



# 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](http://www.tdx.cat)) i a través del Dipòsit Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://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](http://www.tdx.cat)) y a través del Repositorio Digital de la UB ([diposit.ub.edu](http://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](http://www.tdx.cat)) service and by the UB Digital Repository ([diposit.ub.edu](http://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.

Quackelbeen también considera necesario distinguir entre "reacciones histéricas anodinas" y "psicosis histéricas", pasando por reacción de conversión, personalidad infantil, carácter histeroide, personalidad histeroide y personalidad histérica".

En este mismo sentido, J. Bergret nos dice, que la mal llamada psicosis histérica es una falsa neurosis, y que debería incluirse, como a la neurosis hipocondríaca, u otras, entre los estados-límite.

### VECTOR Sch

Los resultados globales del grupo de adolescentes límites, serán la base de este análisis.

La reacción vectorial más frecuente es Sch (-!+!), donde, en un buen porcentaje, se presenta la hipertensión.

Es el factor (K-!) el que articula las principales reacciones vectoriales del Yo. Dice J. Melón (1) "la negación debe ser comprendida como la tendencia propiamente nihilista a desvalorizar los objetos, a desinvertirlos por cuanto son representantes de deseos, a denigrar la vida, y de una manera general a cortarse de su deseo". Si además hay hipertensión (K-!), "el negativismo, el rechazo obstinado del mundo, de los otros y de la vida, con el aplastamiento del deseo y la destrucción de todo lo que tiene algún valor".

De este modo, no se ha de entender la reacción (K-), únicamente como representante de la represión o la denegación, sino que también habla de destrucción,

desimaginación (la reacción iconoclasta), la forclusión y el desmentido.

Si esta reacción factorial (K-) nos habla de renuncia, la reacción (p+) destaca la afirmación de sí mismo, el comienzo de la individuación, a la imagen especular del sujeto, pleno, completo, bisexual, de la que derivará el Ideal del Yo.

Mientras (K-!) rechaza todo deseo, (p+) se afirma como "deseo megalomaniaco de Ser todo: hombre y mujer, hombre y Dios... en la medida en que Je se descubre semejante al Otro omnipotente, es decir, a la Madre Fálica".

Existe pues un dilema fundamental en la reacción Sch (-+), respecto del Sujeto que a la vez reconoce y rechaza el deseo, lo que implica el deseo y rechazo de reconocerse.

Esta reacción vectorial conlleva una contradicción entre la afirmación y la negación del deseo. L.Szondi lo denomina, negación de la inflación o Yo inhibido, frenado.

Los adolescentes límite presentan esta inhibición del Yo muy frecuentemente, como corresponde, al esfuerzo por compatibilizar el deseo que busca articularse y realizarse, y el intenso rechazo del mismo. Este antagonismo se presenta con frecuencia en las neurosis, que conforme se agravan y el individuo se inhibe fuertemente, puede liberarse brutalmente, dando lugar a un estallido histérico del tipo de "la personalidad múltiple" según nos señala J. Melon.

De esta manera destacamos el intento, y más en el grupo de adolescentes estudiado, de los estados-límite, a encaminarse en su desarrollo evolutivo, hacia la estructura neurótica, como formación de compromiso entre el deseo y su prohibición.

El dilema que esta inhibición caracterial manifiesta, se desarrolla a través de otras reacciones vectoriales, que no son más que fórmulas complementarias y expresivas de este antagonismo, que J. Melon refiere así: "la controversia Nietzsche-Hegel está en el corazón de todos los debates ideológicos, como está en el corazón del debate sobre el Yo. Hegel valora la renuncia, la sumisión, la adaptación Sch (--), identificando deseo y muerte. Nietzsche defiende la afirmación (Bejahung) del deseo y de la vida, dicho de otro modo, la voluntad de poder Sch(++)".

Estas dos reacciones Sch (++) y Sch (--), opuestas en torno a un clivaje horizontal, señalan el antagonismo del Amo y del Esclavo, respectivamente representados por Sch (++) y Sch (--).

Sch (++) , para L. Szondi, significa la intro-inflación, el Tener todo y Ser todo, el Narcisismo absoluto. El Sujeto intenta realizar su ideal, convertirlo en hechos, de ahí que presente una cualidad superior a la reacción Sch (o+), por otro lado, muy frecuente en el adolescente límite. La reacción Sch (++) , tanto significa una actividad sublimatoria, como una perversa o psicopática, según sean las reacciones del vector S.

Ambas, sublimación y perversión o psicopatización, aparecen en nuestro grupo de adolescentes-límite.

Sch (++), representa el Amo, que todo quiere Tener (k+) y Todo quiere Ser (p+), sin renunciar a un ápice de deseo, mientras que el Esclavo, ante el temor a perder la vida, renuncia a su deseo y se entrega al deseo del otro, se adapta. Mientras el Amo cree Ser o Tener el Falo, el Esclavo cree que es el Amo quien lo tiene o quien lo és. El Esclavo quita todo valor al deseo del Amo, negando que ha querido ser reconocido por él.

