad del contacto, de sus relaciones, afectos, sexualidad e identidad, con una fuerte discordancia y desorden en el curso de su vida psíquica general. Comprobamos desde este valor numérico, la desestructuración (no esquizofrénica) del sujeto adolescente límite.

He de insistir en que el mecanismo defensivo de clivaje aquí detectado no es psicótico, por lo que retomo las palabras de J. Bergeret:

"El clivaje que actúa en las organizaciones límites no es el verdadero clivaje del yo ligado al

estallido, o al simple desdoblamiento del yo, mecanismos de defensa psicóticos contra la angustia de fraccionamiento y de muerte.

Se trata aquí de un clivaje de las representaciones objetales de un simple desdoblamiento de las imagos, destinado a luchar contra la angustia de pérdida del objeto".

Series y clases pulsionales e índices numéricos.

De las clases pulsionales diferenciales, se deducen unas conclusiones, que hacen referencía al tipo de angustia predominante en cada uno de los subgrupos de Adolescentes límite, en relación con la economía narcisista-anaclítica, como también ocurre al estudiar las series pulsionales diferenciales, que demuestran el predominio, bien de la hemorragia narcisística, bien de la Unicidad narcisística protectora de la integridad del Self.

Los índices numéricos, manifiestan que la hipertensión predomina en el vector C, entre los A.L. "P" y en el vector Sch, entre los A.L. "N", lo que inversamente ocurre con las reacciones sintomáticas nulas.

Todo ello ratifica las diferencias existentes entre los subgrupos diagnósticos, demostrándose la Hipótesis H7.1, de nuevo, e introduciendo elementos para pensar y matizar a la organización límite, en relación a la economía narcisista, lo que se corresponde con la Hipótesis H2.1 y además demostrando que ambos subgrupos diagnósticos

representen dos caras del mismo fenómeno, en los que en cada uno destaca, uno de los elementos del clivaje. Así demostramos, en este capítulo, también, la Hipótesis H2.1.1.

En este sentido, el Índice de Desorganización, que no expresa diferencias entre subgrupos, demuestra H2.1.1, puesto que identifica un alto nivel de Clivaje factorial de las tendencias pulsionales, en todo el grupo de Adolescentes-límite.

El Índice de variabilidad es alto y más entre los A.L. "P", en lo que respecta al campo afectivo-pulsional.

6.3.3.5.-Composición de los perfiles szondianos diferenciales de A.L. "N" y de A.L. "P" con los perfiles szondianos de la latencia y de la adolescencia.

Al estudiar los perfiles diferenciales de los subgrupos de A.L. "N" y de A.L. "P", nos encontramos con que cada uno de ellos se asemeja en algunos vectores a la latencia y en otros vectores a la adolescencia, de ahí que, a cada uno por separado, lo denominemos, respectivamente, de "pseudo-latencia" y de "Pseudo-adolescencia".

- Perfil diferencial del A.L. "N":

C-----S-----P-----SCH

(±-) (--) (+0) (-+)

(±0) (±-)

(+0)

Este perfil en los vectores C y S, es compatible

con los criterios del tiempo de latencia, descritos por G.Heinelt, mientras que la reacción del vector P es contraria y característica de la adolescencia.

Lo mismo ocurre en el vector Sch. Por esto, el primer tiempo es propio de la latencia y el segundo de la adolescencia. Hay que decir, sin embargo, que la reacción C(±-) (±0) (+0), no es la más característica de la latencia, pues J. Melon señala, que es C(0+). Pero si que lo es, si el análisis es comparativo, como el realizado por G. Heinelt, para poder observar qué reacciones se incrementan y cuáles disminuyen, que es lo que nosotros hemos analizado al comparar los perfiles de A.L. "N" y A.L. "P", y que por eso hemos hablado de: Perfiles Diferenciales y no del perfil global principal, que como vimos al analizarlo, es lo más parecido al de la sublimación y al de la hipocondría, es decir, el de una pseudo-sublimación.

- Perfil diferencial del A.L. "P":

C-----	S-----	P-----	SCH
(--)	(++)	(-+)	(+-)
(!)	(±±)	(±0)	(++)
(+0)		(±±)	(+0)
(-0)			(-0)
(00)			(00)

Aquí, en los vectores C y S, descubrimos una semejanza con la adolescencia, respecto de la latencia, pero en los vectores P y Sch, las reacciones diferenciales, son las opuestas, contrarias a las esperadas en la adolescencia, de ahí que hablemos de Pseudo-adolescencia,

siendo más frecuentes estas reacciones, durante la latencia.

Pseudolatencia y Pseudoadolescencia, son dos polaridades de estos pacientes límite. Las reacciones vectoriales no esperadas en el perfil diferencial del A.L. "P", son las que J. Melon llama, "el Caín autístico" y representa la dimensión violenta y vengativa del complejo de Edipo hacia el padre primitivo.

Estos dos polos, pseudolatente, y pseudoadolescente, representan dos maneras de intentar articular la función del padre.

Mientras en la forma Pseudolatente predomina la aparente armonía, debida a la sumisión y renuncia, del sujeto respecto de la figura idealizada del Padre, en la Pseudoadolescencia, destaca el conflicto abierto, la expresión de la envidia, la imposición del deseo y la venganza respecto de esa figura paterna también idealizada.

Mientras a los pseudolatentes se les puede nombrar como pertenecientes al polo Abel, los pseudoadolescentes pertenecerán al polo Caín.

En este caso, demostramos la Hipótesis H6 "La organización límite en la Adolescencia, se caracteriza por presentar unos resultados Szondianos que se encuentran entre la latencia y la adolescencia".

Globalmente, el Adolescente límite, en su perfil principal, es equivalente al perfil diferencial del A.L. "N": representa un sujeto, que estando en fase de latencia, es abierto por la Adolescencia, de ahí que sea

correcto hablar, como lo hace J. Bergeret, de Pseudolatencia. Pero también al contrario, si nos fijamos en el subgrupo de Adolescentes Límite "psicóticos" podemos hablar de Pseudoadolescencia, o, dicho de otro modo, el Adolescente límite "psicótico", es un sujeto que estando en la adolescencia, es replegado por la latencia.

Esta perspectiva es la que destaca C. Cappadoro, cuando habla de la Adolescencia, como Estado-límite "fisiológico".

Por tanto, tan correcto es decir del estado-límite, con J. Bergeret, que se encuentra en una Pseudolatencia, como decir, con C. Cappadoro, que se encuentra en una Pseudoadolescencia. El primero se refiere más a los Adolescentes-límite próximos a la neurosis y el segundo, a los Adolescentes-límite próximos a la psicosis.

6.3.3.6.- Análisis discriminante de los resultados szon¹ianos entre los adolescentes límite "Neuróticos" y los A.L. "Psicóticos".

Al realizar un análisis discriminante que nos permita diferenciar algunos de los subgrupos de Adolescentes-límite, nos encontramos con que, para lograr distinguir, al 100%, los subgrupos de adolescentes límite "Psicótico", se necesitan 30 reacciones vectoriales, que son 30 variables diferentes, que podemos reunir, por vectores, para así realizar una lectura y obtener el sentido de las mismas.

Antes de realizar la lectura, e interpretación

dinámica de las variables discriminantes, a través de los coeficientes estandarizados, de la función discriminante canónica, mediante el programa informático SPSS-K del centro de informática de la Universidad de Barcelona, vamos a subrayar una primera conclusión importante.

1.-Teniendo en cuenta que la relación de los pacientes de la muestra, Adolescentes-límite, se realizó por criterios puramente clínicos, el hecho de que los resultados del análisis discriminante, realizado a partir del test de Szondi, sea capaz de diferenciar los subgrupos constituidos desde la clínica, nos parece tener una doble dimensión:por un lado, constatar la correlación entre el diagnóstico clínico, de pacientes borderline, ya de por sí difíciles de diagnosticar y, por otra parte, la fiabilidad y sensibilidad del test de Szondi, en cuanto a precisión diagnóstica, lo que nos abre un campo de investigación, cara a otro camino de validación del test de Szondi. Hacemos aquí especial referencia a la Hipótesis H9.

Esto nos está conduciendo a constituir una base de datos, obtenida con el test de Szondi, en distintas patologías psiquiátricas, que informatizada, permita análisis, tal como el discriminante, aquí referido, que sea capaz, dado el test de Szondi de un individuo, situarlo dentro de un grupo nosológico.

De este modo, los análisis cualitativos del perfil, que son los que suelen llevarse a cabo cuando se desarrollan diagnósticos diferenciales, tal como el que nosotros mismos efectuamos en el último capítulo, pasarían

a ser más precisos, debido a la introducción de lo cuantitativo.

Previamente a realizar la interpretación de las variables de la función discriminante, vamos a ordenarlas vectorialmente, en dos niveles, uno bajo la rúbrica de Adolescentes-límite "Neuróticos" y otro bajo la de Adolescentes límite "Psicóticos", tal como la función discriminante nos indica, a sabiendas que esas reacciones vectoriales, presentes en el subconjunto del grupo, son las que constituyen una ley interna y global, presente en todos los individuos, capaz de discriminarlos.

GRUPO 1	S	P	SCH	C
A. L. "P"	(0±)	(--)	(-+)	(--)
	(±0)	(0-)		(±-)
	(-+)	(±-)		
		(+-)		
		(±+)		
		(+0)		
		(-±)		
		(00)		
GRUPO 2	(±±)	(±±)	(-±)	(±+)
A. L. "N"	(0-)	(±0)	(-0)	(-0)
			(+0)	(±0)
			(+±)	(+0)
			(++)	
			(+-)	

(00)

(!)

En el conjunto de la muestra, el análisis discriminante, tal como también viene representado graficamente, cuando las variables del subgrupo 1 crecen, en ese grupo disminuyen las representadas en el subgrupo 2, con lo que consiguen discriminar ambos subgrupos, de A.L. "N" y A.L. "P".

Como era de esperar, si contrastamos las variables, reacciones vectoriales, que diferencian significativamente a los dos subgrupos de A.L. "N" y A.L. "P", por el Análisis Bivariado y por el Análisis Discriminante, no se corresponden exactamente, pero si de manera bastante mayoritaria, de modo, que en la mayor parte de vectores, esto es, en los vectores: P, Sch y C, las reacciones vectoriales del Análisis Discriminante, incluyen a las obtenidas por el Análisis Bivariado, mientras que en el vector S, las reacciones vectoriales, por ambos sistemas, difieren, lo que nos indicaría una mayor variabilidad por individuos, aunque la interpretación cualitativa de estas diferentes agrupaciones vectoriales, tampoco representen significaciones contradictorias.

La interpretación del Análisis Discriminante, lo realizaremos, estudiando en cada uno de los vectores, aquellas variables o reacciones, que siendo comunes a todos los individuos, son capaces de diferenciarlos, por el peso que esa variable toma.

Si comenzamos por el Vector C:

Preponderan, entre los A.L. "P", C(--) y (±-) que nos habla de una barrera en el contacto que alterna con una capacidad de desapego e ida a la búsqueda de lo nuevo. El sujeto intenta, con duda e incertidumbre, buscar y cambiar, a la vez que se protege, retrayéndose, encerrándose, bloqueando su contacto, protegiéndose, poniéndose un caparazón, que respecto del exterior, produce un sentimiento de distanciamiento, frialdad y desafectación, mientras que respecto del interior, se vivencia como un vacío, como una falta de vida, pues el Sujeto se adhiere al objeto perdido.

En los A.L. "N", mientras en los A.L. "P" predomina el desapego del objeto antiguo, aquí predomina la unión incestuosa insegura C(±+), donde la relación dual aparece interferida, por lo nuevo, por la búsqueda, por lo extranjero, de manera que el sujeto deja de apoyarse en el objeto antiguo y su contacto, respecto de lo nuevo, tanto es ambivalente, como decididamente se decanta por la búsqueda o, por el contrario, rechaza cualquier cambio.

Podemos decir, que lo nuevo, lo tercero, en primer término, trata de incluirse en la unión dual, lo que genera inquietud, conllevando, tanto una ambivalencia, como una decisión radical, respecto de la búsqueda: la captura del objeto nuevo, como rechazo de lo extraño y la afirmación en lo dual.

RESUMEN:

La presencia de un elemento nuevo, tercero, lleva

a los A.L. "P", a una reacción de protección, de encerramiento, de bloqueo de contacto, relacional y pulsional. En los A.L. "N", la presencia de un elemento extraño, produce una intensa actividad en esa empalizada que es la barrera protectora del contacto, dado que la inseguridad surge, tanto dentro como fuera del caparazón. Así, el A.L. "N", tan pronto se adhiere a lo nuevo, con la misma intensidad que lo repele, como se sume en la duda. En los A.L. "P", la amenaza que el tercero pronuncia sobre la relación dual, se resuelve con un encerramiento protector y una deficiente introyección, de ahí el sentimiento de vacío o de falsedad que relata la personalidad "como si". En los A.L. "N", el sistema defensivo no logra construir esta barrera de contacto, sino que, un déficit introyectivo aún mayor, hace que el sujeto se adhiera al "primero que pase", todo lo nuevo le parece bueno, así como que rechaza todo lo novedoso, lo extraño, también la forma intermedia ambivalente. Este clivaje del contacto hace que la relación cobre mayor intensidad afectiva, en oposición a la de los A.L. "P". Por esto, la aparición del tercero, en los A.L. "P", supone retraerse, inhibirse de la rivalidad edípica, manteniendo una cierta capacidad de soledad y un equilibrio adaptativo que rodea el conflicto edípico. En los A.L. "N", el sujeto entra de lleno en la relación edípica, de manera que pasa de una dualidad con el objeto nuevo, al que añade un clivaje en el contacto (la identificación introyectiva con el objeto antiguo se desvanece), aceptándolo y adheriéndose a él, así

como rechazándolo. Lo que caracteriza el paso o el efecto del tercero, es el clivaje, por tanto, por lo contrario al subgrupo anterior de A.L. "P", cuya característica es el reforzamiento de su unicidad.

VECTOR S:

En el subgrupo de A.L. "P", predomina el sado-masochismo, y el sadismo, con exclusión de Eros, así como, por el contrario, el erotismo, autoerótico o la humanización aloerótica, en este caso con exclusión de la agresividad. La retracción en el contacto, la barrera, se construye, de una materia, bien agresiva, con vínculos sado-masochistas, o bien erótica, con vínculos de amor concreto, personal y hasta corporal, así como con vínculos humanitarios y solidarios. La barrera de contacto tiene la propiedad de mantener al objeto, ni demasiado cerca ni demasiado lejos, de modo que, alternativamente, la necesidad erótica y la agresiva, fuerzan la toma de contacto que supere el sentimiento de vacío o la amenaza de intrusión. El esfuerzo por permanecer al margen, encerrado en sí mismo, pero a una distancia que no le conduzca al autismo o a la fusión, conlleva una actividad ambivalente y clivada, por un lado de lo erótica y por otro de la agresividad, que sirven al fin de mantener la mejor distancia, estableciendo vínculos agresivos, con un objeto con el que se tiende a clivar los vínculos, de amor y de odio, así como el sentido hacia donde se dirigen.

En los A.L. "N", predomina el polimorfismo pulsional sexual. Indica una predisposición a toda clase de

vínculos y fines sexuales, desde el hermafroditismo, la bisexualidad o la humanización. Es lo que coincide con la designación de sexualidad perverso polimorfa. Sin embargo, hay un predominio de la agresividad, del sacrificio, del masoquismo.

La pérdida de contacto seguro y la bipolaridad, respecto del objeto nuevo, de apego y rechazo, conducen a un esfuerzo vincular por cualquier camino pulsional, que permita algún punto de anclaje. De no lograr religarse con el objeto, ni antiguo (ya perdido o a punto de perderse) ni nuevo, por no lograr estabilizar la relación en las condiciones de dualidad, situa al tercero como sádico y a él mismo, como objeto de su deseo. El fracaso en la triangulación, puesto que con el tercero, con el objeto, con el objeto nuevo, no se produce más que un intento de repetir la relación dual, conduce al individuo a incluir a ese tercero como generador de una angustia de separación-castración, intensa, sádica y persecutoria (como veremos en el vector Sch), con lo que no queda más, para recuperar la dualidad, que posicionarse de forma masoquista, o integrarse, intentando articular el polimorfismo, que le permita tener una imagen unificada de sí y del objeto, puesto que como vimos en el contacto, estas imágenes estaban clivadas, a la vez que descubrían una falta de contacto respecto del objeto primero, antiguo, y, por tanto, de la identificación primaria.

El subgrupo de A.L. "R", pretende mantenerse al margen del conflicto edípico, a base de rodear la

triangulación encerrado en una barrera de contacto, que mantiene una prudente distancia (ni próxima ni lejana) a través de una acción alternativa pulsional, erótica y agresiva, con predominio de la segunda, expresión de la envidia que genera una introyección negativa, pero que le ayuda a detener o destruir al objeto que se aproxima amenazando la barrera de contacto.

El A.L. "N" pretende instalarse en el margen, en el borde, en las aperturas u orificios de la barrera de contacto, de manera que ese lugar de "extimidad" le impide salirse de la relación dual, empujándole a atravesar el conflicto edípico sumergido en un esfuerzo por vincularse de algún modo, de ahí el polimorfismo, al extranjero que le recuerda su fragmentación, o de reconocerse unitariamente, vinculándose al tercero, en repetición dual, como objeto sacrificial, de manera masoquista.