La relación Amo-Esclavo, representa el antagonismo narcisista que se produce en el adolescente-límite, que por un lado se presenta como dueño absoluto del deseo, y por el otro lado renuncia a todo saber de su propio deseo, niega tenerlo. La imposibilidad de articularlo le lleva permanentemente, en repetición, a estos dos polos contrapuestos, que se reflejan en las sucesivas reacciones vestoriales: Sch (++) (--), Sch (o+) (o-).

Por esta razón pensamos que la reacción principal Sch(--), es el intento, fracasado, de articular estas dos corrientes, la afirmación y rechazo del deseo. Es así que hablamos en el adolescente-límite de un clivaje del Yo que lo caracteriza y que es equiparable al mecanismo de renegación, de DESMENTIDO ( Verleugnung ), descrito por S.Freud a propósito del fetichismo y que también S.Freud utiliza para explicar la reacción psicótica en "El hombre de los lobos".

## LA INHIBICION

Realizaremos una reflexión sobre este concepto, puesto que es la posición del Yo más frecuente entre los Adolescentes-Límite. Szondi denomina a la reacción Sch(-+), como Inhibición (Hemmung), en el mismo sentido que lo hace S. Freud.

A.Green retoma el texto de S.Freud para relacionar a la Inhibición con el Narcisismo, cuestión importante para nosotros, puesto que consideramos la organización-límite, en su conjunto, como la patología del narcisismo.

La inhibición, dice A.Green, se define como una limitación funcional del Yo con el fin de evitar un conflicto, sea con el Ello, sea con el Superyó. Presenta la defensa caracterial por excelencia, pues el resto de los sistemas de defensa caracteriales, son específicos: frente al Yo, al Ello o al Superyó, tal como son estudiadas por O.Fenichel. Así, pueden limitarse o inhibirse, algunas funciones, como la sexual, es la de inhibir esta función. La inhibición intenta proteger de la Angustia narcisística, que para A.Green, puede tomar tres formas: La angustia narcisista del Uno, como es representado, en nuestra muestra, por el contacto irreal o la renuncia al mismo, donde el sujeto se autoabastece, también, en una sexualidad hermafrodita. La angustia narcisista del Dos, representa el temor a perder la pareja como perfecto complemento para desmentir la separación y el abandono. Por último, la angustia narcisista del Tres, representa el

temor al grupo, la amenaza de despersonalización por la intrusión de un tercero. Estas tres angustias narcisísticas: al clivaje o confusional, la angustia de pérdidas anaclíticas y la angustia intrusivo-persecutoria, están presentes en nuestros pacientes.

Precisamente esta angustia se llama narcisística, porque es el narcisismo el que permite la realización unitaria del Yo, de forma imaginaria, puesto que el Yo es una matriz de identificaciones, sin representación de sí mismo; es por el afecto, como el Yo se da una representación irrepresentable. Se constituye, entonces, la Identificación primaria, afectiva, pática, como una identificación difusa, por oposición a las identificaciones secundarias, ya articuladas. Esta referencia a la que E. Erikson se refiere a los trastornos límite.

Las representaciones del Yo, las identificaciones, dice A. Green, son representaciones de objeto con investimiento narcisista. "La angustia narcisista es angustia de objetos travestidos en objetos narcisísticos".

El Yo tiende a la unificación, hasta perseguir la fusión con el objeto, lo que le haría perder su organización. Buaca entonces la distancia útil y la diferencia eficaz.

El Yo ha de defenderse de la pulsión, con la represión, y del objeto, con la retracción. En el borderline y en los trastornos narcisistas, la distancia útil no se

busca, tanto con el rechazo, como con el clivaje.

Se busca delimitar el Yo-Ello.

El Yo, así constituido, es la sede de los efectos del trauma y de las defensas contra la pérdida-intrusión del objeto-trauma, es decir, de la dependencia del objeto. Cuanto menor sea el movimiento pulsional y del objeto, a mayor inhibición, menor peligro, menor angustia narcisística.

La hipocondria, el duelo y el dolor, son formas de manifestarse la angustia narcisística, que pone de manifiesto la pérdida del objeto.

El narcisismo patológico comporta una relación anaclítica con rasgos regresivos en el investimento de si mismo y del objeto.

El sujeto se ha identificado con un objeto que además lo representa, no habiendo una diferenciación entre ambos.

No hay verdadera relación de objeto, sino que el mismo grandioso, se relaciona consigo mismo, temporalmente proyectado.

La personalidad narcisista, para J. Bergeret y A. Green, no presenta otra diferencia, con los estados límite, también para O. Kernberg y H. Kohut, que una mejor integración del Self, gracias a la constitución de un Self omnipotente, con mayor detrimento de cualquier relación objetal, pues toda la economía es narcisística, logrando una mayor adaptación.

Para terminar haré dos citas de C. Castilla (16)

1978, referidas al bloqueo del Yo y a la Disociación, por ser dos de los mecanismos básicos a resaltar en los estados límite.

Al clivaje, Identificación proyectiva,, Renegación, añadimos la inhibición, como mecanismo principal de la Organización límite de la personalidad.