Mientras en el A.L. "P", las pulsiones eróticas agresivas, logran una cierta articulación, gracias al rechazo alternativo de cada una de ellas, con lo que la imagen de sí y del objeto alcanzan una menor integración, en los A.L. "N", estas tendencias, eróticas y agresivas, tratan de articularse e integrarse todas al mismo tiempo, lo que nos habla de mayor organización de la imagen de sí y del objeto. En el A.L. "P", hay relaciones de lo aparte al todo, mientras que en el A.L. "N", acaba de constituirse el todo. La actividad, el dominio y posesión del objeto, el

sadismo sobresale entre los A.L. "P", mientras que el masoquismo y el sacrificio, lo hace entre los A.L. "N", de manera que el vínculo posible, es serposeido, incluso para ser destruido como objeto, mientras que ocurre lo contrario en el A.L. "P".

VECTOR P:

Entre los A.L. "P", tenemos una dimensión del ocultamiento, que toma la forma del pánico, de la angustia desbordante por la que el sujeto se "hace el muerto", para protegerse P (--).

También el paciente puede mostrarse sensitivo, vigilado, dañado, por el miedo que tiene a que se descubran sus íntimos deseos sexuales o agresivos, P (0-). El ocultamiento de tendencias brutales o Cain P (-±).

En un grado menor, el sujeto trata de ocultar sus dudas éticas, presentando una prefase a la anterior. P (±-).

Por fin, el sujeto oculta o, al menos, no exhibe, su control, su conciencia, su bondad, el dominio sobre sí mismo. P (+-).

Esta tendencia al ocultamiento se complementa con reacciones como P (±+), que representa unos deseos de venganza, coléricos, de los que el sujeto se siente culpable y de los que el sujeto se arrepiente, o la expresión fóbica de una conciencia culpable, rígida, estricta P(+0).

La dimensión moral de la vergüenza que se esfuerza en ocultar, así como algunos dilemas éticos, desembocan, en ocasiones, en descargas afectivas globales y paroxísticas;

explosiones que reducen la tensión y expresan la insoportable tensión del sometimiento y la renuncia forzada a los deseos P (OO).

Este ocultamiento y control moral, no solamente protege los deseos eróticos y agresivos, siendo al menos capaz de satisfacerlos en momentos de descarga, evitando que el clivaje se convierta en invasión afectiva y desorganización pulsional. Además ayuda a la construcción y mantenimiento de la barrera de contacto. El control moral echa una cortina que ayuda a la barrera de contacto a poner freno a aquellos deseos eróticos y agresivos, sobre todo, que amenazan con desbordarla, dando incluso salida, momentánea y efímera, cual cortina de humo, a los afectos brutales o delicados, prohibidos y bloqueados, de forma paroxismal.

En el subgrupo de A.L. "N", existe un sobreesfuerzo integrador de todos los afectos, de todos los contrarios Abel y Caín, de los flujos afectivos expresos y de su inmovilización absoluta, de las dudas morales y de las éticas, si bien éstas parecen predominar. Así, el fracasado contacto dual que se pretende restituir repitiéndola dependencia a dos con el tercero, situación que lleva al borde de la desintegración pulsional erótico agresiva, o mejor, de hiperintegración, con dependencia masoquista, constituyendo una identificación narcisista mortífera, se muestra, afectivamente desorganizada y también, como con las pulsiones sexual y agresiva, esforzándose en la hiperintegración, sobresaliendo el dilema

ético y no el moral. El paciente no tiene pudor en expresar sus conflictos y deseos, sus dudas y ambivalencias, entre su capacidad e intenciones de reforma y sus deseos brutales e incestuosos. Mientras el A.L. "P" está rehuyendo su contacto con el conflicto edípico, sosteniéndose en la relación dual a base de excluirse y atrincherarse, el A.L. "N", se introduce de lleno en el conflicto, pero repitiendo la dualidad, con el tercero, lo que le obliga a un esfuerzo, no de aislamiento, que ya no le es posible, como al A.L. "P", sino de hiperintegración de todos los deseos y afectos.

Estos afectos, son mejor manejados por los A.L. "P", quienes logran matizar con un mayor número de reacciones posibles, su sistema de protección moral, de ocultamiento, de freno al deseo y a la relación, mientras que los A.L. "N" buscan una solución total, hiperintegradora, donde el deseo toma forma, se hace presente y no se oculta, sino que sitúa al sujeto en un dilema ético, sobre cómo articular ese deseo que le llama y que habría de estar prohibido.

VECTOR Sch:

Entre los A.L. "P", tan solo destaca una reacción, Sch (-+), que hace referencia a la inhibición, al bloqueo de las funciones yoicas, que es una negación o rechazo de la inflación. Esto ha de subrayarse, pues, mientras estos pacientes logran frenar o negar la inflación, no ocurre lo mismo con los A.L. "N", que despliegan todo un conjunto de reacciones del yo, que

expresan el fracaso del esfuerzo logrado por los A.L. "P", que es una relativa integración del Yo, a base de autolimitarse. Ya observamos, a lo largo del análisis del resto de los vectores, que los A.L. "P" logran una relativa integridad y adaptación, gracias a un esforzado control y restricción del contacto y del Yo, así como dando salida pulsional, sexual-erótica y agresiva, de forma regresiva y ocultando, a veces incluso dominando, los afectos, cuya organización refuerza el sistema de bloqueo e inhibición de contacto del Yo.

Entre los A.L. "N", se demuestra, que la reacción Sch (-+), es la síntesis, de un deseo inflativo y una negación del mismo, la toma de conciencia del deseo y su rechazo. Así, la reacción de inhibición, cuando está sometida a hipertensión, como es el caso de estos pacientes A.L. "N", se descompone en otros componentes.

Este esfuerzo de la negación, del rechazo, se concreta en Sch (-0), negativismo y represión, que va pesar de ser potente, e incluso poder interpretarse, con la hipertensión, como negación con manifestación psicósomática, va a fracasar, apareciendo el último esfuerzo de la represión, por contener al deseo, como es la reacción Sch (-+), donde la inhibición lucha contra la proyección, lo que produce un cuadro de despersonalización.

Luego se presenta la reacción de abandono del Yo, con aceptación Sch (+±), que es intermedia entre otras dos reacciones muy significativas, una representante del

narcisismo absoluto, del sujeto que todo lo quiere ser y tener, Sch (++)), y otra representante de la reacción intro-proyectiva característica de la psicosis, así como la de la reacción introyectiva pura Sch (+0), propia de la perversión, de la que Sch (+±) es su pre-fase.

Por último, la reacción Sch (00) también es diferenciadora e indica la disolución de las funciones yoicas, que suele presentarse, momentáneamente, junto a cualquiera de las reacciones anteriores.

Por tanto, mientras en el Yo de A.L. "N" destaca el esfuerzo integrador, aquí, entre los A.L. "P", ocurre lo contrario.

La represión se sobreesfuerza, dando lugar a una negación que puede ser psicósomática y por otra parte, la proyección comienza a funcionar, así como la introyección. Esto produce los siguientes afectos: En primer término, se produce la crisis de despersonalización y de afirmación del abandono, que conducirá, por un lado, a la afirmación absoluta de la perversión (no hay abandono ni falta, tener todo). Por otra parte, la afirmación narcisística, (el sujeto lo tienen y lo es todo) y por fin, la reacción del Yo tosco, de dinámica introyectiva propia de la psicosis.

El fracaso de la negación y de la represión, produce un masivo incremento de la introyección que se combina con la inflación y la proyección, que van a constituir los diferentes sistemas defensivos del Yo, que se muestran en la clínica, que toman formas perversas,

narcisistas, psicóticas, crepusculares, abandónicas, despersonalizadoras y psicósomáticas.

En los A.L. "N", la intensidad y proximidad al conflicto edípico, o mejor, al triángulo pre-edípico, en que se halla inmerso, obliga al Yo a disponer del amplio arsenal defensivo que posee en ese momento en que se ha formado suficientemente para poder retener y rechazar el enorme empuje pulsional; a nivel del contacto, de eros y tanatos y de los afectos en general, que el Yo intenta integrar y que logra momentáneamente, a base de transformar continuamente su sistema defensivo.

De hecho, al fracaso, primero de la inhibición, que era lo característico de los A.L. "R", que representa al sistema de mayor madurez, le sigue el fracaso del rechazo constituyéndose la introyección como eje central de esta patología, combinándose con la inflación y sobre todo con la proyección.

El hecho que, en el conflicto edípico, el tercero como un dos, nos indica que, a pesar de registrarse como tercero, apenas cumplirá su función diferenciadora y castradora, capaz de consolidar a la represión. La introyección, precisamente de una madre envidiosa, de un objeto total carente, constituye a este eje como central, para negar la carencia, la falta de completud, que tomará formas perversas, narcisísticas y proyectivas, además de sufrir crisis abandónicas, despersonalizadoras y confusionales, precisamente, porque no se estabiliza la muy carente identificación primaria, sobrecargada por el

esfuerzo hiperintegrador pulsional; de ahí la constante angustia difusa, así como las crisis agudas, donde el sistema de defensas se modifica con la esperanza de yugularla.

REFLEXION E INTERPRETACION GLOBAL DEL ANALISIS DISCRIMINANTE

El Análisis Discriminante, Cap. 5.7.1, nos permite diferenciar las características peculiares de cada uno de los subgrupos de Adolescentes-límite: Adolescentes límite "neuróticos" y Adolescentes límite "psicóticos", que hace un momento valoramos. Teniendo en cuenta, el peso ponderado de las variables analizadas estadísticamente, nos sirve de base para construcción de un sistema informático, que nos ayude en el diagnóstico Szondiano, cuando, teniendo los resultados Szondianos de un paciente, multiplicados por las tablas de Fisher (cap.5.4 y 5.5), obtengamos el grupo diagnóstico al que pertenece el Adolescente límite, construyendo estas bases informáticas para los distintos grupos nosológicos, lograremos encontrar una interesante ayuda para el diagnóstico-diferencial.

Teniendo en cuenta el peso relativo de las variables, tal como nos muestran los resultados cifrados del Análisis Discriminante, podemos distinguir a los dos subgrupos de Adolescentes-límite, más próximos a la neurosis (A.L. "N") o más próximos a la psicosis (A.L. "P"), básicamente por la importancia de: El Vector Paroxismal en los A.L. "P" y el Vector del Yo en los A.L. "N", aunque hay que tener en cuenta al resto de los vectores para

deducir la idea global que sintetiza las diferencias entre ambos subtipos diagnósticos, puesto que a lo largo de este capítulo ya hemos descrito, detalladamente, cada una de las reacciones. El verdadero sentido de este análisis discriminante, se produce ahora, al valorar conjuntamente los dos Perfiles Szondianos diferenciales de manera global, puesto que es este fin, que persigue el Análisis Discriminante.

Adolescentes-límite próximos a la PSYCOSIS

(A.L. "P"):

El paciente se adhiere al objeto que sabe que ha perdido, intentando inseguro, buscar algo nuevo donde agarrarse, de modo que crea un vínculo principal Sado-masoquista, acompañándose esta perversiada caracterial y aquella barrera de contacto, de una intensa Afectividad, descargas paroxísticas y lamentaciones quejumbrosas. En el Yo, se trata forzosamente, de mantener la integración, a base de la inhibición de las funciones del Yo.

Ya vemos que es en el vector paroxismal, donde radica el núcleo diferencial del A.L. "P", siendo el Trastorno Afectivo el que destaca.

Adolescentes-límite próximos a la Neurosis

(A.L. "N"):

Lo más característico del A.L. "N", es el esfuerzo por integrar dos posiciones del contacto, respecto del objeto nuevo: buscarlo o renunciar a él. El paciente busca integrar el contacto, pero sobre todo destaca un sobreesfuerzo hiperintegrador, de todas las tendencias

pulsionales, del polimorfismo perverso, y de todas las tendencias afectivas, de la invasión emocional.

Sin embargo, mientras los A.L. "N", mostraban el Trastorno Afectivo salvando la integridad del Yo, los A.L. "P" sobresalen por la desintegración del Yo.

El Yo, se muestra con hipertensión, a la vez manifiesta crisis de disolución o Confusión, crisis de Despersonalización, que alternana con: Identificación proyectiva, introyección, negación, (Rechazo y Desmentido) e intro-inflación narcisista.

El A.L. "N", desintegra el Yo, a través de diversos clivajes que buscan, bajo el eje de la Introyección (en todas sus formas posibles), articular la pluralidad de las tendencias pulsionales, del contacto, de la sexualidad y agresividad, de la afectividad violenta y sensual, sin apenas poder hacer uso de la represión. Estas formas de introyección, son las responsables de: Una aceptación de la falta, de la castración y el abandono, como de posiciones: depresivas, perversa y narcisista.

Los resultados del análisis estadístico multivariado y discriminante, sirve para aportar confirmación a varias hipótesis.

Hipótesis H7 y H7.1, también, como mostramos en los cuadros sinópticos de las conclusiones, capítulo 9.2.1.1, que realizan aportaciones para la comprensión diferenciada de estos subgrupos, que además complementan los resultados de la perspectiva anterior, producto del análisis bivariado. La Hipótesis H2 y

H2.1, expresan dónde radica el Trastorno global diferencial de los Adolescentes "neuróticos" y "psicóticos", además de dar pie para reflexionar conceptos tales como el complejo de Edipo en la organización límite.

Este capítulo es esencial para demostrar la Hipótesis H9 "El test de Szondi muestra una gran capacidad resolutive en el análisis psicodinámico, demostrando su validez y fiabilidad, el someterse al tratamiento estadístico, de sus resultados, si se cumplen H7, H7.1, H7.2 y H2.1.1, H2.1, H3, H5".

TESIS DOCTORAL

TOMO 11

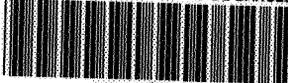
"UNA CONTRIBUCION AL
ESTUDIO DE LOS
ESTADOS LIMITES"

La organización límite de la personalidad en la
adolescencia y el Test de Szondi.

Andrés Garcia Siso

Reus 1990.

BIBLIOTECA DE LA UNIVERSITAT DE BARCELONA



0700675343

7. - DIAGNOSTICO DIFERENCIAL: NEUROSIS, PSICOSIS, PSICOPATIA, PERVERSION, PSICOSOMATICA.

En este capítulo ratificamos la hipótesis H5 "El perfil Szondiano de la Organización límite de la personalidad, ha de diferenciarse de los perfiles, szondianos de la neurosis y de la psicosis, y ha de aproximarse a los perfiles szondianos de los trastornos que J. Bergeret incluye entre los Estados-Límite".

Señalamos, szondianamente, los puntos comunes entre la organización-límite y la perversión, por lo que ratificamos a la hipótesis H2 "Existen puntos comunes que aproximan a la organización límite y a la perversión".

Esta hipótesis H5, es sustentada por un análisis comparativo, de fuerte peso cualitativo y, por tanto, con una menor potencia objetivadora, si los cotejamos con los análisis estadísticos realizados para diferenciar los distintos grupos de Adolescentes límite de nuestro trabajo. Atiende a los perfiles principales de cada grupo psicopatológico y es el modo habitual de comparar resultados, dentro del Test de Szondi, donde prima la interpretación cualitativa, que por otra parte, es lo que da riqueza a la comprensión del paciente.

A continuación iremos estudiando comparaciones cualitativas, entre el perfil o los perfiles principales de los adolescentes límite y otros perfiles descritos por otros autores, de manera que nos permitan establecer

diagnósticos diferenciales y aprovechar para continuar y ampliar el análisis dinámico y estructural de nuestros pacientes, tomando como punto de referencia el trabajo empírico realizado con el test de Szondi, teniendo en cuenta que, nuestro fin es evitar que el capítulo de estados límite sea un cajón de sastre, y pensar que constituye una organización de la personalidad que se define por proximidad a otras y sobre todo por oposición a ciertas entidades psiquiátricas con las que puede confundirse, tal como vemos en la práctica clínica, muy especialmente con las psicosis esquizofrénicas.

Diagnóstico diferencial con las psicosis.

Dado que un alto porcentaje de Adolescentes límite son diagnosticados de Psicosis esquizofrénicas, con el correspondiente perjuicio pronóstico que conlleva habitualmente, merece la pena comparar el perfil szondiano de ambos trastornos para comprobar que se trata de procesos bien distintos.

Las psicosis: maniaca, malancólica o esquizofrénica, presentan una forma de contacto que, a pesar de sus diferencias, indican algo común que se opone radicalmente al contacto del adolescente límite; mientras en éste predomina la proximidad, la exigencia de apego y la retención forzada que persigue agarrarse y no soltar al objeto, el psicótico se caracteriza por el contacto de desapego: C(+ -), en las psicosis esquizofrénicas, C(--), en las psicosis maníacas y C(+ ±), en las psicosis melancólicas. Del mismo modo, en el vector Sch, las

psicosis vienen caracterizadas por la pérdida del sentido de realidad.

Podríamos estudiar cada uno de los perfiles, por separado, de cada una de las psicosis, pero dado que son tan marcadas las diferencias respecto del perfil de adolescente límite, nos centraremos en analizar el perfil del síndrome esquizo-autista(1), que se corresponde clínicamente con la psicosis esquizofrénica. Además, este síndrome reúne, como hemos visto, los dos rasgos característicos de las psicosis: pérdida del contacto y del sentido de realidad. Nos interesa estudiarlo, porque es precisamente el diagnóstico de Psicosis esquizofrénica el que suele atribuirse a los casos de estados límite.

Síndrome esquizo-autista.

Adolescente límite

S	P	Sch	C	S	P	Sch	C
+-	+-	+-	+-	+-	+-	--	--

Al establecer esta comparación, no entraremos en las matizaciones que hayamos hecho en análisis anteriores, sino que destacaremos lo que de fundamental hay como diferencias entre ambos perfiles, precisamente para destacar su oposición. Tal como adelantábamos, es en el contacto y en el Yo donde radican las diferencias. El contacto esquizofrénico, depresivo y autístico, se define por lo que Szondi llama, la unión infiel, en la que el sujeto busca al objeto perdido y único. Por el contrario, el contacto del adolescente límite representa la unión fiel, el adherirse y agarrarse al objeto antiguo, que es

especialmente opuesta a la reacción anterior de abandono irrecuperable del mismo. Podríamos decir que, mientras la distancia Sujeto-Objeto es mínima en el contacto del estado-límite, es máxima en el contacto del esquizofrénico.

La reacción de contacto se pone en relación con el vector del Yo, de ahí que suela decirse que el esquizofrénico pierde contacto con la realidad, sobre todo en comparación al que establecen los estados límite y que se aprecia de inmediato en la relación terapéutica, la pérdida de contacto se incrementa a través de la pérdida del sentido de realidad o del juicio de realidad en el Yo. Esta posición de intro-proyección define al autismo que "libera el pensamiento de las limitaciones que le pone la realidad"(2). El adolescente límite presenta un Yo realista, aunque inhibido, no autista, sino que es capaz de frenar su fantasía de serlo todo, mientras que el esquizofrénico autista cree tenerlo todo. La retracción que puede aparecer en el estado límite, como en el psicótico, responde, en el primer caso, a un esfuerzo por parte del Yo de reconocer la realidad, mientras que en el segundo, de desconocerla y evitarla. Algunos cambios en las reacciones del Yo del adolescente límite, tal como ya hemos estudiado, pueden llevar a la confusión, dada su apariencia delirante inflativa Sch(O+), que conformaría el cuadro de la posesión, propia de estados que J.C. Maleval(3) describe como locura histérica. A veces, la poderosa inhibición toma aspectos de retracción autística catatoniforme. Otras veces, las crisis de agitación desorganizadas o violentas,

en jóvenes adolescentes pueden aparentar estados hebefrénicos; recordemos sino la clínica de la heboidofrénia.

En el resto del perfil esquizofrénico, encontramos semejanzas con el del adolescente límite: S(+ -), indicando una pasividad sexual y P(+ -), la posición Abel que rehúsa el enfrentamiento, que rechaza la rivalidad edípica. El paciente límite, como el esquizofrénico, intenta evitar la diferencia sexual que a la vez implica rivalidad y agresividad respecto de la tercera figura del Edipo.

Si hasta aquí estudiamos el clivaje esquizoforme, para diferenciar el perfil del adolescente límite del perfil de las psicosis, comparémoslo ahora con las neurosis.

Diagnóstico diferencial con las neurosis.

Vamos entonces a comparar ahora, el clivaje edípico, característico de las neurosis, con el clivaje del adolescente límite.

Clivaje edípico

Adolescente límite

S	P	Sch	C	S	P	Sch	C
-+	-+	-+	-+	+-	+-	-+	-+

El circuito pulsional, que para J. Schotte comienza, en un primer momento, en el vector C y termina, en el tercero, en el vector Sch, vemos que es similar para ambos casos, del mismo modo que era, especularmente opuesto, en el perfil esquizoforme. Tal como dijimos, al adolescente límite lo caracteriza, como al neurótico, un

contacto de fijación incestuosa al primer objeto de amor. Por el contrario, la negación de ese primer objeto, con búsqueda de un objeto imaginario, es característico a la psicosis. También, la posición del Yo, como final del circuito pulsional, es semejante en el adolescente límite y en la neurosis, pues el Sch(-+), indica el mantenimiento del sentido de realidad y la inhibición del deseo incestuoso y de la agresividad hacia el rival. Siendo en este aspecto, el adolescente límite, semejante al neurótico. Sin embargo, se va a diferenciar especularmente en la segunda posición del circuito pulsional, precisamente donde la semejanza se establecía con el clivaje esquizoforme. Así, en lugar de mostrar una agresividad fálica S(-+) y una posición caínica de venganza y eliminación del rival, que nos indica la dinámica edípica del neurótico, el adolescente límite trata de evitar el edípo.

En resumen, podemos decir, que el adolescente límite no es psicótico en su contacto ni en su Yo, y no es neurótico en su sexualidad o afectividad. Ha superado la línea de la psicosis (por el logro de contacto y sentido de la realidad) y no ha alcanzado la estructuración neurótica, por renuncia a la dinámica edípica sexual y generacional.

A veces, se habla de estos casos como que están entre la neurosis y la psicosis, cuestión que estudiaremos a continuación.

Diagnostico diferencial con los casos intermedios "entre neurosis y psicosis".

J.Melon(4) va a incluir en esta categoría, de "entre neurosis y psicosis", diversos síndromes clínicos, que coinciden con los que J.Bergeret situa en el tronco común de los estadoslímite. Así, vamos a comparar los síndromes hipocondriaco, de despersonalización, de anorexia mental y como no, el de estado límite. Mientras los tres primeros tienen su perfil szondiano bien estudiado, el último tiene, para J.Melon, carácter hipotético pues lo ha deducido de un pequeño número de casos, respondiendo más a la experiencia clínica que a la investigación empírica szondiana.

Nuestro trabajo, por ello, busca definir este perfil sobre un número importante de pacientes y como veremos, coincidente, en términos generales, con el perfil hallado por J.Melon, a pesar de sus limitaciones.

J.Melon propone este perfil en estado límite:

	S		P		Sch		C
	h	s	e	hy	k	p	
	-!!	-!	O(+)(-)	-(O)(+)	-	+!	
	+	-					

No nos describe el autor al vector C, seguramente

porque encontró reacciones muy variables, tal como hemos visto en nuestro estudio. En el resto de los vectores hay coincidencias: la reacción de humanización forzada del vector S, la desconfianza, suspicacia, que puede convertirse tanto en sumisión como en ataque de pánico o venganza, con agitación y exhibición de su sufrimiento, en el vector P, el característico Yo inhibido, que según J.Melon alterna con el clivaje opuesto, el autístico. El autor da a entender que ambos clivajes del vector Sch se presentan por un igual. Desde nuestro punto de vista, recogido en nuestra muestra, el perfil autístico es mucho menos frecuente que el inhibido. Aquél aparece sólo en momentos regresivos de dinámica esquizo-autística, que es cuando debe pasarse el test para obtenerlo. Es posible que el autor encuentre muy frecuentemente la reacción Sch(+), si ha pasado el test a pacientes hospitalizados en estado de mayor regresión que se estabilizan antes de dársele el alta, que es cuando mostrarían la reacción Sch(-). Por ello, nuestro estudio concuerda con los resultados hipotéticos de J.Melon.

Del mismo modo, comparamos a continuación, nuestro resultado de adolescentes límite., con los tres síndromes antes anunciados y que son denominados por J.Bergeret falsas neurosis y que J.Melon incluye en el estadio "entre neurosis y psicosis".

Así, para ambos autores, los estados límite o borderline, como cuadro clínico, estaría emparentado con los síndromes hipocondríaco, de despersonalización y

anorexicomental (como también lo afirma Brusset(5)), formando parte del tronco común de los estados límite.

Veamos los perfiles comparados(6):

Síndromes:	S		P		Sch		C	
	h	s	e	hy	k	p	d	m
Hipocondríaco:	+(!)	+(!)	O(+, ±)	-	-	O(+±)	-(+)	+(!)
Despersonalización: +!		+!	O(+, -)	-	-	±	-(0)	-(0, +)
Anorexia mental:	-!	O(+ -)	±(+)	O(-)	-(0±)	+!	-(0)	+!
Adolescente límite: -!(+0) -!(+)+(-) - (0±) - (0+±) + (0-) - (0+) + (±0-)								

Al establecer la comparación entre diferentes síndromes, con respecto al grupo de adolescentes límite, a través de los tres o cuatro perfiles principales, no solamente de la reacción vectorial principal, sino de los cuatro primeros, es decir, de lo que suele suponer la mitad de las reacciones totales o algo más, de un paciente, nos encontramos con la gran semejanza existente entre los diferentes síndromes, que lo hacen peculiar. Cualesquiera de estos síndromes pueden ser analizados tal como hicimos con los perfiles del grupo de adolescentes límite, con la diferencia, en cada uno de ellos, de poder subrayar o hacer más hincapié en algunas de las reacciones vectoriales, que en unos casos toman más importancia que en otros, significando al síndrome.

Por último, podemos decir, que el síndrome depresivo, tantas veces acompañado o participe del estado límite, se define en el trabajo de Melon como:

	S	P	Sch	C
Síndrome depresivo:	-		+ +	+ ±
A.Límite "neurótico":	+ -	+ -	+ +	+ ±

Encontramos un perfil de adolescente límite próximo a la línea neurótica que incluye al síndrome depresivo. De hecho, éste se presenta con mucha frecuencia en nuestros casos como expresión manifiesta, directamente en ocasiones, de la depresión anaclítica subyacente.

Dentro del tronco común de los estados límite, J.Bergeret incluye a las perversiones y al punto de retorno de las enfermedades psicósomáticas, que partirían hacia un punto de anclaje anterior.

Nos interesa, una vez que hemos comparado a los adolescentes límite, con los perfiles genéricos de psicosis y neurosis, así como con otros síndromes considerados intermedios, como son: el síndrome depresivo, hipocondríaco, depersonalizador o de anorexia mental, ciertas manifestaciones y enfermedades psicósomáticas, estudiar otros perfiles de cuadros clínicos, como las perversiones o algún perfil psicósomático, comparándolos esta vez con los cuadros de estado límite de mayor regresión, como es el perfil del adolescente límite en proximidad a las psicosis; veremos, si tal como juzga J.Bergeret, las perversiones quedan emparentadas e incluidas, en el tronco común de los estados límite, en proximidad a la línea psicótica.

Diagnóstico diferencial con la psicopatía y la perversión.

El propio Szondi considera que hay tres clases de psicopatía: la de contacto, la criminal y la sexual; ésta última se aproximará los cuadros de las perversiones. Cada una de las diferentes perversiones y psicopatías, presentan sus correspondientes peculiaridades en el perfil del test de Szondi. No vamos a compararlas todas, una a una, sino a entresacar aquella, la psicopatía sexual, cuyo perfil característico solemos encontrar entre los adolescentes límite próximos a la línea psicótica. Ello nos demuestra el parentesco, que tantas veces observamos en la clínica, entre las perversiones y el pasaje al acto, también en el área sexual, del adolescente límite más actuador, y los casos más definidos de psicopatía sexual(7).

	S	P	Sch	C
Psicopatía sexual:	+(-) +!(-!)	-(o+) o(+)	-(+) +(-)	-(+) +(-)
Fetichismo:	-! -!	+! -!+	+(!) O(+)	O,+ O,+ ,±

Si con la psicopatía sexual hay un gran parecido, también podemos encontrar perfiles que emparentan al fetichismo con los adolescente límite. Así vamos observando que el perfil de los adolescentes límite, con su variabilidad, presenta diferencias significativas con las psicosis y las neurosis, aunque con estas últimas se emparenten a través de los cuadros clínicos que hemos denominado, "entre neurosis y psicosis", donde se incluían los síndromes: depresivo, hipocondríaco, de

despersonalización y anoréxico (neurosis pre-genitales). Las formas de adolescentes límite se equiparan a estos síndromes que suelen considerarse próximos a la neurosis, matizando que la anorexia mental formaría parte de los cuadros psicósomáticos que estudiaremos a continuación. Por otra parte podemos ver la relación de parentesco entre los adolescentes límite y la psicopatía sexual e incluso con la perversión del fetichismo.

De esta forma, realizando un análisis cualitativo de los perfiles pulsionales, llegamos a la conclusión de que los adolescentes límite, como paradigma de los estados límite, representan una matriz sobre la que pueden configurarse, a base de que alguno de esos perfiles sea un poco más preponderante, los síndromes: depresivo, hipocondríaco, de despersonalización, es decir, los más próximos a la neurosis. Lo mismo ocurre con las psicopatías sexuales y perversiones como el fetichismo. También con el síndrome de anorexia mental y otros trastornos psicósomáticos que estudiaremos luego. Y cómo no, ya hemos descrito reacciones que dinámicamente se asemejan a las psicosis, aunque no estructuralmente.

Bien es cierto, que el grupo de adolescentes límite estudiado, difiere de la mayor parte de perfiles de psicopatía y perversión, perfectamente estabilizados y constituidos, de ahí que no debemos confundirlos, pero sin embargo, estas dos formas clínicas genéricas, nos permiten corroborar lo que J. Bergeret afirma desde la clínica y es que son un modo de acomodación del tronco común de los

estados límite.

Por tanto, el estado límite no sería una psicosis ni una neurosis estructurada, tampoco una perversión o psicopatía definida ni una enfermedad psicosomática. Sin embargo, va a utilizar mecanismos de estas diferentes estructuras, aunque presenta la peculiaridad de esta diversidad y sobre todo al gran parecido: con las neurosis que Bergeret llama "falsas neurosis" y que son los síndromes antes estudiados, y con las psicopatías sexuales y perversión fetichista, así como con ciertos trastornos psicosomáticos, lo que confirmaría la idea de Bergeret sobre el tronco común de los estados límite. Este tronco común, perfil estudiado por nosotros, representa un modo de estructuración de la personalidad que denominamos Caracterosis, para destacar la peculiaridad del uso del mecanismo del desmentido (Verleugnung), que en la perversión, como en los otros cuadros, se combina con mecanismos que son los que constituyen la forma clínica particular.

Diagnóstico diferencial con la enfermedad psicosomática.

Estudiando la estructura psicosomática en sentido puro, nos llevaría a la conclusión que P.Marty saca: es la de una personalidad de pensamiento operatorio donde el sujeto se esfuerza por expulsar todo vestigio de actividad imaginaria. A pesar de ello, estas formas puras no suelen ser muy frecuentes, incluso en pacientes que presentan enfermedades psicosomáticas. Es sin embargo corroborable

este principio, de lo operatorio, del rechazo de lo imaginario, lo que tanto Szondi como otros investigadores descubren en el perfil del enfermo psicossomático:

S	P	Sch	C
+ +	- -	-! -!	- +

Aquí se combina la presión de un deseo pregenital con una hiperrepresión del mismo.

Este perfil no es característico, como más frecuente en los adolescentes límite, pero ya lo hemos descrito como una forma que también presentan, lo que nos explicaría la relativa frecuencia con que estos pacientes tienen enfermedades psicossomáticas.

Si examinamos el perfil de enfermos enfisematosos que estudia M.W.Webb(8), veremos la gran semejanza que tiene con uno de los perfiles que aparecen en nuestro grupo de adolescentes límite:

	S	P	Sch	C
Enfisematosos:	+! +	0-!	-!-	+ +
Estados límite:	+!+	0 -	-!-	+ ±
				0 +

J.Melon, estudioso del test de Szondi, incluye a la personalidad psicossomática, en este mismo grupo de "entre neurosis y psicosis" junto a las anteriormente citadas neurosis pregenitales, a las que nosotros añadimos la psicopatía sexual y la perversión fetichista, tal como J.Bergeret hace desde la clínica y nosotros corroboramos,

al estudiar, por comparación cualitativa, desde los perfiles szondianos.

Hemos estudiado las semejanzas y diferencias de unos cuadros clínicos con respecto del síndrome de los adolescentes límite, concluyendo que los estados límite se encuentran conformando otra estructuración, que está entre la neurosis y la psicosis. Veremos, a continuación, la comparación del perfil principal del adolescente límite, con dos perfiles, el de la sublimación y el del adulto medio, así como el del adolescente normal.

El perfil del adolescente límite resulta claramente diferente del perfil de las psicosis. También es distinto del de las neurosis, aunque, como ellos, hay un mantenido sentido de realidad, asemejándose entonces a las neurosis pregenitales y como paradigma de ellas, al síndrome hipocondríaco:

S	P	Sch	C
+ +	0 -	- 0	+ +

También hemos visto el parecido existente entre las principales reacciones del adolescente límite y los síndromes clínicos de la clase de las psicopatías y perversiones, así como de las enfermedades psicosomáticas.

Los estados límite suelen utilizar mecanismos de estos diversos registros, porque acto, pensamiento y cuerpo no están suficientemente diferenciados, en el momento evolutivo donde se encuentran. Con una economía narcisista-anaclítica, intentando rehuir al articularse en

el complejo de Edipo, el paciente intenta, malogradamente, saltárselo, buscando una solución a través del mecanismo de la sublimación, que en los estudios szondianos se representa así:

S	P	Sch	C
- -	+ -	+ +	- +

Podemos observar que el perfil principal del adolescente límite, es prácticamente igual, solo que presenta hipertensión general y que la posición Sch(++), aunque muy frecuente, no es la forma principal Sch (-+). El adolescente límite intenta rehuir la actividad pulsional por la vía de la sublimación, pero no consigue más que una pseudosublimación. Es por esto que Bergeret nos dice que el paciente límite entra en una latencia, de manera precoz y prolongada. En la latencia es cuando se desarrolla el mecanismo de la sublimación. En nuestro grupo de adolescentes límite observamos este intento, fallido, de sublimación pulsional, por no articularse al complejo de Edipo.