C.Castilla entiende por Inhibición o Bloqueo del Yo, a una disfunción con pérdida de espontaneidad, dado que "el yo no puede en modo alguno dirigirse hacia los requerimientos de la realidad (externa), sin atender ante todo a si mismo". La represión, esforzada, mantiene las relaciones de objeto, como relaciones objetales, dificultando la objetividad.

La represión tiene un papel importante en la Inhibición, que busca el control de los impulsos.

Sabemos que esto no se logra, en los pacientes límite, teniendo que recurrir al Clivaje o Disociación del Yo. "Por una parte, por el lado del Yo, se ha de reconocer como sujeto no reprimido, como sujeto que transgrede la norma.

Por otra ,esto es publicamente inconfesable". Vemos aquí la relación entre la Disociación y la Moral , que constituye la estructura de la perversión. "El plano o nivel en el que la transgresión se verifica es cada vez más primitivo, más profundo. y la adopción de conductas perversas es inevitable".

La reacción Sch (o+), dice L. Szondi, representa la inflación total, la ambición de Ser todo, la

bisexualidad. Para J. Melon, Sch (o+) "puede ser considerado como configurando un estado del Yo inmediatamente anterior al descubrimiento de la castración". El mismo autor nos dice que "el Ideal del Yo no conoce límites, es la megalomanía pura".

Esto nos recuerda la opinión que diversos estudiosos de los estados-límite, nos dicen sobre el papel preponderante del Ideal del Yo (Kernberg, Bergeret, Flournoy, Cappadoro...), así como la oscilación que se produce entre este Ideal del Yo con función articuladora y el Yo Ideal, que Flournoy describe como vaciado de narcisismo, en nuestros adolescentes-límite, y relleno por un Ideal del Yo inflativo. Quizá por esto aparece la forma Sch (o+) en forma pura, aunque como vimos, es frecuente la combinación Sch (++). Dicho de otro modo, el Sujeto se identifica con el objeto fetiche, cuya reacción en sentido estricto sería, para J. Melon, Sch (+0), donde se dá la clínica de las perversiones y cuya reacción aparece en nuestros resultados, distinguiendo significativamente, al Adolescente-límite del Adolescente-normal.

Ya dijimos que el adolescente-límite, en acuerdo con Modell, presenta una relación de objeto anormal, por tanto a la que se puede llamar "fenómeno transicional", pero que supone una variante de la función de objeto transicional, como tercio entre la madre y el niño. El sentimiento de vacío, de morosidad, la dificultad de discernir sus propios límites y la consecuente reacción inflativa, con la que al paciente busca identificarse,

forman parte de este período evolutivo del objeto transicional. Para J. Melon, la reacción Sch(0+) se correspondería con el estadio del espejo, el Yo Ideal.

Vamos viendo como el Yo del adolescente-límite plantea las diferentes identificaciones narcisistas.

Para O. Flournoy "El caso límite tienen un Yo ideal vacío que intenta desesperadamente llenar con el padre fálico pleno del neurótico. El caso límite tiene un Ideal del Yo lleno, padre fálico que no hace más que llenar y enmascarar el vacío psicótico".

El descubrimiento de la castración, de la diferencia sexual y generacional, conlleva una negación, que en el adolescente-límite no es solamente ejercida por la represión, sino que cobra mayor intensidad, de modo que la renuncia al deseo, frecuentemente hipertensa (k-!), llega a alcanzar a los valores ligados a la vida. El suicidio se presenta con frecuencia, no digamos las automutilaciones y también las manifestaciones psicosomáticas que, con cierta frecuencia, se constituyen en enfermedad.

El desmentido (Verleugnung) se manifestaría con la alternancia Sch(-0) y Sch (0+) y Sch (+0), afirmando y negando la castración, respectivamente, y, negando y afirmando el deseo. Mientras en Sch(-0) aparece una clínica ligada al cuerpo: conversión, hipocondría, psicosomática, en Sch (0+), aparece una clínica del espacio mental: ideas y creencias megalomaniacas y paranoides. Las formas suicidas, psicopatías asociales, psicosomáticas y caracteres rígidos,

en Sch (--), y psicópatas exaltados, perversos hermafroditas y psicasténicos, en Sch (++). Esto es, representan el espacio de la actuación, sobre todo el acting-out o mejor dicho, el pasaje al acto, pero también, acting-in, o manifestaciones psicósomáticas.

En este primer y principal grupo de reacciones vectoriales, se manifiestan las combinaciones de k- con todas las posiciones de k. Así, podemos derivar de la primera reacción Sch(-!+!), dada su hipertensión, sobre todo en k-!, todos los demás. Desde la inhibición neurótica Sch(-+) sin hipertensión, hasta las reacciones psicotiformes Sch(0+), somatoforme Sch (-!0), como manifestación psicósomática, o, Sch (-0), conversiva, psicopatoforme o perversiforme Sch(++), y Sch(--), y caracterial.

#### En el segundo grupo de reacciones vectoriales

Sch, nos encontramos con :Sch(+/-;+) (+/-;0) (+/-;-) (-;+/-).