Así, del mismo modo que el paciente intenta la sublimación, esto es, dar un salto al Edipo, podemos decir que pretende también evitar la adolescencia, intentando equipararse al adulto medio:

S	P	Sch	C
+ +	- -	- -	+ +

Quando el adolescente límite ensaya esta posición

donde se articulan los deseos con la realidad, no consigue más que actuaciones y pasajes al acto, o bien, buscando el freno pulsional, reacciones autolesivas o psicósomáticas.

En el período de latencia, como en el individuo adulto, hay un intento de acomodación y adaptación pulsional, de ahí que los perfiles szondianos se asemejen Sch(--) y C(++), en ambos períodos; en la latencia, predominando la sublimación Sch(--), y P(+), y en el adulto la articulación del deseo con la satisfacción inmediata, intenta aproximarse a la realización adaptativa y adulta del deseo sexual genital, pero con una fuerte carga de inhibición y prohibiciones ligadas al contacto incestuoso infantil: S(++), P(+), Sch(=±) y C(-).

El adolescente límite, a pesar de tener tanto en común con el adolescente "normal", su misma crisis, en la que retoma conflictos edípicos antiguos, a los que va dando solución; en el adolescente límite, este proceso no se sigue, buscando una salida pseudosublimatoria, de latencia, o pseudorealizadora, del adulto, combinando: pasajes al acto, síntomas psíquicos que alcanzan, a veces intensamente, la identidad en sus diversas áreas y manifestaciones psicósomáticas.

Si todos estos mecanismos se ponen en juego en la adolescencia "normal", precisamente para ser articulados con el nivel genital, el adolescente límite no lo logra, se instala y perpetúa en la adolescencia, entendida ésta como la encrucijada entre el niño y el adulto, como expresión de ambivalencia del sujeto: Es niño y hace de adulto; Es

adulto y hace de niño, en los diferentes aspectos de la identidad. Es un adolescente, por cuanto permanece entre la latencia, con el logro de la sublimación, y el adulto, con la realización del deseo. Mientras el adolescente "normal" articula ambas posiciones, el adolescente límite, su patología es manifestación de esa repetición, de la imposibilidad de pasar de una a otra.

Por último, una vez establecido el parangón entre el perfil szondiano del adolescente con los diferentes cuadros de la nosología psiquiátrica, nos quedarían por señalar, las diferentes estructuras: Histérica y Obsesiva, pues como hemos dicho, el perfil del adolescente límite no es psicótico estructuralmente y tampoco neurótico, a pesar de que lo equiparamos a las llamadas neurosis pregenitales. De ahí, que en muchos casos, la proximidad a las neurosis genitales se establece y cuantas veces observamos síntomas que incorporan mecanismos histérico conversivos y obsesivos o histero-fóbicos. Pero como diría O.Kernberg(9), ni son los únicos síntomas del paciente estado límite, ni la estructura del síntoma se corresponde estrictamente a los mecanismos neurótico-genitales.

El parentesco entre estado límite e histeria de conversión, se establece en la reacción del Yo, bien por la forma genérica Sch(--+) que caracteriza a la neurosis frente a las psicosis, como por un modo de reacción Sch(-±), que en los adolescentes límite, no siendo una de las más principales, sí que se significa diferencialmente con respecto del grupo de adolescentes "normales", y es la

posición típica de la histeria de conversión. Sin embargo, ni las reacciones afectivas P(++), P(00), características, ni las posiciones de contacto C(+), C(0-), C(++), ni la sexualidad S(-+), son significantivas en nuestros pacientes en comparación con el grupo de adolescentes "normales", aunque se presenten en ocasiones, lo que indica que los dinamismos de la histeria de conversión aparecen, pero secundariamente. En cierto modo, el camino de histerificación es el que han de proseguir estos pacientes, pasando de un contacto narcisista-anaclítico, de ser el falo, a tomar una posición activa de búsqueda del objeto, es decir, a la exigencia de tenerlo, de aquel al que se le supone, como tercero, que lo tiene como marca de diferencia sexual.

En ambos casos, juega la dinámica edípica, pero mientras en el adolescente límite, la relación se da en la primera posición, lo que indica una mayor partición narcisista, en la histeria, la dinámica se establece en la segunda posición. En la histeria, el contacto busca al tercero, activamente reclamado, rivalizando, por la posesión fálica, rechazando la castración de no tener, de carecer, situando al ser en su ambivalencia respecto de su identidad y exagerando su protesta en la agitación y en los síntomas conversivos. El adolescente límite se encuentra, tal como ya fué analizado, en una posición anterior a ésta, pero que deberá alcanzar en el proceso terapéutico. Hemos encontrado más frecuentemente, mecanismos obsesivos, que ya fueron comentados, y que se expresan por la ambivalencia en

el factor $K(\pm)$ y en el $e(\pm)$, aunque tampoco de forma principal. Formaciones reactivas, culpabilidad, pensamiento mágico, se hacen presentes, pero con menor frecuencia detectamos mecanismos poderosos de aislamiento, aunque en ocasiones existan dudas y anulaciones.

Es por esto que la reacción $Sch(\pm 0)$ destaca como frecuente en los adolescentes límite, respecto de los adolescentes "normales". Predomina la posición femenina $S(+ -)$, frente a la masculina, propia de la histeria $S(- +)$. Es la fijación en el estadio anal, propia de los estados límite (como nos señala J. Bergeret) lo que emparenta a éstos con la neurosis obsesiva, aunque las formas de presentación en nuestros pacientes se circunscriban al carácter $Sch(\pm 0)$. J.J. Melon nos dice: "nos guardaremos de poner el diagnóstico de neurosis obsesiva cuando la ambivalencia exista solamente en el factor K. En estos casos, el cuadro clínico está dominado a menudo por la ambivalencia, con signos del registro anancástico, pero no existe generalmente estructura obsesiva verdadera. Estaremos, habitualmente en estos casos ante organizaciones caracteriales o psicopáticas".

BIBLIOGRAFIA

- (1) J.Melon, "Theorie et pratique du Szondi". Press Universitaires de Liège. Liège 1975.
- (2) L.Szondi, "Tratado del diagnóstico experimental de los instintos". Biblioteca Nueva, Madrid 1970.
- (3) J.C.Maleval, "Locuras histéricas y psicosis dissociativas". Paidós, Buenos Aires 1987.
- (4) J.Melon op.cit.(1)
- (5) B.Brusset, "La anorexia", Planeta Barcelona 1985.
- (6) J.Melon, op.cit.(1)
- (7) J.Melon, op.cit(1).
- (8) M.W.Webb et al., "Basic Personality traits characteristic of the chronic lung disease, Emphysema". Szondiana III nº 43, August 1960, pp(222-243).
- (9) O.Kernberg, "Les troubles limites de la personnalité". Privat, Toulouse 1979.

B. - DISCUSION DE LOS RESULTADOS SZONDIANOS DE LOS ADOLESCENTES LIMITE Y SUS RELACIONES CON OTROS CONCEPTOS, EN BASE AL PERFIL GENERAL

Este amplio capítulo de discusión del Perfil general del Adolescente-límite, nos sirve para desarrollar diferentes conceptos teóricos, que demuestran fundamentalmente la Hipótesis H2 "El grupo muestral de Adolescentes-límite, escogido por criterios clínicos, descriptivo-dinámicos, comprobamos que los resultados extraídos por el Test de Szondi, de naturaleza dinámico-estructural, corroboran los resultados psicoanalíticos consensuados sobre la organización límite".

Pero además, nos sirve para demostrar la importancia de algunos conceptos, respecto de la organización-límite, menos consensuados, como la Realización de objeto transicional el parentesco estructural entre organización-límite y perversión, y también, la relación de Edipo precoz, la economía narcisista-analítica, la oscilación Yo Ideal-Ideal del Yo, que darán cuenta de las Hipótesis H2.2 y H2.1.1, en referencia al Clivaje. También, mostraremos relaciones con otras patologías que antes estudiamos a través de los perfiles Szondianos y que aquí establecemos, creando puentes teóricos; así se hace con la Psicopatía y la Psicósomática, en el vector C del Contacto, con la Perversión y el Objeto

Transicional, en el vector S o Sexual; con la Moral, el Edipo precoz y las Pseudoneurosis, en el vector P o Paroxismal; con la Inhibición, la Negación, la Inflación y el Clivaje, en el vector Sch o del Yo.

Hasta aquí, hemos realizado una interpretación estricta y directa de los datos szondianos, fundamentalmente desde el punto de vista de L. Szondi, teniendo en cuenta las aportaciones de la escuela de Lovaina.

En este capítulo, ampliamos el contexto de interpretación, y en lugar de atenernos a una interpretación restringida, trazaremos puentes entre los resultados directos que nos aporta el test de Szondi sobre la organización límite en el adolescente, y otros conceptos, muchos de ellos puestos ya en relación con la organización límite de la personalidad, pero que son expresados a modo de evocaciones, según vamos siguiendo el orden lógico de interpretación del perfil pulsional del test de Szondi.

Queremos destacar con ello, al test de Szondi, como un instrumento, no tan solo de objetivar empíricamente unos resultados, sino, como tantas veces insiste F. Tosquelles, para ayudarnos o proporcionarnos elementos para pensar sobre el enfermo, gracias a los diferentes matices y consideraciones psicodinámicas que nos aporta. Por ello, esta discusión conceptual, toma por base principal, los perfiles del grupo general de Adolescentes-límite.

Este conjunto de evocaciones, conceptuales serán ordenadas, en el capítulo que continua, ya no siguiendo la pauta que nos marca el test, sino abstrayendo alguno de estos conceptos que aparecen como articuladores de la organización límite de la personalidad en la Adolescencia.

Siguiendo el orden de análisis vectorial que nos propone J.Schotte, es decir vectores:C--S+--P--Sch.

Vector C

Observando las reacciones vectoriales exhaustivamente, tenemos los siguientes resultados.

Recordemos, el orden de frecuencia de las reacciones vectoriales, y que los agrupamientos 1 y 2, constituyen el 85% del total de las reacciones vectoriales.

				(±+)			
				(0-)			
(0+)	(-+)	(00)	(0±)	(++)	(--)	(-±)	(+-) (-0) (±±) A.L. "N".
				(+0)			
(-+)	(0+)	(++)	(0±)	(00)	(±+)	(-±)	(±±) (++) (+0) A.L. "P".
				(0-)			
				(-0)			
				(-)			

1

2

3

Las reacciones vectoriales en el circuito C o vector del Contacto, se pueden dividir, por el orden de frecuencia que se presentan en nuestra muestra de adolescentes límite, en tres niveles:

1/Contacto omnipotente, posesivo y de apego.

2/Contacto inseguro, con angustia de pérdida, depresivo-anaclítico e hipocondríaco.

3/Contacto de distancia y capacidad para soltarse y abandonar.

1/Contacto omnipotente, posesivo y de apego

Este circuito del contacto es el que se presenta más frecuentemente en nuestros pacientes y viene, en primer lugar, caracterizado por las respuestas o reacciones de apego ("Attachement"), bien en forma de fuerte oralidad, de exigencia, bien como deseo de agarrarse en un contacto incestuoso.

El deseo de tener, la voracidad de poseer inmediatamente al objeto. ob-tener y de re-tener, al objeto antiguo, como un talismán, que ha de ser in-corporado. La libido oral toma una intensa expresión, y casi de manera semejante lo hace una analidad, en principio retentiva. Este esfuerzo inicial intenta tomar contacto con el objeto, poseyendolo, pegándose y agarrándose al tiempo.

De este modo de contacto, se derivan los comportamientos impulsivos de la dependencia a diferentes sustancias, bien sea del tipo de las drogodependencias, bien de la comida, y sobre todo la repetitiva y reiterada exigencia hacia las otras personas, en especial aquellas que se ocupan de ellos, las más familiares.

Hay que recordar, que a pesar de ser estas reacciones vectoriales, $C(0+i)$ y $C(-i+i)$, las más frecuentes, son deficientes respecto de los adolescentes

normales, (*NOTA) lo que interpretamos como expresión de "La falta básica" (M. Balint)(1), defecto de cuidados psicológicos y materiales, que el paciente reactualiza a través de sus comportamientos repetitivamente exigentes, con el afán de calmar sus ansiedades y necesidades, de ahí el consumo frecuente, impulsivo y repentino de sustancias tóxicas, con el fin, entre otros, de lograr el descanso y la calma. El paciente, a través de la ingesta tóxica o de la descarga anal-sádica (violencia explosiva), intenta destruir al objeto y calmar así la tensión de necesidad, logrando momentáneamente, por vía de la necesidad, descargar el circuito pulsional y evitar el conflicto que aparece al no saber articular el deseo.

*NOTA: Al estudiar comparativamente al grupo de Adolescentes límite y el grupo de Adolescentes normales, observamos que, en ambos grupos, las reacciones principales, es decir, las más frecuentes, en el vector C, son C(O+) y C(-+). Sin embargo, al realizar la comparación cuantitativa, resulta que, estas reacciones, son más frecuentes en los adolescentes normales, aunque no manifiestan hipertensión. De ahí deducimos que, a pesar de que estas reacciones de apego, sean las más importantes en los Adolescentes límite, son deficientes respecto de los adolescentes normales, teniendo que ser suplida, primero por una hipertensión, que nos habla de insatisfacción, y luego, por otro grupo de reacciones vectoriales, que compondrán el agrupamiento número dos.

Dado que estas posiciones del contacto, son las más primitivas y se muestran deficientes en el adolescente-límite, es por lo que relacionamos a esta noción de contacto de apego insuficiente, con el concepto de falta básica de M. Balint. Esta deficiencia narcisística, es puesta en relación con la organización límite por C. Cappadoro.

El paciente, con este modo de contacto, busca reincorporar lo que no está suficientemente introyectado, la función contenedora (W. Bion) (2), las envolturas que han de dar suficiente seguridad y consistencia (D. Anzieu) (3).

NOTA: El concepto de apego que habría de verificarse, no solo a través del tacto, sino también mediante el resto de los sentidos, capaces de elaborar las envolturas (sonora, visual, olfativa, gustativa, del equilibrio...), tal como nos indica D. Anzieu en el Yo-piel, será defectuoso, por lo que la función contenedora, que ha de favorecer la madre, para ser introyectada, resulta insuficiente.

La relación con el objeto antiguo es de consunción $C(0+;)$, o de incorporación-retención $C(-;+;)$; en ambos se pretende tener el objeto. En el primer caso, diluyéndolo consigo mismo y en el segundo, poseyéndolo y dominándolo, de ahí que se hable de relación de objeto incestuosa, por cuanto al pasar del reino de la necesidad ($C(m+)$, primera posición del circuito) al deseo ($C(d-)$, segunda posición del circuito) el contacto se sexualiza con el objeto antiguo, exigiendo una relación dual absoluta y exclusiva con el otro, que en ocasiones, es la propia madre, respecto de la cual se expresan deseos sexuales haciéndose coincidentes la imago del objeto antiguo con la figura materna real. Estos deseos conllevan una exclusión de la figura tercera, de la función paterna sobre la que se deposita una intensa agresividad, que tan pronto se manifiesta, como cambia de dirección, adoptando una relación de objeto masoquista. De este modo, el contacto incestuoso se envuelve de unos vínculos sado-masoquistas.

La relación dual, marcada por el contacto $C(-+)$, se opone entonces, como nos dice J. Bergeret, a la entrada de un tercero, de un extranjero. El paciente persiste en evitar el triángulo Edípico, a pesar de estar inmerso en él, o como nos dice C. Le Guen, marcado por el Edipo

originario.

NOTA: C. Le Guen considera que el Edipo originario, es un esbozo del Edipo triangular, donde la figura del Padre, unicamente aquí aparece como la del extranjero. En este sentido, el Edipo originario se pondría en relación con el concepto de segundo organizador de R. Spitz, para el que, todo rostro diferente al de la madre, es un no-madre, un extranjero.

Pero además de estas dos reacciones vectoriales principales, tenemos otras dos C(++), y C(OO), muy frecuentemente, formando parte del circuito pulsional de Contacto omnipotente y posesivo o de apego intenso. Así, junto al contacto dual incestuoso y de consumo del objeto, como objeto primordial, se encuentra el contacto del placer, donde el sujeto procura adherirse a todo nuevo objeto que entra en su campo relacional, del mismo modo e intensidad con que lo hace, a la vez, con el objeto antiguo. La forma C(++), nos habla de un deseo perverso-polimorfo, de la bisexualidad, que junto a la reacción (k+), componen el síndrome placer, característico de las personalidades psicopáticas y perversas.

Por último, dentro de este primer grupo de reacciones de contacto, tenemos la forma C(OO), fusión o regresión infantil, más allá del contacto, donde toda tensión pulsional, toda necesidad se encuentra satisfecha, en calma.

Existe en el adolescente límite, el temor a que la separación con respecto al objeto antiguo (Haltobjekt, dice L. Szondi)(4) se verifique, vivenciándose como un abandono (Guex), como una hecatombe en la integridad y la seguridad de su identidad. Por esta razón, M. Mahler (5) considera que

es en la fase de "Reacercamiento", cuando el niño, habiéndose ido a explorar en solitario lo extraño y volviendo para asegurarse de la presencia de la madre, del objeto antiguo que ha de permanecer en el lugar como presencia familiar real y simbólica, se encuentra en el vacío, con la inadecuación, que señala a ese período, como traumático para el paciente borderline, según M. Mahler.

Esta angustia de abandono trata de calmarse con diferentes sustitutos objetales, bien de tipo no humano: las drogodependencias, a las que aludimos y fuertes vínculos con animales o actividades artísticas. Frecuentemente insisten en vínculos humanos, con las características antes señaladas, en cuanto a la repetición relacional del sujeto con las imagos familiares.

Todas estas formas de contacto tienen un carácter transicional, que es la relación objetal peculiar del paciente borderline tal como nos dice Modell y Masterson (6), así como otros autores que han estudiado la categoría de las representaciones y afectos de estos pacientes a través del test de Rorschach.

El paciente establece un contacto dual y transicional, donde en ocasiones, la intensidad afectiva parece borrar el espacio potencial, necesario para lograr la diferenciación sujeto-objeto, es decir, para que se constituya la función diacrítica (C. Castilla) (7).

Por esta razón el contacto no es de tipo esquizofrénico apreciándose este rasgo como característico en la contratransferencia, sino que es transicional, con las

diferentes formas reseñadas.

NOTA:El contacto transferencial transicional, se identifica por la movilización de afectos cálidos, cuya intensidad provoca dificultades para el mantenimiento de la distancia, con angustia de dependencia-abandono o de intrusión.

Una vez estudiado este primer grupo de reacciones principales de contacto, pasamos al segundo.

2/Contacto inseguro, con angustia de pérdida, depresivo-anaclítico e hipocondríaco.

El contacto de "Reacercamiento", que hemos estudiado, cobra tal intensidad, que pretende NEGAR LA SEPARACION, sustituyendo a través de la intensidad de la respuesta de contacto de dependencia $C(0+;)$, o de unión dual $C(-;+;)$, el déficit en esta clase de contacto.El paciente intenta una relación simbiótica (J.Bleger)(8) que rechaze el traumatismo de un reacercamiento que no es "suficientemente bueno".(W.Winnicott).(9)

Hay que tener en cuenta este factor en el proceso terapéutico, pues el paciente, conforme ensaya la separación-individuación, en su proceso de maduración, va a realizar intensas regresiones, poniendo en peligro la vida, para comprobar que aquellos sobre los que proyecta sus imagos parentales (tantas veces los padres reales) todavía están allí para sostenerlo, a la vez que descarga su angustia de muerte-separación.

En este segundo momento del contacto, se plantean reacciones de duda, ambivalencia e incertidumbre, sobre todo respecto del objeto antiguo: $C(0\pm) (-\pm)$, representa la duda sobre agarrarse o dejar al objeto, intentar, fatalmente,

retener al objeto que se pierde o que se abandona. La depresión anaclítica se instaure como un apego a lo que se pierde, el gran objeto primero. A la vez surge una ambivalencia frente a los nuevos objetos, posibles candidatos para sustituir al objeto antiguo. El sujeto da muestras de depresión y signos de hipocondría. El propio cuerpo, como primer objeto pretransicional, manifiesta su presencia. La imagen del cuerpo, fundamento de la representación de sí mismo, se va construyendo en relación a las primeras imágenes parentales (G/Pankow)(10). Cuando el sujeto se reconoce a sí mismo como objeto total, en el estadio del espejo, comienza la posición depresiva y la angustia de separación y pérdida del objeto antiguo, la fuerte ambivalencia que se refleja en estas reacciones de contacto y que commueven la propia imagen del cuerpo, como lugar de constitución del yo, del yo corporal, por oposición y diferenciación al otro.

El contacto es ambivalente, respecto del objeto antiguo y del nuevo. El sujeto oscila entre el "Todo o Nada", el contacto C(++), que todo quiere coger y poseer, o el autismo en el contacto C(--), con que el sujeto desea retener lo perdido, manifestándose clínicamente, en ocasiones, como crisis maniacas.

Las defensas ambivalentes y obsesivas, se hacen presentes, respecto del deseo de agarrarse y de la unión incestuosa. El sujeto no sabe si agarrarse o soltarse C(O±), presenta una barrera de contacto con restos de apego, lo que caracteriza una unión desgraciada, intentando

agarrarse a algo nuevo, pero la duda constituye una unión incestuosa insegura. La ambivalencia es un modo de atemperar y elaborar las dos posiciones extremas y antagónicas: el deseo de un contacto total, que Szondi (11) llama unión doble o múltiple, y la barrera de contacto, unión irreal y extrañamiento del mundo.

El contacto que referimos en este segundo tiempo, caracteriza a las neurosis polisintomáticas que describe O. Kernberg, donde junto a rasgos obsesivos, aparecen otros síntomas fóbicos e hipocondríacos, e incluso despersonalizadores y de extrañamiento. Este conjunto polisintomático tiene al cuerpo como contenido principal, destacándolo como lugar donde se refleja la herida narcisista de la separación.

Este sistema de contacto supone un paso más, que va desde el apego adherente, a la separación e individuación. Si en el punto 1 predominaba el Agarrarse, el Tener, Ser tenido, sostenido y Cogido, en este punto 2, se produce y reactualiza la fase de "separación", donde el paciente ensaya la separación del objeto antiguo e incestuoso, para lograr posteriormente su individuación.

Conviene detenernos en el Trastorno Hipocondríaco, puesto que va a constituir uno de los perfiles szondianos característicos de este grupo de Adolescentes límite.

A través de A. Green ("Narcisisme de vie narcissisme de mort". Ed. Mimit Paris 1983), mostraremos la relación entre HIPOCONDRIA y NARCISISMO, de

manera que este trastorno queda encuadrado como manifestación de la estructura narcisística, que es la base de los trastornos borderline o la organización borderline de la personalidad.

"LA HIPOCONDRIA es el negativo del AUTOEROTISMO". (A.Green)

El órgano hipocondríaco representa "el punto de ruptura de la alucinación negativa de la madre", señalando la presencia del cuerpo de la madre que no ha sido introyectado en el cuerpo propio. El órgano hipocondríaco es el ojo que exige y escruta.

En la hipocondria, la pulsión parcial pregenital, en lugar de satisfacer (limitadamente) su necesidad cara a un objeto propio o corporal, manifiesta su insatisfacción y la insistencia de la pulsión parcial en cambiar de objeto y fin, descatectizando el cuerpo mediante la inhibición pulsional, buscando la dependencia. Todo lo contrario a la autosatisfacción con independencia del objeto, característico del autoerotismo.

3/Contacto de distancia y capacidad para soltarse y abandonar

En este tercer grupo de reacciones de contacto, y por ello, mucho menos frecuentes, el sujeto, nuestro adolescente límite, logra hacer posible en su contacto la separación, siendo capaz de separarse del objeto antiguo y de buscar el nuevo consolidándose el camino de su individualización.

Así, encontramos la forma de contacto que Szondi

define como unión infiel C (+-), donde es posible la separación del objeto antiguo, e ir a la búsqueda del nuevo. Es una reacción "hipomelancólica", del mismo odo presenta una reacción de contacto "hipomaniaca" C(O-!). Es también frecuente la reacción de "ir a la busca", con incapacidad de afirmarse respecto del objeto antiguo.

En resumen, un predominio del factor m-, que nos indica el deseo de desprenderse del objeto y la tendencia al cambio.

Hemos visto cómo los tres grupos de reacciones de contacto, se corresponden con las subfases de separación-individuación de M. Mahler.

El mayor porcentaje de reacciones de contacto, o punto uno, indican, tanto por la cantidad como por el grado de hipertensión, la intensidad de la subfase de Reacercamiento.

Luego en segundo lugar, la ambivalencia de contacto, donde el paciente ensaya la paradoja simbólica de irse sin marcharse, que vemos a lo largo del proceso terapéutico y que aparece frecuentemente durante la infancia del paciente, desde que aprende a caminar con síntomas de hiperactividad.

Con menor frecuencia, en tercer lugar, se presentan las reacciones de contacto, cuyo denominador común es el factor m(-), esto es, la capacidad de separación, de soltarse, de andar solo, de diferenciarse.

Las reacciones de contacto, tan intensas, que observamos en nuestros pacientes, indican la necesidad de

agarrarse, de tener el objeto antiguo, para ser retenido, sostenido, contenido.. por él, confirma la teoría de M.Mahler sobre la disfunción que estos pacientes manifiestan en la subfase de Reacercamiento.

La ausencia o inadecuación de la madre, de la figura materna, durante la fase de reacercamiento, produce una disfunción en este tercer organizador que va a alterar la entrada en lo que Rangell (12) denomina cuarto organizador o complejo de Edipo. El sentimiento de pérdida y la alternancia presencia-ausencia de la madre, ha de servir, como nos dice S.Freud, para desarrollar la actividad simbólica. Cuando la falta de la madre, de la función materna, es excesiva, el significante NO-MADRE, como dice C.Le Guen (13), se sitúa en la ecuación simbólica: NO-MADRE=PERDIDA=EXTRANJERO, precisamente cuando, a través del complejo de Edipo, ha de pasarse de la relación dual a la terciaria y triangular, lo que supone la entrada del extranjero, del padre. La entrada de éste, entonces, reaviva la herida narcisista, hasta el punto que se produce la equivalencia: "PERE=PERTE", es decir, que el sujeto se siente incapaz de articular simbólicamente la pérdida, o con tal dificultad, que siente una fuerte amenaza de separación y abstinencia, tal como nos dicen J.Melon y P.Lekeuche(14), que urgentemente ha de ser calmada para restablecer el equilibrio narcisístico (de ahí la frecuente ingesta tóxica y otras conductas de dependencia, que eviten, como veremos al estudiar el vector S, la angustia de vacío).

Es por esto, que la función paterna, que ha de ir articulándose a través del complejo de Edipo, apenas organiza un espacio triádico, donde los objetos, fuertemente transicionales todavía, no logran diferenciarse suficientemente en los registros Real, Imaginario y Simbólico. De este modo comprenderemos la intensidad relacional del paciente borderline, en especial con respecto a las imagos parentales y a los padres mismos. El cuerpo juega un papel fundamental de "buffer", entre las representaciones mentales y las actuaciones relacionales. Este carácter transicional de las representaciones, permite que éstas sean tratadas por mecanismos (y no estructuras) psicóticas, psicopáticas y polineuróticas o psicósomáticas, abarcando respectivamente las áreas: mental, actuadora relacional o social y la corporal (J. Bleger)(14).

En el cuerpo también tienen lugar las representaciones de las imagos parentales, para G. Pankow, donde se manifiestan las dificultades identificatorias y narcisistas. Es el vector C y el S, donde, en el Szondi, se estudia al cuerpo como objeto y como fin de la pulsión. Revisadas las series pulsionales, observamos que en ambos vectores el circuito se encuentra en su comienzo, indicándonos la posición regresiva del cuerpo como articuladora de la pulsión.

De este modo comprenderemos los frecuentes síntomas de descarga pulsional, a través de conductas adictivas y psicósomáticas, de contenido oral

preferentemente. La piel, el aparato respiratorio y el digestivo son los lugares de las manifestaciones psicósomáticas, con preferencia. Fumar, beber e inhalar de manera impulsiva, son los modos más frecuentes de drogadicción.

El paciente necesita de Contacto, del gusto, de la boca como una especialización del tacto (F. Tosquelles)(16), para reconstituir una envoltura térmica, táctil e incluso dolorosa. El sujeto busca caricias y lesiones, infligiéndoselas a veces él mismo, para descargar tensión, apaciguar culpas y revivir el período de integración del yo corporal. Así, es frecuente ver cómo el joven se corta repentinamente la piel que deberá luego ser cosida. Como veremos, esta forma de contacto de abrir y cerrar, coger y soltar, determinará el vínculo sado-masoquista tan frecuente en nuestros pacientes, que constituyen, a veces, conductas perversas. Las dificultades planteadas por la relación de objeto transicional y por el vínculo anaclítico, hace que en el espacio potencial aparezcan objetos sustitutos de la madre, en mayor proporción que objetos no-maternos (esto es, verdaderamente transicionales), es decir, el vínculo con un objeto fetiche. (J. Melon y P. Lekeuche)(17).

La forma de contacto característica del período de latencia, es C (m-). Esta reacción factorial, como vimos, no aparece de forma importante en nuestros pacientes. Para J. Melon y P. Lekeuche, la reacción C (m-) significa un contra-investimento del espacio materno, del que el sujeto

se sirve para situarse en posición de espera y prepara la "relation d'inconu" (Rosolato)(18), que supone la pubertad.

En resumen, lo que caracteriza a las reacciones principales de contacto, en estos pacientes, es la relación dual o anaclítica, con fuerte dependencia oral: C (0+!) (-!+!). A partir de aquí, le siguen, la reacción C (00) y C (++)). El sujeto busca la disolución de todo contacto, al no soportar la tensión del agarrarse y adherirse, del tener y retener un objeto que irremediamente se escapa. El sujeto busca el cese de toda tensión de contacto, de ahí las descargas pulsionales, con frecuencia tóxicas o violentas.

El objeto antiguo es el eje de las tres reacciones de contacto principales. El paciente busca agarrarse, asegurarse, unirse a un objeto exterior para obtener satisfacción, seguridad. Así entiende I. Hermann la pulsión de contacto y es lo que se destaca en nuestro grupo de adolescentes límite. La fijación a este contacto dependiente, hace que solamente sea posible, en el proceso relacional, la fórmula de la unión dual incestuosa C (-+) o la unión múltiple C (++)), es decir, sin renuncia al objeto antiguo. Además de estos contactos hipertensos, se busca la disolución de todo contacto, la calma de la fuente pulsional y la armonía de cuerpo con el ambiente C (00).

Estas reacciones principales de contacto, cuyo pivote es el objeto antiguo, dan pleno sentido a sus modos de ser. El objeto se consume, se incorpora en impulsos tóxicos, con exigencias incesantes al otro, dentro de una

actividad de búsqueda inútil, de consumo relacional psicopático, donde no se abandona al objeto primero, sino que, momentáneamente, se vincula a sus dobles y reproducciones, sin apertura a la función de un tercero.

PSICOPATIA Y PSICOSOMATICA.

La relación dual, inestable, se inclina unas veces, a las regresiones tóxicas y psicosomáticas, y otras, a la hiperactividad psicopática, terminando, frecuentemente en la disolución de todo contacto.

Para J.Kinable (19), la forma de contacto que describimos, cuyo eje principal es C (-!+!), constituye una forma de psicopatía de contacto "donde coinciden goce y posesión con inmediatez, constancia y perennidad". "Es preciso, en caso de necesidad -es el imperativo maniaco-garantizar una no-falta , un no sufrir las consecuencias de estar separado, allí donde la necesidad se hace sentir". Así se repiten los actos o medios que se toman como finalidad y la toxicomanía y perversión, como modo de preservar un contacto sin carencia.

El autor, J.Kinable, identifica otras dos formas de psicopatía de contacto: la más característica, C (++), que denomina "Abuso o fiesta del placer", reacción frecuente en psicópatas, perversos y aquellos que contienen el síndrome del placer (k+, d+, m+); y otra forma, menos habitualmente considerada como psicopática, C (--), y que denomina "El vagabundaje". Ambas formas representan formas de contacto porcentualmente importantes en los pacientes de

nuestra muestra, aunque no conformen nunca, en ninguno de ellos, el contacto principal, pues estos pacientes, estructurados psicopáticamente de forma pura, no logran adaptarse al tratamiento institucional.

Ahora que estudiamos el vector C, queremos destacar el parentesco existente entre nuestros casos borderline y las psicopatías, tal como nos señala J. Bergeret, pero mejor, tal como son estudiadas por J. Kinable a través del test de Szondi. Según los criterios del autor, nuestros casos estarían próximos a las psicopatías de contacto, en especial de la forma "Sucht". El propio L. Szondi pone en relación esta clase de psicopatía, con la reacción maniaca y el fetichismo. L' Szondi, denomina a la reacción de contacto C(-+), "Suchtmittel" y es característica y principal en las psicopatías de contacto, así como en nuestros adolescentes borderline. En realidad, pensamos que se trata del mismo modo de organización del contacto: "la necesidad de asegurar la posibilidad eternamente disponible de un contacto". Es precisamente en la psicopatía de contacto donde mayor parentesco existe entre éstas y la manía, tal como, desde otro lugar Rascovsky(20) la formula de manera coincidente con L. Szondi.

La reacción frente a la angustia de abandono sería la encrucijada entre la manía y psicopatía. J. Bergeret, llega a decir que la psicosis maniaca provendría de la organización límite, mientras que la psicopatía sería un modo de acomodación caracterial, de la misma organización

límite de la personalidad.

Lo que caracteriza las diversas manifestaciones psicopáticas, sean éstas: de contacto, sexuales o criminales, es la organización del yo. "La tendencia inflativa se formula como un deseo de completud, en el que variará el modo y el medio de realización. Que éste se produzca en el registro del ser o del tener, es función esencialmente de una u otra de las tendencias", la negación y los ideales del ser, son característicos de la psicopatía, para Kinable, del mismo modo que lo es, una disfunción entre el registro del tener y del ser. Ya veremos, cuando estudiemos el vector Sch, cómo reconoceremos estos trastornos o reacciones particulares del Yo.

El propio Szondi estableció la relación entre las perversiones y las psicopatías. J. Bergeret sitúa al mismo nivel organizacional a la psicopatía y a las perversiones, como estados límite. Esto explica nuestros hallazgos de semejanza, entre los perfiles szondianos de los adolescentes límite y los de psicopatías y perversiones sexuales.

A. Green distingue los mecanismos de "acting out" y de "acting in", como opuestos y responsables, respectivamente, de los trastornos psicopáticos y de los trastornos psicósomáticos. Para J. Bergeret, el tronco común de los estados límite, como organización borderline de la personalidad, sería el punto de inflexión común para ambos trastornos.