La reacción (k+/-) ambivalente la tiene el Sujeto, adolescente-límite, frente a su deseo y sus investimentos. Vacila, dice si y no, los reconoce y los rechaza.

Vemos como esta reacción frecuente en obsesivos y fóbicos se presenta para intentar integrar el mismo dilema, que con mucha mayor intensidad, se planteaba en las reacciones vectoriales anteriores. El clivaje, la identificación proyectiva, el pasaje al acto, parecen buscar un equilibrio en la ambivalencia. En el proceso

psicoterápico suele ocurrir, que aquellos mecanismos iniciales, que manifiestan una economía narcisista, se van neurotizando a la vez que se refuerza la represión. Por esto, J. Bergeret, dice que el proceso terapéutico ha de tener dos tiempos, uno primero de "reunificación narcisista" y otro segundo, "donde se trate lo reprimido y genital".

Sch (+/-;+): El paciente tiene un gran deseo de ser, un ideal del Yo muy exigente, busca su identidad, tal como dijimos anteriormente, quiere articular ese deseo, pero a la vez lo rechaza, lo frena, aunque sin embargo, realiza contra-investimientos, en el estudio, el trabajo... SE trata del Yo trabajador-compulsivo. Con frecuencia en nuestro grupo de adolescente-límite, descubrimos esta posición del Yo, en la que se inviste narcisísticamente un territorio, donde ser invulnerable. Sin embargo el paciente se queja de no poder "amar y crear", se siente cortado de su verdadero deseo, y con una falsa identidad.

J. Melon nos dice que esta reacción es propia de neurosis narcisistas, fobias a la autoridad y a la aventura, accesos paroxísticos de cólera, migraña... Es decir, la clínica que encontramos en nuestros pacientes más próximos a la línea neurótica. La reacción Sch (+/-, 0) le sigue en frecuencia, e insiste sobre el control anancástico, la duda, la incapacidad para tomar posición. De hecho, la defensa ambivalente obsesiva, pretende estabilizar al Yo, defendiéndole de un deseo violento y parricida, que es

como se manifiesta con preferencia la clínica del estado límite, donde los problemas de violencia predominan sobre los eróticos y sexuales, de ahí que la defensa obsesiva, más primitiva, contribuya con la anulación, a evitar la desintegración del Yo, no más allá del grado antes indicado, es decir, regresar a un clivaje, negación, idealización e identificación proyectiva, que no conforman una estructura psicótica.

Para J. Bergeret, el momento libidinal evolutivo en que se constituyen los estados-límite, es el mismo que para la neurosis obsesiva, quizá por ello, estas defensas obsesivas se presenten en estos casos. Y digo defensas obsesivas y no neurosis obsesiva, pues no está estructurada. Esta defensa obsesiva permite acceder algo al deseo, a la vez que lo reprime. Sabiendo es, que en el estado-límite, la represión es débil, con lo que el Yo invadido tiene que usar del clivaje y la identificación proyectiva. La defensa obsesiva, en términos de Kohut, permite transformar un clivaje vertical, como lo es el clivaje de las representaciones del objeto y del Self, en un clivaje horizontal, consistente en un reforzamiento de la represión.

Estas defensas del yo Sch(+/-,0), además se presentan en personalidades fóbicas e hipocondríacas, constituyendo síntomas frecuentemente descritos en las formas polineuróticas de los estados-límite. Esta relación entre lo obsesivo y el episodio psicótico, es puesto de manifiesto por S. Freud en "el hombre de los lobos". En

nuestros casos, en la defensa obsesiva no se estructura el mecanismo del aislamiento ni el sentimiento de absurdidad por parte del Yo, pues el paciente es capaz de poner en relación su manía con otros elementos del conflicto, pudiéndose acceder, sin gran dificultad, del sintoma al problema inconsciente, cuyo deseo está reprimido. Según prospera la cura del paciente borderline, la represión se refuerza, logrando desatender representaciones y olvidar.

Sch(-, +/-), aparece la ambivalencia en el lado del Ser, el paciente rechaza la castración, la feminidad, el abandono, apareciendo un sentimiento de despersonalización, y de extrañamiento.

La ambivalencia es predominante en el Yo de los adolescentes-límite, en este segundo tiempo, con preferencia en el vector k, pero también en el p. Parece indicar un esfuerzo del Yo por la integración de las partes, puestas en juego en las primeras reacciones vectoriales. Se busca, lograr que la represión sea eficaz.

La ambivalencia toma una forma paroximal, en Sch (+/-, -) el yo fuguista, que busca salir de la relación dual y sobre todo trata de evitar la rivalidad edípica. Aquí aparece la reacción de embriaguez autística (+-), de represión y adaptación (--).

El clivaje de reacciones vectoriales del Yo, venía señalado por el índice de desorganización, que refleja los cambios frecuentes de reacción. Este clivaje ha de atender al polo k- y k+-, es decir, a la NEGACION y al polo p+, con preferencia, sobre p+/-, p0 y p-, es decir, al de la

INFLACION.

LA NEGACION:

De preferencia se da la reaccion k-, frecuentemente hipertensa k-!, que alterna con k+, en menor proporción, así como con la formación de compromiso ambivalente k+/- y descargas ko.