Si hasta aquí, de la mano de J. Kinable expusimos

las relaciones entre organización límite y psicopatías, ahora estudiaremos el parentesco existente con las enfermedades psicosomáticas, para dar cuenta, en la realidad clínica, de la presencia de estos trastornos psicosomáticos entre los Estados-límite. En nuestro grupo de adolescentes límite, son frecuentes las manifestaciones psicosomáticas, entre las que destacan, la alergia y el asma. Sami-Ali(21) sitúa al sujeto alérgico, en un momento del desarrollo, semejante al que hemos descrito en nuestros estados límite, es decir, como un "equivalente de la angustia de despersonalización", que por otra parte constituye un síntoma muy frecuente. La reacción alérgica intenta negar "la angustia del octavo mes", la presencia del extranjero. "La fijación a la cara de la madre llega a ser permanente, subyaciendo la extrema dificultad de reconocer la diferencia". Así, para Sami-Ali "La crisis de alergia, que precipita la percepción de la diferencia, reenvía a este primer encuentro con el otro que no es uno mismo. Los alérgenos se forman en ese contexto ambiguo donde la diferencia es negada y afirmada, transponiendo al plano inmunológico una gracia existencial". Subrayamos este mecanismo paradójico, pues ya veremos, al estudiar el vector Sch, que es característico de todo el grupo de los estados límite y que denominamos Desmentido. Si la reacción psicosomática tiene una expresión paroxismal, en el factor e, aquí, estudiando el vector del contacto, vemos la coincidencia existente entre borderline y alérgicos, donde la dificultad para encarar la diferencia, que trae como

consecuencia la separación , la angustia de pérdida, de la omnipotencia y el anuncio de la castración, lleva a reacciones regresivas en el contacto, como las toxicomaniacas, actuaciones o manifestaciones psicósomáticas, además de otros mecanismos que implican una mayor angustia desorganizadora, como la despersonalización o crisis con entrada de dinamismos psicóticos. De hecho, como también nos dice Sami-Ali, el trastorno alérgico supone una proyección sobre el cuerpo real en lugar de sobre lo imaginario.

Si en la psicopatía, decíamos, se plantea una disfunción entre ser y tener, en la alergia, la dificultad está, del mismo modo, entre ser o tener una identidad. La reacción de contacto alérgico busca descargar la tensión edípica, en las posiciones primeras, donde ni siquiera es estable la diferencia sujeto-objeto. Precisamente, nosotros registramos la reacción C (-+), llamada, de contacto incestuoso, que incluye, por un lado, al sentido del tacto (F. Tosquelles) y por otro, la prohibición de tocar, "el contacto como contaminación, castigo y deseo sexual" (Sami-Ali). Ambos son puestos en relación con el problema de la alergia, entendida ésta con unas manifestaciones en forma de urticaria, eczemas, es decir, en la piel, o bien en el aparato respiratorio, como asma o rinitis que solemos encontrar entre estos pacientes.

P. Marty (1958)(22) incluye en este grupo de las personalidades alérgicas, a la migraña, que también, aparece como manifestación psicósomática entre estos

pacientes. El autor nos habla, en al personalidad alérgica, "de una identificación profunda y sin límite, del sujeto con un objeto". El autor nos cita a F. Alexander para recalcar que puede aparecer la primera crisis de asma en la senilidad, a raíz de cambiarse de piso, es decir, ante una pérdida de objeto. Así, el sujeto, de haber objetos de importancia que quiere conservar, ensaya una "interpenetración progresiva, donde las distancias y las diferencias tienden a borrarse progresivamente". El sujeto alérgico intenta aprender o acondicionar al objeto. Curiosamente, J. Bergeret, va a utilizar el mismo término, "Amenagement", para describir la relación anaclítica. La relación de objeto, las fijaciones pregenitales y el rechazo edípico, asemejan ambas organizaciones de la personalidad.

Para P. Marty, la diferencia consiste en que, el sistema alérgico, debido a una fijación pre-natal, reaparecería cuando se ponen en juego las relaciones objetales, siendo la defensa humoral un sustituto de la regresión, que también aparece a veces, como: despersonalización, depresión, pseudoparanoia e incluso un estado confuso-onírico, cuando, dice P. Marty, se trata al síntoma alérgico y se lo hace desaparecer.

Esta semejanza no ha de extrañarnos, puesto que el autor nos dice, explícitamente, que lo que hay que tratar es la neurosis de carácter del paciente alérgico, a la vez que se establece un diagnóstico diferencial con las neurosis estructurales y con las psicosis. Sobre esta cuestión se

extiende P.Marty en 1985(23).

Esta revisión del trastorno psicossomático, como antes el de la psicopatía, pone en relación a la organización límite con ellos y con el vector de contacto. Las alteraciones de la imagen del cuerpo, de las representaciones espacio-temporales y de memoria, son comunes a estos trastornos. Este modo de contacto, necesidad de agarrarse y deseo de confundirse con el objeto dificulta el establecimiento de la "doble prohibición de tocar", pudiendo transformar el deseo de agarrar por el de ser y el de saber.

Si repasamos los efectos de esta doble prohibición, según D.Anzieu (24), que con dificultad y defectuosamente se lleva a cabo en la organización límite de la personalidad, comprenderemos mejor las alteraciones que los aquejan.

Para D.Anzieu, la prohibición de tocar, conlleva cuatro dualidades.

1/Dado que la prohibición se lleva sobre las pulsiones sexuales y agresivas, canaliza la tensión pulsional (vector P) y delimita las fuentes de la pulsión, reorganizando sus objetos (vector C) y su fin (vector S); es decir, influye en todo el circuito pulsional. La prohibición de tocar permite pasar de las primeras posiciones de contacto (m+) y (d-), a las siguientes, delimitando y limitando las necesidades y deseos orales y anales.

2/La prohibición de tocar "No te quedes pegado al

cuerpo de tus padres", dice D. Anzieu, facilita la separación Ello/Yo, contribuyendo a la autoconservación y "separa dos regiones del espacio psíquico dotadas de cualidades psíquicas diferentes": lo familiar y protector, de lo extraño e inquietante.

3/La prohibición del estrechamiento en el contacto y del contacto sexual, permiten lograr una diferenciación del cuerpo y evitan fijaciones perversas.

4/La prohibición de tocar atañe tanto al sujeto de la acción, como al objeto. Esto tiene que ver con la influencia del entorno familiar sobre el paciente borderline.

Ya vemos la importancia que tiene el vector C o de contacto en la estructuración de la personalidad de nuestros pacientes. Destaca el papel del cuerpo y del encuentro, en su dimensión más arcaica, la del tacto, del que deriva, por especialización, la boca o el gusto y que podemos ampliar al sistema de la piel y del equilibrio, cuyo carácter es preferentemente oral (m).

La teoría del Yo-piel, le sirve a D. Anzieu(25), para establecer una diferencia entre las personalidades narcisísticas y los estados límite, considerando a las primeras como envueltas en una doble piel donde se preserva la relación continente-contenido, quedando integrado el yo psíquico en el Yo corporal. En los estados límite, no habría más que una sola piel de una sola capa en anillo de Moebius, donde las funciones continente-contenido se desarrollarían con dificultad.

Con ello queremos mostrar la relación existente entre el vector C del contacto, aquí estudiado, con la función contenedora de la piel y la relación de ésta con la formación del aparato psíquico, en especial con el Yo corporal y las alteraciones producidas en la organización límite.

Una vez estudiado el Vector C, con los resultados empíricos y sus consecuencias teóricas, en relación a diferentes perspectivas y consecuencias clínico dinámicas, pasaremos al análisis del siguiente vector, el Vector S.

Vector S

Al examinar el vector S, lo primero de lo que nos apercibimos, es de que, el número de reacciones vectoriales es mayor.

PERVERSIÓN POLIMORFA Pensamos, que dada la necesidad del paciente adolescente-límite, de fijar una relación de objeto anaclítica, una vez establecida la necesidad de contacto, trata de mantener vínculos variados con los objetos, con la finalidad de evitar que se rompa y caer en la angustia anaclítica, el sentimiento de vacío o de morosidad (1) o en una crisis de despersonalización.

Si el contacto límite venía caracterizado por una predisposición a la necesidad de dependencia de un objeto original y omnipotente, al que no se quiere renunciar, el vector sexual se muestra polimorfo, se abre en su capacidad vincular, recorriendo diversas fórmulas de vinculación al objeto, desde la forma sublimada, a su contraria, al

vínculo que busca la carga pulsional.

Como efecto de la falta básica, dice M. Balint(2), pueden aparecer los vínculos onofílico o el filóbata, entre otros. Con el primero, el sujeto tiende a pegarse y adherirse a los objetos, para obtener seguridad, y con el segundo, el sujeto inviste la distancia, evitando y diferenciándose de su posible pérdida o agresión.

La herida narcisística, puede dejar una huella psicósomática (tiempo fetal de P. Marty), una huella vincular (falta básica de M. Balint) y también identificatoria (fase de reaceramiento de M. Mahler).

Las concepciones de M. Balint y P. Marty(23), junto a M. Mahler, nos permiten relacionar los trastornos psicósomáticos, en especial la personalidad alérgica estudiada, con la organización límite.

Esta insistencia en lo relacional, viene dada, tanto por el vector del contacto, como por el vector sexual, que estudiaremos a continuación, por cuanto ambos están íntimamente relacionados para la constitución del vínculo, que, en nuestro caso, es el de la organización límite.

Lo que caracteriza al vector S, en los adolescentes límite, es la organización antagónica, opuesta especularmente, de sus reacciones.

Tanto aparece la forma S(--) como S(++), las reacciones S(+-) como las S(-+), o bien S(0+) y S(0-), (-0) y (+0).

El grado de hipertensión que suelen manifestar en

sus factores, como su presentación especular, nos indican que la inestabilidad de las reacciones vectoriales buscan alguna forma de vínculo. El vector S es el representante, una vez establecido el contacto, del vínculo al objeto. La pluralidad del vínculo y las organizaciones especulares, nos definen, en este vector S, la relación de objeto transicional. A pesar de haber logrado la diferenciación sujeto-objeto, esta función diacrítica está en ciernes, poniéndose en juego la dinámica especular del Yo ideal que busca el cumplimiento del deseo sobre un objeto semejante y con respecto del cual puede situarse en una posición o en la contraria. El sujeto busca al semejante por todos los caminos posibles, de ahí el polimorfismo perverso: sádico, masoquista, fetichista o exhibicionista, la identificación sexual también es doble, por lo que aparecen ambas organizaciones: S(+ -) femenina y S(- +) masculina.

Una oposición característica, es la que se juega entre el vínculo sublimado y el vínculo pulsional activo. El paciente intenta distraer a su deseo sexual y/o agresivo, canalizándolo a actividades civilizadas y de cultura, aunque en realidad oculten deseos homosexuales y sádicos, y no en un segundo plano, puesto que estos deseos se manifiestan en la reacción vectorial contraria. Los pacientes alternan entre un período de rechazo pulsional y otro de búsqueda del cumplimiento del deseo. De este modo resulta fácil mantener una relación de objeto, aunque la carga narcisística de la misma sea muy importante, cuya consecuencia es la inestabilidad y la tensión, que sobre

todo se manifiesta en el vector C, como una necesidad de contacto dual, como la forma ideal de lograr una relación de objeto satisfactoria.

En el contacto ya vimos la preponderancia de la relación dual así como del contacto tóxico, psicopático y disolutivo o regresivo a la indiferenciación psicósomática. El fantasma originario de fusión da paso al de seducción.

El paciente aparece como sujeto pasivo de la seducción por parte del adulto S(+), del que espera una relación totalizadora, en la que ocupe el lugar del deseo del adulto, el lugar del falo como significante de ese deseo de unión donde nada falta. Esta reacción corresponde con Sch(p+), donde el paciente se identifica con el Falo. Ser el falo de la madre, esperar todo el amor, pasivamente, dependiendo de su amor hasta el sacrificio y la renuncia, que toma forma de reacción masoquista S(O-). Por el contrario, la reacción sádica es más frecuente y representa el intento activo de lograr el vínculo con el objeto fálico, de poseerlo, de tenerlo, cuando se comprende que no se es el falo o que no se lo posee. La posición sexual activa y masculina S(-+), no es una reacción tan frecuente, con lo que el vínculo sado-masoquista es preponderante, junto al inicial deseo de unión dependiente bisexual, sin carencia.

En conjunto, descubrimos una relación de objeto que alterna la renuncia pulsional con la aceptación de los deseos, que constituyen vínculos sado-masoquistas perversos o psicopáticos y narcisista-infantiles.

Para nosotros, lo que caracteriza a la organización límite, es la dificultad de articulación pulsional, de la sexualidad y de la violencia. Existe un parentesco con las perversiones sexuales, pero éstas logran un punto de anclaje del deseo que entabiliza e integra al Yo. Si la personalidad narcisística logra la estabilidad gracias a la fusión del Self y del objeto, según Kohut, el perverso liga deseo y objeto.

Hemos visto, en nuestros resultados, la no existencia de una fijación perversa estable, aunque la dinámica sado-masoquista sea preponderante, en un sentido sexual y en otros comportamientos, como el masoquismo moral, subyacente por renunciar al intenso deseo pulsional.

La organización límite, a diferencia de la mayor parte de las perversiones estables, no logra fijar el objeto ni el fin pulsional, de ahí la variabilidad de su cuadro clínico

En el adolescente límite, como dijimos, predomina una identificación femenina, pasiva, relacionada con el masoquismo. El deseo femenino de sufrir el coito como una mujer, S(+/-), es "una manera de restablecer una unidad que palie la angustia de abandono" (J.Chazaud)(3). A la vez, el masoquista, realiza el pago, con su sufrimiento, de atreverse a rivalizar con las figuras edípicas, desafiando a la función de castración, que, como sabemos, es aceptada a la vez que rechazada por el perverso, pues como nos dice Grunberger(4), el masoquista se siente culpable de la introyección anal del pene paterno (en los dos sexos). El

castigo que se realiza sobre la envoltura de piel y muscular, permite la realización sexual, y contribuye al reforzamiento del Yo corporal, precisamente ahí proyectado.

La dinámica masoquista ayuda a estabilizar a la organización límite de la personalidad, pues logra reforzar al Yo, haciendo de las envolturas donde el Yo Corporal se proyecta, lugar de goce sexual, con lo que anuda las pulsiones sexual y agresiva, a la vez que se descarga de la angustia y culpabilidad sexual, a la vez que rechaza la entrada de un tercero, gracias a la fusión con la piel de la madre, con la Venus de las pieles, con la flagelación en lugar de la castración (C.Castilla)(5).

"Oliendo pieles y cuerpos, que constituye, como sabemos, uno de los placeres anexos del coito y una reedición del erotismo infantil en la relación con la madre".

El olfato es, para F.Tosquelles, el sentido que principalmente se pone en juego en el vector S. Si la piel era primordial en el vector C, son ahora sus orificios protagonistas, a través de aquellas secreciones olorosas que han de marcar fundamentalmente el amor y el odio.

Las funciones, que cubre el masoquismo con respecto a la estabilidad del aparato psíquico borderline, pueden suscribirse para la otra reacción complementaria y frecuente, el sadismo. Por esta razón, J.Bergeret habla de las perversiones como modos de acomodación del tronco común de los estados límite.

Tanto D.Anzieu como J.Chazaud ponen en relación al

masoquismo con el exhibicionismo: "la piel es evocadora todavía de placeres sensuales, de tiernos cuidados, y también del deseo de ver la desnudez de la madre, que se trata de seducir exhibiéndose, y de la que se espera ser golpeado" (J.Chazaud)(6).

Aquí observamos la dimensión de contacto y sexual, de la piel, así como la relación entre exhibicionismo y masoquismo. La reacción S(+0), ha sido puesta en relación con el exhibicionismo por Kinable(7). Para J.Melon, como para L.Szondi, manifiesta un deseo de ternura, de ser amado pasivamente, como un primordial objeto de amor. De no ser así, aparece la agresividad incluso la violencia, que tal como observamos en nuestros pacientes, frecuentemente se acompaña de un dramatismo exhibicionista en sus quejas y exigencias.

La reacción contraria, S(-0), nos habla de un intento de regresión erótica, que generalmente oculta deseos homosexuales (L.Szondi)(8) y fetichistas (Kinable).

Como vemos, en nuestros pacientes no existe una fijación en la relación sexual que nos haga decir que se trata de tal o cual perversión. Sin embargo, hemos podido observar cómo alguno de nuestros pacientes, a lo largo de los años, se ha ido acomodando y defendiendo, al estabilizarse en alguna de ellas. Si decimos que la relación de objeto de la organización límite es transicional, ello implica que cuando el objeto transicional se torna objeto fetiche, para F.Pasche(9), tiene un componente real, oral (donde se incluyen objetos

de la madre que pudieran construir objetos transicionales) y anal (olores corporales maternos) y un componente imaginario sobreinvertido en la fase fálica.

Con todo ello trato de señalar, analizando los resultados del vector S, el parentesco existente entre la organización límite y las perversiones, que en nuestros casos sería poliforma, no estructurada, aunque J. Bergeret, a la perversión la incluye dentro de los estados límite.

Mientras que la estructura de los estados límite y las perversiones, sería la misma: Clivaje, Angustia primaria de castración y Desmentido, la diferencia radicaría en que, en los estados límite habría una mayor relación de objeto transicional, mientras que en las perversiones, la relación de objeto es fetichista. Las consecuencias son, que el adolescente límite está menos integrado. Como vemos en los resultados del test de Szondi y en la clínica, afecta a la totalidad de la identidad, lo que empuja a crisis despersonalizadoras, en lugar de circunscribirse, preferentemente, a los órganos sexuales. La angustia de separación-individuación es mayor que la de castración, que aparecerá posteriormente.

Mientras que el problema destacable de las perversiones es el de la sexualidad, eso sí, ligada a la agresividad, en los adolescentes límite, lo principal es la violencia, porque a pesar de haberse diferenciado el sujeto del objeto, todavía este proceso de individualización y delimitación está en curso. Esta violencia forma parte de la constitución de la identificación primaria y la relación

consecuente del sujeto y el doble, a la que Lacan(10) atribuye el origen de la agresividad. La articulación de la violencia es necesaria para la integración del Yo y esta articulación es deficiente en los estados límite (J.Bergeret)(11).

La Violencia nos habla del narcisismo y de la diferenciación entre el Yo y el Objeto "Solamente, a partir del momento en que la libido inviste la imagen del cuerpo propio, la pulsión de muerte se libera" J.Melon y P.Lekeuche.

En nuestros pacientes y en los resultados obtenidos con el test de Szondi, observamos la presencia principal de la violencia, en su vertiente sádica y sobre todo masoquista, intentando "ser el objeto muerto del otro", objeto sin deseo, a merced del goce del otro, poseído por él.

Podemos adelantar, siguiendo a J.Melon y P.Lekeuche, que el perfil principal del adolescente límite encontrado por nosotros, plantea la dificultad de la articulación del deseo, pues las reacciones S(h+) y C(m+), nos hablan del deseo absoluto, de la utopía, situándose en el comienzo del circuito. Por el contrario, los vectores centrales nos muestran la representación del deseo en su punto de llegada, P(e+), la beatitud y Sch(p+) la dicha. He aquí el dilema de nuestros pacientes, la articulación del placer y goce absoluto, con la beatitud y la alegría. Esta dificultad, inherente a todo ser humano, el de la articulación del deseo, para el adolescente límite se

constituye en el organizador de su personalidad. Es por ello que presenta la alternancia S(--) y S(++), esto es, el rechazo con intento de sublimación del deseo o la tensión pulsional que empuja a su cumplimiento.

La diferenciación entre sujeto y objeto, que conlleva la dualidad pulsional y la integración del Yo a través de la imagen del cuerpo, no está suficientemente desarrollada, por lo que se producen alteraciones en las representaciones espacio-temporales, tales como una inestabilidad en las zonas erógenas o las vivencias de despersonalización tan frecuentes. Para Sami-Ali la disolución de los referentes espacio-temporales del propio cuerpo, tendrían que ver con el conflicto de escena primitiva vivenciado en el cuerpo. Como G. Pankow (12) comenta, las imáges parentales tienen una representación corporal, dado que el proceso identificatorio comenzaría a nivel del Yo corporal.

El paciente se queja de la inestabilidad relacional, así como de sentirse invadido por una hiperactividad imaginaria. En el primer caso predominan la acción y las descargas, y en el segundo, los procesos mentales señalan una inflación pre-consciente con debilidad de la censura.

Esto nos da cuenta de la relación de objeto transicional, con consecuencias, respecto de la imagen del cuerpo, de la articulación pulsional y de las representaciones.

El aspecto actuador y el aspecto mental del estado

límite, se corresponden con el tiempo del acto y el tiempo del pensamiento (H.Wallon(13)) y con la personalidad borderline o psicopática y la personalidad esquizotípica, cuyo goce se sitúa en la propia tensión de la acción o de la imaginación, cuyo desbordamiento siempre conduce a la violencia, como único modo de satisfacción y descarga. En ambos observamos la imposibilidad de articular su deseo en forma compleja, y de diferenciarse, para ello, del otro. El paciente trata de captar el deseo del otro, cuestión que logran con cierta facilidad, y lo utiliza, con el fin perverso de convertirlo en objeto cuya cosificación ha de utilizar para sus propios fines de tensión y descarga.

LA RELACION DE OBJETO TRANSICIONAL:

La relación de objeto transicional, tal como la entiende D.W.Winnicott se aproxima a las relaciones de objeto de la organización borderline, como nos dice Modell(14).

Dice D.W.Winnicott(15), que el objeto transicional representa el pecho materno o el objeto de la primera relación, de ahí que esto se refleje en la adhesión y apego en el contacto. Es anterior a la prueba de realidad establecida, lo que explica las regresiones que el borderline realiza, en sus representaciones, al campo de la ilusión (dificultad en diferenciar sus creencias omnipotentes, de la percepción de la realidad). También nos explica el sentimiento de omnipotencia a través del pensamiento mágico (tan característico en los pacientes

esquizotípicos y en las neurosis de abandono que, además de Guex, estudia Ch.Odier(16)), y el dominio de la manipulación, que incluye "el erotismo muscular y el placer de la coordinación, que explica la tendencia a la actuación".

Dice también el autor, tal como nosotros estudiamos, que el objeto transicional puede convertirse en objeto fetiche.

Este objeto transicional, distinto de la madre y del niño, descrito como un objeto de posesión, pierde interés para el niño cuando se separa mucho tiempo de la madre, aunque pasa un período previo muy aplicado a él, y que para Winnicott representa una negación de la separación. La separación se reconoce y se rechaza, ésta sería la expresión, a nivel de contacto, del mecanismo del desmentido. Del mismo modo, en el vector sexual, las pulsiones se reconocen y se desean descargar, a la vez que no se quiere saber de ellas.

El espacio potencial donde se desarrollan primero los fenómenos transicionales y más tarde el juego creador y la cultura y civilización, podemos reconocerlo en la casi siempre presente actividad artística propia de los pacientes borderline.

También el objeto transicional daría cuenta de la agresividad y destructividad que se pone en juego al determinar un objeto no yo.

C.Cappadoro(17), retoma las ideas de Winnicott y de G.Pankow, para decir "la utilización de un objeto

simboliza la unión de dos cosas, en adelante separadas, el bebé y la madre, en ese punto, en el tiempo, y en el espacio con el que se inaugura un estado de separación".

El Adolescente límite tiende a negar esta separación, bien sea tratando de mostrar una pseudo independencia, que rechaza toda posibilidad de ayuda, incapaz de sufrir. Rechaza también la unión, la dependencia, manifestándose pegado y agarrado.

Se trata de un "no representado", el objeto transicional, de ahí que no haya que buscar, la vuelta de lo reprimido, sino por la vía de los clivajes que no diferencian: el uno y el otro, el adentro y el afuera... pues el proceso de limitación de diversas instancias del aparato psíquico, no se ha consolidado.

Esta relación de objeto transicional se halla dentro de una economía narcisística.

La actividad narcisística en nuestros pacientes, pretende mantener la integridad del yo, ensayando la "transformación de libido erótica en libido del yo, que se cumplen por una desexualización, un abandono de las cargas de objeto que puede llegar hasta -una energía neutra, indiferenciada-, una forma híbrida entre la libido de Eros y la de las pulsiones de destrucción, libido "mortificada". Para ello nos dice A.Green(18), se sirve de la sublimación y de la identificación.

Cuando hemos estudiado las reacciones del vector S, encontramos ese doble intento, el S(--), o de sublimación y el S(+ -) o de identificación femenina, como

dijimos, fracasando ambos y dando paso a diversas formas adaptativas perversas, que por otro camino intentaban la integración del Yo y el fin de la pulsión.

Un dificultoso desarrollo del narcisismo puede conducir a las regresiones psicósomáticas, como nos dice P.Marty, y/o a las vivencias hipocondríacas, de gran importancia porque, como vimos, es uno de los perfiles szondianos más frecuentes en el grupo de adolescentes límite. Dice A.Green(18): "El órgano hipocondríaco representa el negativo del autoerotismo, el punto de ruptura de la alucinación negativa de la madre, donde el cuerpo, que había tomado el lugar que ella había ocupado primitivamente, deshaciendo la interiorización de esa exterioridad, reestablece su presencia, o más bien la del objeto cuya ausencia era el signo de su localización fuera del niño "(...). Es ese ojo en el cuerpo que siente, presente, adivina y advierte".

El desarrollo del objeto transicional necesita, tanto de la presencia como de la ausencia de la madre, con el fin de que se instauren los procesos de simbolización que permitan una articulación más compleja del sujeto. De no ocurrir así, aparecerán las conductas impulsivas y las permanentes crisis de identidad, tan frecuentes y características de los pacientes borderline.

La vivencia de despersonalización o de extrañamiento y desrealización toman su origen, para Sami-Ali, en el período especular, cuando se incluye la visión binocular (en torno a los seis meses) en el espacio

tridimensional. Así, la mirada y el rostro organizan el Yo, cuando todavía los límites, dentro-fuera no están plenamente constituidos.

Cuando abordamos el problema de la organización borderline, desde la noción de fenómenos transicionales y los modos con que estos se obturan, encontraremos las diferentes formas clínicas de presentación de la organización borderline, a veces manifiesta en un mismo paciente.

Si el fenómeno transicional se constituye en pensamientos imaginarios, tendremos entonces los síndromes pseudopsicóticos y entre ellos las llamadas personalidades esquizotípicas.

Si este se circunscribe a un objeto transicional que ha dejado de serlo para estereotiparse, podemos encontrarnos con las toxicomanías, o la bulimia y anorexia mental, a los que, Brusset(19) y Bergeret(20), han catalogado dentro de los estados límite, en la mayor parte de los casos.

Si ese objeto transicional se convierte en fetiche, tendremos que hablar de las perversiones. Más adelante entraremos en algún detalle sobre este particular.

Si por otra parte, el fenómeno transicional, manifestado a través de la acción, se convierte en compulsión de repetición de actos, nos encontraremos con dos series de trastornos: los psicopáticos y los psicósomáticos, según que la descarga pulsional se verifique por vía sensorio-motora o neurovegetativa.

Por último, cuando el objeto transicional no ha evolucionado suficientemente en su articulación simbólica, como para dejar de ser transicional e incorporarse al espacio de la sublimación, de la creación de la cultura, puede tratar de ser articulado por una precaria red de mecanismos de apariencia neurótica; hablamos entonces del síndrome polineurótico.

Existen diferentes trabajos donde se señala la relación entre los fenómenos transicionales y el borderline. Así H. Morris, Gunderson(21) señalan, en una investigación, el mayor uso que hacen de ellos los pacientes borderline, a pesar de que no sean específicos de ellos. Estos resultados también habían sido obtenidos por H. Cooper et al., que a su vez reiteraban los resultados de Horton et al. y los de Akerman (1983), donde demostraban que la presencia de fenómenos transicionales era mayor en los trastornos borderline de la personalidad que en otros trastornos de la personalidad.

En los resultados de Cooper et al. (22) (1985), además de confirmar la hipótesis de Modell, respecto de las presencia de fenómenos transicionales en estos pacientes borderline, comprobaron que estos fenómenos eran también muy frecuentes en los trastornos antisociales de la personalidad, especialmente respecto de la presencia de objetos transicionales, en su pasado y en el presente.

Otros caminos, como los estudios realizados sobre pacientes borderline a través del test de Rorschach (A. Wilson(23) 1985 y J. Exner(24) 1986), confirman la

organización transicional de las respuestas, llegando Exner a establecer diferentes subgrupos, basicamente a partir de la forma de estructuración del percepto; el autor habla, según gravedad, de: Borderline esquizofrénicos, Borderline anaclíticos y borderline introyectivos.

Antes de terminar, quisiera volver sobre la relación existente entre el fetiche y el objeto transicional, por cuanto mi pretensión es acercar la estructura de la perversión a la de la organización límite, a través de su mecanismo fundamental la Verleugnung o el desmentido, que reconocemos en todo síntoma de la organización límite, un carácter de "como sí". E.M. Rolla nos dice: " Todo sujeto que ha de ser encuadrado en la organización borderline de la personalidad es un individuo <<as if>>, <<como si>> fuera psicótico, <<como si>> fuera neurótico, o por fin, un sujeto con elementos suficientes para ser considerado normal..."

S. Freud(25) nos dice en "El clivaje del Yo en el proceso de defensa", que el sujeto satisface la pulsión sin preocuparse por la prohibición, a la vez que asume el reconocido peligro de la realidad. Así, la parte del Yo que reconoce el peligro real, tiende a evitarlo o minusvalorarlo o a aceptar la angustia y riesgo consiguiente, mientras que la otra parte del Yo se ocupa de la satisfacción pulsional.

El niño juega con lo que Winnicott denomina objetos pre-transicionales, como los dedos, manos, pies, partes del cuerpo, que como el pene se verán sometidos a

prohibiciones, como la masturbación, y a la angustia de castración. El fetiche se sitúa en lugar de la diferencia sexual, rechazándola a la vez que la reconoce. El Objeto transicional se sitúa en el lugar de la diferencia individual, señalando la apertura a la separación e individuación. Esto hizo que Wulff(26) (1946) hablara de los fenómenos fetichistas del niño, entre 4 y 12 meses, del mismo modo que Winnicott. Este autor señaló que debe reservarse la noción de "objeto transicional" para un fenómeno normal, del que puede derivar uno anormal, el objeto fetiche.

La relación entre ambos fué estudiada por Peabody(27) (1953) al descubrir los numerosos y durables fenómenos transicionales, en la infancia de un fetichista.

El propio Winnicott(28) señala la relación existente entre la toxicomania y otras conductas antisociales tales como el robo o la mentira y los fenómenos transicionales.

Estudiar el fetichismo, conduce a interrogantes semejantes que el estudio de la organización borderline. Así, mientras que Glover emparenta al fetichismo con las psicosis Sylvia Paine(29) lo hace con la neurosis, sobre todo al fetichismo y en menor grado al sadismo.

Para Gillespie como para R. Dorey(30) la perversión estaría a medio camino entre neurosis y psicosis.

Como es sabido, D.W. Winnicott pone en relación al fenómeno transicional con el fenómeno de la creación y del arte. Sylvia Paine dice que la sublimación logra a veces

sustituir al objeto fetiche, elevándolo a la categoría de arte y religión.

En el mismo sentido, nos habla J. Pouillon(31), desligando la relación fetiche-sexualidad y ampliando su significado. Así nos dice: "Todo fetiche aparece pues como uno de los límites del simbolismo, este límite que se declara inferior porque estamos habituados a considerar como superior el de la dirección en la cual lo simbolizado se despega del símbolo en lugar de fundirse allí. El fetiche de un lado, la palabra abstracta por el otro, determinan el campo simbólico; forman parte del mismo sistema que fundan conjuntamente".

Estas apreciaciones nos parecen muy oportunas para la organización límite, al señalar el carácter simbólico de la representación, que no se pierde, de ahí que no se trate de una psicosis estructurada.

Glover en 1932 ya señaló, dice M. Masud R. Khan(32), "que fenómenos fetichistas transitorios aparecen cuando un alcohólico renuncia a su absorción compulsiva de bebida".

Poniendo en relación, como antes hicimos nosotros, objeto transicional, fetichismo y toxicomanía.

Pero el fetichismo plantea problemas dinámicos más amplios que el ligado únicamente a la sexualidad, que es lo que le da entidad propia, frente a la dinámica del objeto transicional. Así, M. Masud R. Khan dice "El fetiche crea, en su infancia, una imago unitaria a partir de experiencias y de caracteres que pertenecen a dos personas diferentes: el Self y el objeto". (Recordemos que es así

como Kernberg(33) define el trastorno narcisista que se incluye en la organización borderline). Una vez que se han fusionado, estos rasgos son disociados de la prueba de realidad frente al objeto externo. Es en esta fase que la renegación juega un papel tan importante en la psicodinamia del fetichismo. De este modo se religan específicamente los fenómenos fetichistas con los fenómenos transicionales.

Volviendo a recordar a Cappadoro cuando dice ,que la adolescencia es un estado límite "fisiológico", podríamos también decir que el fenómeno u objeto transicional, es un fetichismo "fisiológico".

Nos dice R.Dorey(34) a propósito del fetichismo y la identidad: "Así, Greenacre considera que los trastornos sobrevenidos en el desarrollo de la imagen del cuerpo encadenan una deficiencia estructural del yo y de lo que se llama el body-self".

Resulta de ello, importantes perturbaciones en el sentido de la identidad de sí, especialmente de la identidad sexual con desarrollo de una identificación bisexual que repercute secundariamente sobre la relación con la realidad y sobre todas las relaciones de objeto". Añade el autor, que el fetichista sufre de angustia de castración en todas las partes del cuerpo. ¿No podría aplicarse este pasaje a un paciente borderline?. En este mismo sentido R.C.Bak(35) señala del fetichismo, la debilidad del Yo, la fijación a estadios pregenitales y, sobre todo dice, que el fetichista se protege de la separación-pérdida de la madre y de la

pérdida del pene o castración.

Esta relación entre objeto transicional y objeto fetiche, es recopilada por Victor N.Smirnoff(36), a propósito de la influencia familiar en el fetichismo, reconocida por S.Freud (1927), Lorand (1930), Wulf (1946), Winnicott (1953), Greenacre (1953), Burbaum (1960), Dickes (1963) y M.Sperling (1963). Estos dos últimos autores subrayan el uso hecho por los padres del objeto transicional, no todavía fetiche - en tanto que medio de resolver sus propios problemas: su angustia de castración, la envidia del pene, los fantasmas sádicos, etc...".

Veamos por último la descripción que M.Masud R.Khan(37) hace del aparato psíquico fetichista, para reconocer nosotros a la organización límite.

Comienza señalando lo que diferencia al objeto fetiche del objeto transicional, pues donde éste abre un espacio niño-madre-objeto, el fetiche lo suelda.