La negación k-, que indica "no tengo falo y acepto la castración", se desmiente, en k+, que es la posición característica de las perversiones, con rechazo de la castración.

Lo que principalmente se Desmiente, es el deseo, el deseo omnipotente de Ser el falo, de manera que tan pronto el Sujeto cree serlo, como se siente impotente y fallido. Así, aparece la clínica psicotiforme o psicopatiforme, proyectando el fantasma en un reducido espacio mental o de actuación.

Cuando el desmentido del deseo se deposita en el cuerpo, puede constituir vivencias hipocondríacas, obsesivoides e histeriformes, cuando la represión coopera en el rechazo del fantasma.

La reacción k- y k-!, intenta sustituir las imágenes por palabras, las representaciones de cosas por las representaciones de palabra, como corresponde a la función iconoclasta del Yo. La frecuente inflacion imaginaria del Ser p+, conlleva un sobreesfuerzo k-!, para desimageneizar, llegando a veces a conseguir una correcta represión, pero en otros casos un borrarimiento imaginario, que produce pasajes al acto y manifestaciones

psicosomáticas.

En nuestros adolescentes-límite el desmentido, no logra, como en el perverso, una adaptación del Sujeto a la doble corriente de aceptación y rechazo de un deseo, cuyo fantasma se constituye en la realización. A pesar de que esta reacción se presenta, no predomina, la función actuadora de descarga, momentáneamente liberadora, sino que se acompaña de una desorganización. Así, el paciente se esfuerza por ejercer un control sobre la actividad imaginaria, cuyos fantasmas sexuales, relacionales e identificatorios no son articulados a través de la palabra, con lo que intentan ser negados, en la enfermedad psicosomática, ser reprimidos o proyectados. Como ninguno de estos mecanismos es capaz de contener la actividad imaginaria, es por lo que hablamos de desmentido, pues, más allá de lo puramente sexual, el paciente reconoce el deseo de la actividad fantasmática, pero incapaz (niega) de articularlo, lo niega, incluso a través de la autodestrucción psicosomática y actuadora de la automutilación o el suicidio, que hay que tener muy presente. En ocasiones, la represión  $k^-$  es suficiente, generalmente en forma fóbico-obsesiva  $k+/-$ , o histeriforme,  $k^-$ , para rechazar el deseo. La presencia, en mayor o menor medida, de la actividad imaginaria, es la que permite el tratamiento, y es la representación de los Fenómenos Transicionales, de ahí que se aconseje en estos pacientes el tratamiento a través de psicoterapias transicionales de orientación analítica.

El periodo de fenomenos transicionales, las representaciones de cosas prevalecen sobre las representativas de palabra, que irán desarrollándose a lo largo del complejo de Edipo. Por ello, la represión tiene dificultades de funcionamiento al tener que actuar sobre una mal diferenciada representación transicional de cosa-palabra. Este efecto puede comprobarse también en el mal rendimiento intelectual que estos pacientes muestran, de manera fluctuante, cuando se les enfrenta a pruebas de inteligencia que exigen la separación de ambas representaciones y sus afectos. También así se expresa la violencia en el pensamiento, como antes describimos respecto de la sexualidad o de los afectos.

"Así la Negación y todo lo que implica la Prohibición, la ley, el Padre, el Super-Yo, el lenguaje, etc...-Puede ser situada del lado de la pulsión de muerte". (J. Melon).

El miedo a perder el objeto protector, de apoyo o anaclítico, dice J. Melon, lleva al sujeto a "identificarse con él introyectándolo (k+), o a rechazar las representaciones de deseo que le conciernen (k-) (...) El objeto transicional no sufre ni una ni otra suerte". En nuestros casos de adolescentes-límite se da esa alternancia de posiciones, (k+) (k-), a pesar de que predomina la segunda de ahí que hablemos de una hipotética relación de objeto en que se manifiestan clínicamente, como actuatoras, neurotiformes o psicotiformes. La manifestación con dinámica psicótica más frecuente, en nuestro grupo de

adolescentes-límite, es (p+), Sch(O+), y no se cumple la predicción que J.Melon hace, de que lo característico del estado límite, sea la alternancia Sch(--+) /Sch(+--), sino que, predominando Sch(--+), como reacción principal neurotiforme, ésta se combina con otras reacciones, principalmente con formas actuadoras, psicotiformes y también psicósomáticas. Como decíamos, la clínica pseudoparafrénica vendría señalada por Sch (O+), apareciendo aspectos inflativos y mitomaniacos, pero sin que el discurso pierda su carácter simbólico. Precisamente, dice J.Melon que "el objeto transicional tiene una dimensión simbólica. Es el primer símbolo".

El campo pseudodelirante se corresponde con "el espacio de la ilusión, el cual se sitúa a medio camino de la alucinación y de la percepción objetiva, basada sobre la prueba de la realidad" (J.Melon).

Si estudiamos la negación, distinguiendo sus diferentes aspectos, a partir de presentarse la reacción (k-) como frecuente en el Yo del adolescente-límite, nos toca ahora reflexionar sobre la otra reacción factorial predominante, la (p+), la inflación del Yo.

#### LA INFLACION

Si antes estudiamos que el adolescente-límite echa mano de la defensa ambivalente (k+/-), nos toca ahora hablar de ambitendencia, es decir, "el reconocimiento por parte del Yo de la existenci, en su seno, de dos disposiciones afectivas opuestas, salidas de la ambivalencia objetal, y que en adelante afectan al Yo -al

Sujeto-en la relación consigo mismo.El Yo que toma consciencia de su deseo, toma al mismo tiempo consciencia del respeto que consagra la Prohibición, Al Nombre-del-Padre, que revela estar en el fundamento del Deseo" (J.Melon).Continúa el autor, fundamentando la oscilación del Ser, entre el Todo y el Nada, en esta ambigüedad que se manifiesta especialmente en la reacción (p+)inflativa.

Como sabemos, esta reacción inflativa es característica de los adolescentes límite, y, cómo no reconocer, estos cambios, del Todo al Nada, de la Omnipotencia a la Impotencia, en nuestros pacientes. La idealización de sí mismo y del objeto, se torna repentinamente en desprecio, denigración o sentimiento de inferioridad. Es por esto, que se dice de la reacción (p+), que representa al Ideal del Yo, que ha de ir ligado al Super Yo, a la prohibición, si se pretende articular el deseo.

La reacción (p+), representa una posición madura dentro del circuito pulsional, donde el sujeto toma consciencia de su propia escisión. La articulación de esa escisión, es la que ha de permitir la organización de la demanda.

A veces, este investimento libidinal de sí mismo, conduce, como en nuestros adolescentes-límite, a la constitución narcisista de la personalidad, que J.Melon denomina esquizoide, por cuanto viene significada por (p+) y (e+), así como (h-) y (m-). Este perfil lo encontramos en

algunos de nuestros pacientes. J. Melon retoma una carta de Groddeck a Ferenczi, para señalar la "transparencia del inconsciente" de estos pacientes, capaces de expresar conscientemente deseos como el que nos habla de la transgresión de la ley del incesto. Por esta razón Ferenczi los denomina asociales. Esta capacidad de hacer consciente el deseo viene dada en la reacción (p+), a veces claramente, como en Sch(0+), o refrenándolo, como en Sch(-+).

La posición inflativa se sitúa más allá de la diferencia de sexos y de generaciones, añadiendo J. Melon "el Yo (p+) es un Yo feminista más que femenino. Rechaza la diferenciación de sexos de manera muy diferente al perverso. Sin ignorarla, por el contrario, la declara inesencial".

La reacción (p+) quiere integrar lo antagónico evitando así la carencia que supone el deseo y la prohibición. Esta ausencia de olvido y de inconsciencia, nos indica que la represión no es el mecanismo que está siendo predominante, siendo el clivaje quien mantiene en paralelo los diferentes deseos antagónicos. El que unos u otros se desatiendan, se desmientan o se ignoren, es lo que emparenta a la reacción (p+) con la (k+) esto es, con la perversión. Mientras al perverso dice en (k+) "tengo el falo", el Sujeto inflativo dice en (p+) "soy el falo". Como hemos visto, ambas reacciones se presentan en nuestros pacientes adolescentes límite, lo que nos está indicando la organización de los mismos, en torno a la primera posición del Edipo. (J. Lacan) (8).

En esta posición narcisista del Edipo, es donde estendemos la afirmación de que el (p+), es un Yo feminista y anterior a la diferenciación sexual, que E.D.Bleichmar(9) denomina narcisismo de género, como forma de diferenciar, en el grupo de las histerias, "una borderline histérica y una mujer con frigidez"(...) De ahí que la histérica deje de ser neurótica, de ocultar a su conciencia y luego soñar con lo que no puede conseguir o acceder, y se caracteropatiza tratando de desarrollar tanto ambiciones como capacidades yoicas, que le permitan un protagonismo en el mundo, y de esa manera vencer la oposición entre feminidad y narcisismo. Para el éxito de esta estrategia el carácter fálico-narcisista se presenta más apropiado".

Para algunos autores, como P.Lekeuche y J.Melon(10), "el problema del Yo está subordinado a la cuestión del falo en tanto que significante de la diferencia y de la omnipotencia".

V. Hernandez y J.Coderch(11) consideran que lo característico de las personalidades borderline, son las alteraciones del Yo. Citan a algunos otros autores que comparten este criterio, como Katan (1.959), que señala: la distorsión del yo es anterior a la formación del Super Yo. S.Nacht reitera esta idea de la alteración del Yo, añadiendo el papel jugado por unos padres inadecuados, o incluso, al decir de Gitelson, padres perversos o poco integrados. En nuestro estudio sobre la familia intentamos demostrar este punto.