"He intentado mostrar de que manera el objeto fetichista comportaba a la vez el primer"soi" infantil y el objeto primario (la madre). El fetiche se construye como un collage: contiene afectos complejos y arcaicos, procesos psíquicos y relaciones de objeto parciales internas, y se las arregla para mantenerlas en un estado de no integración. Me inclino a decir que, vemos en la actitud de crear un fetiche la fuerza inherente al yo del bebé y la capacidad de salvarse a sí mismo de un derrumbamiento y desintegración total".

Añade: "El yo tiene acceso a sus funciones

sintéticas". "Los mecanismos fundamentales implicados son los siguientes: la somatización, la objetividad y la sexualización". "Temor a someterse a la excitación y al objeto excitante, al sadismo y a la amenaza de disolución del cuerpo, de aniquilamiento y de abandono".

Este factor de apego es subrayado también por Greenacre, cuando habla, equiparando al fetichista, con la pseudotoxicomanía.

VECTOR P:

Cuando estudiamos en su conjunto, las reacciones factoriales del vector paroxismal en nuestro grupo de adolescentes límite, nos encontramos con los siguientes resultados, ya descritos en detalle, que ahora discutiremos.

Lo primero a destacar es, que mientras el factor hy toma el signo hy (-) en las cuatro reacciones principales, el factor e cambia su respuesta en cada una de esas cuatro primeras reacciones, tomando los valores e (+), e (0), e (-) y e (\pm). Después de estas reacciones vectoriales, podemos destacar P (+0) y P (0 \pm).

Una primera aproximación nos indica, que mientras el factor Moral se fija e inmobiliza, el factor ético se encuentra en pleno cambio y movimiento.

De otro modo, puede decirse que, mientras los afectos blandos y sensibles, correspondientes al factor hy, se ocultan, los afectos rudos, fuertes y duros, se representan cambiantes, expresándose por caminos

diferentes.

La reacción vectorial principal es P (+-), representa "El dulce Abel. La víctima emisario" (Szondi)(1).

Indica la necesidad de conformidad social, de adaptación, de renuncia al deseo propio, a la sorpresa, al saber; Lo que F. Tosquelles(2) denomina "normopatía". Generalmente esta reacción esconde la contraria, el Caín que revela su envidia, el odio y el rencor, los celos, la ira, la rabia y su violencia asesina. Esta reacción vectorial, hipertensa, representa la defensa neurótica, una ley implacable y culpabilizadora frente al deseo, que como hemos visto, puede tomar una terrorífica dimensión violenta, o la igualmente temida apetencia erótica. Esta reacción principal P (+-), intenta, en el adolescente límite, imponer la ley, tanto en su dimensión ética como moral, para poder así contener el intenso empuje de la pulsión, que como hemos visto en el análisis de los vectores previos, representan los deseos incestuosos de unión dual polimorfo-perversa (vector S) o más allá, la insistente necesidad de un contacto regresivo, que exige inmediatamente ser calmado. En el vector P, estos afectos brotan por sorpresa, en tanto las representaciones de deseo no se encuentran suficientemente articuladas. El adolescente Límite fuerza esta posición de madurez en el circuito pulsional, sufriendo el aforismo de Lacan: "El deseo es deseo de la Ley".

Como veremos, existen diferencias significativas, en este vector P, entre los subgrupos de adolescentes límite

"neuróticos" y adolescentes límite "psicóticos". Sin embargo destaca en ambos, la presencia de la reacción P (+-) como principal, que interpretamos como un intento de buscar la ley, de alcanzar una línea estructural de la neurosis. Aquí, el adolescente límite se identifica con Abel: con la justicia, con la voluntad de paz, la separación y el derecho, así como con el temor a expresar sus deseos, la vergüenza, la culpabilidad moral envolviendo al adolescente límite en un mundo de fantasías imaginarias que ocultan deseos exhibicionistas. El paciente busca protegerse, defenderse de la mirada del otro que lo descubre, lo juzga hasta burlarse de su fragilidad.

Si la reacción principal P (+-) posiciona al sujeto adolescente límite, hacia la búsqueda de la ley, ética y moral, la reacción hy (-!), tan preponderante, resalta la dimensión de la ley moral, con los problemas subsiguientes, puesto que no es posible un ordenamiento, un articulado de normas y costumbres, sin que además se establezcan los principios fundadores de la ley, esto es, la ética, como prohibición del incesto y del asesinato.

Se hace entonces posible fundamentar lo social a través de la ley fundamental de los INTERCAMBIOS, que F. Tosquelles(3) caracteriza como :De palabra, sexuales y económicos.

F. Onmence(3) destaca la función Protectora del vector P, donde el Yo se defiende con la agresión o se oculta, bien sea en la agitación exhibicionista o con la inhibición de "hacerse el muerto".

Esta dimensión de ocultamiento, de huida frente al otro, que siempre juzga y descubre los deseos escondidos, se encuentra repetidamente como reacción factorial principal en el adolescente límite.

Si por un lado nos encontramos con un tono de culpabilidad P (+-), hay que destacar, sobre todo, la dimensión de la vergüenza como actitud narcisística, que como el rubor, oculta y descubre, tapa y desvela la fragilidad, la sensibilidad excesiva que conduce a la sensibilidad, sugestibilidad y paranoia (E. Bleuler)(5). Esto explica que algunos de estos pacientes sean diagnosticados de Delirio sensitivo-paranoide de Kretschmer, por cuanto, como dijimos, la reacción P (0-!) es muy frecuente. A continuación por orden de frecuencia, tenemos la reacción vectorial P (--), que justamente representa "el reflejo de la muerte" y el pánico de sentir el afecto que se desprende del esfuerzo por rechazar ciertas representaciones de deseos sexuales o violentos. "Este síndrome es típico de la neurosis de angustia pura" que para Bergeret constituye un signo característico de expresión del estallido agudo del tronco común de los estados límite.

Esta angustia difusa, que se tiñe de culpabilidad P (±-) y del deseo ambivalente de matar y reparar, se oculta en un conformismo moral.

Llegando aquí, podemos decir que, mientras la función ética, tan pronto se instaure como desaparece, la función moral se establece.

Función moral y protección:

Deseo y ley. El adolescente límite, bajo la presentación de un Abel, con tolerancia y buenas costumbres, oculta sus deseos incestuosos perversos y de violencia parricida. Esto es el aspecto dramático del conflicto, que se desarrolla con una culpa, que, se traduce en vivencias persecutorias P (O-!) y de pánico P (--).

La dimensión que preferimos subrayar, es la que describe al adolescente límite en la búsqueda de la ética, alcanzada únicamente como formación reactiva, que de nuevo remite a que el sujeto se constituya, más que instituirse, respecto de la ley moral.

Busca así la adaptación, el apoyo y la acomodación a normas exteriores y compartidas, que no le conducen más que a la necesidad de rechazar todo deseo propio como amenazante y ajeno, le lleva a en-ajenarse con un sentimiento de falsa identidad de Winnicott. Precisamente estas vivencias despersonalizadoras tienen que ver con la función de reconocimiento, en especial de la imagen del cuerpo, es decir, del reconocimiento visual.

Ya nos dice F. Tosquelles, que la vista, fuente de la pulsión escópica, se localiza en este vector P. Mirar y ser visto, ser en la mirada del otro, una imagen del otro, una imagen en la que me reconozco o de la que me oculto. A través de la mirada se culmina la integración del Yo, y por lo tanto, los límites amenazados de ese sujeto desdoblado. La actividad imaginaria cobra importancia y la fragilidad de la ética le impide articularla, sintiéndose

el adolescente límite, tan pronto invadido por pensamientos incontrolados, como abocado a la acción. "Los fantasmas se traducen inmediatamente en actos" (Tosquelles, 1982)(6).

Como esta hiperfunción imaginaria no se articula, se manifiesta en los límites del Yo, en la imagen del cuerpo y en las imágenes mentales que amenazan ser descubiertas por los demás y sobre todo, descontroladas de uno mismo. "La imposibilidad de mantener a distancia determinadas representaciones le fuerzan, probablemente, a un uso masivo de la proyección" (M/ Baldiz Foz)(7). En el mismo sentido se expresa Thomas (1988)(8) "los psicóticos limitrofes sufren del aparato de pensar y se atrofia el aparato de crear proyecciones de tipo identificación proyectiva".

Esta hipertrofia imaginaria, mantenida o no en el pensamiento, es decir, convertida o no en un acto, que se debe al efecto de la disfunción ética, no queda más que intentar contenerla o retenerla, soltarla o descargarla, pero sobre todo ocultarla. Aquí observamos el puente que se traza entre el vector C del contacto y el vector P. La ley moral como el tacto, constituirá el límite, el borde del sujeto, el espacio donde apoyarse y orientarse, la envoltura protectora. Sobre la piel se manifiesta la vergüenza, en la imagen del cuerpo aparece lo extraño, la despersonalización, tantas veces aquejada por nuestros pacientes. En ese borde, velo y piel de héroe, se constituye el ocultamiento moral (hy-!) característico de unos adolescentes límite que se ocultan de la mirada que

atraviesa la piel y desnuda los pensamientos P (0-!). De una piel que cede, como un colador, incapaz de resistir y de contener el empuje de los fantasmas P (--!).

Creemos, que la ley moral toma su origen en el contacto, en la envoltura visual que en el vector S fue voyeur y en el vector P juicio moral.

En los casos estudiados, la ley moral aparece como la piel del héroe, intentando evitar todo intercambio entre el interior y el exterior: tanto impidiendo la salida imaginaria del deseo P (--!), como deteniendo la intrusión de la mirada P (0-). Recordemos que el intercambio es lo que fundamenta, dice Mauss (9), la ley ética. En ese límite de sí mismo, entre lo familiar y lo extraño, es donde habrá de producirse el intercambio, en lugar de la despersonalización. A veces logran desplazar más lejos, a la vez que lo articulan mejor, un deseo prohibido, de ahí la sintomatología fóbica P(+0), mientras que también, el dilema moral se expresa en lamentaciones histeroides, quejas ambiguas que manifiestan y ocultan el deseo. Esta relación de la moral con el cuerpo, en los pacientes límite, F. Tosquelles (10) lo resume así: "Conductas de grupos inestables, de cómplices avasallados, proyectan escenarios de pacotilla y movimiento de parrandas desvergonzadas, donde se reservan en lo que pueden, el rol de un héroe imaginario omnipotente'. Naturalmente aquí se refiere al subgrupo de adolescentes límite más actuador o psicopático.

Nuestro grupo de adolescentes límite ha logrado adaptarse a la institución, dado que la función moral

ha sido suficiente anaclítica como para poder contener y ayudarles a elaborar, sus conflictos, a pesar, como dice Tosquelles, de estar "casi sin metáfora".

Las crisis pseudopsicóticas de nuestros pacientes, que J.C.Maleval(11) describe, necesitan del funcionamiento de la metáfora.

La preferente reacción $hy (-)$, pone en juego a la escena primaria y al deseo tanático de separar a los padres, de evitar su unión (J.Melon, P.Lekeuche)(12). Junto al deseo beatífico y pacificador ($e+$), aparecen las reacciones de rabia y cólera ($e-$) y ($e0$), tan características de los pacientes borderline.

EDIPO PRECOZ

Tal como el adolescente límite rechaza y desea la separación de la figura materna, desea y rechaza la separación de la pareja parental. El fantasma de unión dual, de búsqueda de un amor exclusivo, es el que se superpone al fantasma de escena primitiva, deseando la interrupción, la separación, la ruptura de la relación entre la pareja parental, que a veces reaparece en forma de alucinosis, con un afecto persecutorio, en la imagen de la pareja combinada.

La dimensión histeroi de aludida, reclama el deseo a interrumpir con una rabia y cólera explosivas.

Se trata entonces de que el adolescente límite se encuentra organizado, en lo que J.Lacan(13) llama el triángulo pre-edípico: madre-niño-falo, donde el falo

representa la ausencia de objeto, la no-madre, de ahí el extrañamiento. Es el Extraño, el que viene a significar la pérdida, el tercer personaje. Así la no-madre se pone en relación con el padre, a la vez que "la irrupción de la no-madre es lo que origina la fantasía y el deseo, en tanto significa la pérdida de la madre" (C. Le Guen) (14).

Esta dinámica ternaria, de la que hablamos al comentar los vectores anteriores, destacan la organización edípica originaria, en torno al segundo organizador psíquico de R. Spitz. "El descubrimiento de la diferencia anatómica entre los sexos es la reduplicación del miedo al extraño. Esta vez, el extraño es el sexo del otro" (C. Le Guen). Será de esta manera que entra en juego el Edipo secundario.

Los adolescentes límite muestran la reacción e+ en primer orden, lo que interpretamos siguiendo a C. Bonnet et al. (15) como "una llamada al Padre (de la ley) en relación con lo que se jugaba en S, como seducción dual madre-hijo, llamada al Padre simbólico que asegura el verdadero sostenimiento de la identidad sexual del sujeto, donde deben situarse en relación al falo, la madre y el niño".

"El sujeto hy (-) que se identifica al tercero 'hace la moral' a todo el mundo culpabilizándolos: 'eres tú el culpable', (el sobreentendido: 'no soy yo, rechazo') y/o desculpabilizando: 'no eres tú el culpable' (...). Se apropia la prohibición: se prohíbe y prohíbe a otros. Niega la ley afirmándola, afirma sus

revindicaciones a la transgresión negándolas vía síntoma".

(C. Bonnet et al.

Esta frecuente reacción $hy (-)$ se manifiesta como una alternancia entre culpabilizarse y desculpabilizarse, así mismo y a los otros, de ahí la relación con la proyección intensa y la clínica paranoide. Ya estudiamos la relación de la moral con el límite del sujeto, de ahí que la prohibición moral, tan pronto se aplica a sí mismo como a los otros. El paciente acepta y rápidamente proyecta la culpa, muy intensa, como corresponde al super Yo arcaico del Edipo originario, P (o-).

Sin embargo, la moral, como nos dicen C. Bonnet et al. hace aparecer al otro, y no tan solo como un doble, sino como un juez. Esta es la descripción de la reacción P (o-). Los adolescentes límite serían unos "moralistas", que a fuerza de criticar y juzgar, pretenden negar la ley; a veces tan decididamente como en la reacción P(--), donde niegan la ley, como rechazo de toda prohibición, y la moral, como rechazo del juicio del otro sobre uno mismo, que se traduce, a veces, como en la reacción P(+), en hiper-moral, juicio crítico, condenatorio o absolutorio de los demás, aunque también nos habla de cierta capacidad del sujeto para religarse, e(+) ética, con las instituciones.

PSEUDONEUROSIS

Existe un segundo grupo de reacciones vectoriales P, que equiparan al adolescente-límite con las neurosis, especialmente con las neurosis histéricas, por las que

hemos de interesarnos, para puntualizar algunos aspectos, en relación con los estados límite.

Parece de interés, no hablar de histeria sino de histerias, estableciendo diferencias entre ellas, tal como J. Chazaud (16) propone.

J. Chazaud (17) y Follín insisten "sobre el carácter 'espectacular' del delirio histérico y su entroncamiento relacional. Una observación atenta mostraba que no se podría tratar de una simple conversión ideativa, o de un simple desplazamiento sobre el pensamiento de un exceso libidinal (...). Lo que el histérico 'pone en juego' con su delirio es la búsqueda dramática de su identidad y sus identificaciones abortadas. Esto se pone en escena en el acné imaginario de un Je que se interroga en el espejo del Otro, con la incertidumbre más rabiosa de una salida simbólica para su 'representación'".

El autor hace referencia al nivel regresivo narcisístico de estos pacientes que llegan a desorganizar su orientación espacio-temporal.

"La erotización del delirio, como un mecanismo de defensa progresivo, teniendo sentido de restitución imaginaria del sujeto como ser sexuado (acabado), testimoniando la profundidad de la referencia originaria del conflicto".

E.D. Bleichmar (18), hablando de la sobreinclusión de los diferentes síndromes denominados histeria, nos dice: "¿Es que puede mantenerse una explicación unitaria para entidades tan diferentes como una personalidad infantil

impulsiva, un carácter histérico marcado por la represión, síntomas conversivos en una paranoia y el carácter falico-narcisista?". Es por esto que Sauri (19), en 1975, habla de las histerias.

Diversos autores proponen gradaciones, que recuerdan a la diferenciación establecida por Charcot entre Histeria y gran Histeria.

Dice Bleichmar "¿Cuál sería entonces el denominador común entre una borderline histérica y una mujer con frigidez, entre un carácter fálico-narcisista y un síntoma conversivo en una mujer obsesiva?".

Insiste la autora, que es "justamente en este punto de pasaje a la neurosis de carácter, donde la histeria parece desvanecerse, difuminarse, y es cada vez más difícil definirla".

La encrucijada entre estados límites e histerias graves, la define Flournoy, cuando nos dice que los estados-límite tienen un Yo Ideal vacío y un ideal del Yo pleno, y F. Perrier (20), refiriéndose a la histeria, dice que se identifica con "El Yo ideal homosexual de su madre edípica, pero rechazado en tanto modelo de feminidad desvalorizada, y el Ideal del Yo del padre -idealizado, y por tanto anhelado-, pero al que se intenta denigrar por competencia narcisista". Cuando la falla narcisista es suficiente, como para centrar aquí, y no en los problemas sexual-genitales, el conflicto principal del sujeto, nos encontramos con los estados límite.

Por último, desde una perspectiva lacaniana, J.