Los autores insisten en que estos pacientes hacen

un uso excesivo de la identificación proyectiva, tal como además señala Baldiz Foz, diciendo que el paciente se ve obligado a un uso masivo de la proyección, al no poder mantener a distancia ciertas representaciones. A esto, es lo que llamamos relación de objeto transicional. V.Hernández(12), nos dice que el paciente evacúa contenido no destruido, por cuanto Self y Objeto no están bien diferenciados, y, siguiendo a Modell, añade "el terapeuta es percibido como un objeto situado fuera del Self, aunque como a uno al que no se le reconoce totalmente una existencia, como individuo, distinta, sino que se le inviste casi del todo de cualidades emanadas del paciente". Concluye el autor diciendo que "es sobre el narcisismo sobre el que se construye todo el cuadro clínico", estando así de acuerdo con Stern(1938). Esta economía narcisista y la relación de objeto transicional, van a la par de "un debilitamiento acentuado del criterio de realidad, siempre transitorio y reversible por intenso que parezca en ocasiones, con la consiguiente desdiferenciación de las realidades externa e interna y confusión del Self y de los Objetos".

En este mismo sentido, L.Grinberg y Rodriguez Pérez(13), hablan de la "Desmentalización del paciente fronterizo, con dificultades temporales para distinguir Sujeto-Objeto, Fantasía-Realidad, animado-inanimado. La relación Sujeto-Objeto es de devoración, donde uno de los sujetos ha de convertirse en objeto. Recordemos aquí, cómo a través del test de Szondi, en los vectores C y S, se

vislumbran estos términos: devoración y perversidad, que caracterizan a estas personalidades. Ahora que estudiamos el vector del Yo, diremos que Grinberg y Rodriguez Pérez, consideran que hay dos clases entre los pacientes borderline, los Esquizoides y los de fondo Melancólico. N.Caparrós añade, a estas posiciones, el núcleo Confusional.

En el paciente borderline esquizoide, se destacan los siguientes mecanismos defensivos: splitting, identificación proyectiva con tendencia a la inoculación y a la intrusión en el objeto produciendo reacciones de contraidentificación proyectiva. La tendencia al acting-out es particularmente marcada. Como vemos, en gran coincidencia con las ideas de J.Bergeret y O.Kernberg. Se corresponden, preferentemente, con el grupo por nosotros denominado adolescentes-límite próximos a la línea psicótica. Aquellos que están más próximos a la línea neurótica, L.Grinberg y Rodriguez Pérez, los definen, denominándolos de Fondo Melancólico, como con escasa tolerancia a la frustración y a la separación del objeto, que precipitan reacciones depresivas. Son susceptibles y de enorme sensibilidad para percibir los datos sensoriales del cuerpo y del mundo. A veces, buscan el contacto piel a piel, lo que les lleva a la promiscuidad sexual.

Del mismo modo que en páginas anteriores de este capítulo, estudiamos y desarrollamos el concepto de Fenómenos y Objeto transicional, ahora, queremos destacar el concepto de CLIVAJE PULSIONAL,

puesto que, según nuestros resultados szonsianos, conastituye el mecanismo central de la organización límite de la personalidad, al menos, en esta muestra de Adolescentes Límite.

### CLIVAJE

Este concepto, dentro de la teoría psicoanalítica, tiene varias acepciones, que vamos a nombrar, para situar nuestro Concepto de clivaje pulsional.

1) H.SEGAL(14), describe el concepto de clivaje o escisión del objeto y del Yo, como un mecanismo característico de la fase esquizo-paranoide, mediante el cual se separan los impulsos destructivos de los impulsos libidinales del mismo modo que se separan el objeto bueno del objeto malo y del Yo bueno del Yo malo.

La escisión, cliva o defusiona a la plusión y al objeto, también al Yo.

2) S.FREUD(15), subraya en el concepto de clivaje, la escisión del Yo. En una primera concepción, la escisión significa el clivaje entre lo consiente y lo no consiente, como la posibilidad de concebir grupos psíquicos separados. El concepto de Spaltung se aplicaría a esta escisión del ser humano.

Una segunda concepción, posterior, que es la que más nos interesa, se define, no como una defensa del Yo, en la que se da: Escisión entre instancias, Formación de compromiso y retorno de lo reprimido, sino donde se produce una escisión intrasistemática (en el Yo) y donde coexisten dos series de defensas: Una hacia la realidad, en la que se

desmiente o reniega la realidad, y otra hacia la pulsión, con lo que, como dice S.Freud pueden aparecer síntomas neuróticos p.ejem.fóbicos.

Este sistema combinado de defensa, que en sí mismo es peculiar y característico, tiene la propiedad de poder hacer intervenir a otros mecanismos de defensa, bien respecto del principio de realidad, del juicio de realidad, bien respecto de la articulación de la pulsión.

La renegación de la realidad, da aspecto psicótico a la reacción, el cumplimiento inmediato del deseo, le da un tono perverso y el rechazo de la pulsión, le da un carácter neurótico.

El clivaje posibilita varias defensas, a las que se asocia temporalmente, imprimiéndoles su marca, que es hacer compatible las dos direcciones opuestas del deseo: su cumplimiento y su rechazo. Este sentido contrario de las tendencias y de las necesidades pulsionales, es el que se denomina, en la teoría szondiana, clivaje pulsional.

#### CLIVAJE PULSIONAL SZONDIANO

1) Los resultados szondianos demuestran al mecanismo del clivaje, que denominamos Clivaje Pulsional, como el estructurador principal de la Organización Límite de la personalidad.

1.1) La noción de Clivaje, dentro de la literatura de la organización límite de la personalidad, se refiere mayoritariamente, a un clivaje o disociación de las representaciones del Self y del Objeto en el Yo, es decir, a que las representaciones que se producen en en

Yo, identificaciones o relaciones de objeto, se encuentran escindidas. Esta es la posición que mantienen O.Kernberg y J.Kohut, cuando hablan de la idealización, depreciación, identificación proyectiva o identificación introyectiva.

Por tanto, esta noción de clivaje, se aplica, como subraya J.Bergeret, a las representaciones del Yo.

Desde nuestro punto de vista, esta noción de clivaje en el Yo, da cuenta de unos aspectos de la patología, generalmente aquellos que tienen que ver con la patología clínica de tipo psicótico, mientras que nuestra noción, de Clivaje Pulsional, además de ser deducida del vector szondiano del Yo, de referirse a los mecanismos puestos en juego por la escisión en el Yo, destaca que el clivaje pulsional es el denominador común de todo el sistema pulsional, con lo que, gracias a este concepto, se puede dar cuenta de la variabilidad y desorganización con que se presenta la clínica y corroboran nuestros índices numéricos.

1.2) Solamente hemos encontrado a un autor, C.Pelegrín, que centra el problema principal de la organización-límite, en la escisión o el clivaje del Self, considerando que hay dos grandes tipos de clivaje: mediante fisura y mediante factura, que recoge el concepto de Cesura de Bion.

Así, se amplía el concepto de Clivaje, seguramente de forma algo ortopédica (como señala E.Rolla), pues esta descripción del clivaje, destaca la diferencia de mecanismos de defensa y relaciones de objeto, en lo que el

clivaje no es más que la consecuencia de la afirmación sobre las diferencias en los mecanismos y relaciones del objeto. Nosotros estamos más en la línea de E. Rolla, que subraya la globalidad dinámica.

Para nosotros, clivaje no es compartimiento estanco, sino que lo empleamos en el sentido con que se aplica a la perversión, esto es, al modo en que el deseo es aceptado y afirmado a la vez que desmentido, con lo que el conjunto del sistema pulsional, explorado por el test de Szondi, va a quedar sometido a este clivaje, donde la necesidad o deseo, tan pronto es afirmado como desmentido y rechazado.

El clivaje, para Kohut, puede ser: horizontal (regresión) o vertical (escisión). Ambas dimensiones se suceden entre los adolescentes límite.

1.2.1) Nosotros queremos aportar, como característica de la organización límite, el concepto de Clivaje pulsional, que se puede deducir de la concepción szondiana de la combinatoria pulsional.

Podemos distinguir, un clivaje factorial, que vendrá dado por los cambios de tendencia de la necesidad, y un clivaje vectorial, que se puede observar a través del cambio de reacciones vectoriales, llamadas reacciones pulsionales.

Para evitar equívocos terminológicos diremos, que sobretodo en las traducciones francesas se usa el término de clivaje a lo que en la traducción española de L. Szondi se denomina partición, y quiere significar, la separación bien

entre tendencias de una misma necesidad o bien entre necesidades de un mismo instinto.

Nos parece más acertado el término partición, porque describe el estudio de las tendencias y el estado de la necesidad, en un momento dado, mientras que reservamos el concepto Clivaje pulsional, para dar cuenta de un modo peculiar en que las tendencias factoriales y las necesidades vectoriales, se suceden, por oposiciones, de manera que unas reacciones dadas son sustituidas por otras contrarias.

En este sentido, retomamos las nociones freudianas de Clivaje, o escisión del Yo, que se entiende como que el Yo afirma y acepta un deseo pulsional, para, en otra parte del Yo, desmentir la realidad.

El clivaje em el Yo, es un mecanismo de hendidura o separación, que es expresión de la estructura del Yo como integradora, primero, de las identificaciones, de la relación de objetos perdidos, de ahí que sea un mecanismo central en la organización-límite. El Clivaje en el Yo, es la inscripción de la Separación del Yo y su doble, de ahí que se hable, en la organización-límite, de crisis del Self o de Difusión de identidad.

En el estudio de los Adolescentes límite, se demuestra que estos clivajes, además de darse en el Yo, atraviesan a todo sistema pulsional Contacto, Sexual y Paroxismal, así a cada una de las tendencias de necesidad.

La pulsión y el Yo, el deseo y la prohibición, se hacen compatibles, a base del Clivaje. Si el Clivaje es

fija y el deseo clivado, localizado, el Yo no se desorganiza, tal como sucede, a veces, con las perversiones. Cada reacción pulsional vectorial, demiente a la que le sucede y a parte de la realidad.

Estos clivajes múltiples, que aparecen en la organización-límite, se acompañan de una inestabilidad pulsional y del objeto y fin pulsionales, por lo que hablamos de relaciones de objeto pseudo-transicionales. Un desarrollo simbólico insuficiente, con una hipo-función de la represión, convierte al Clivaje, en mecanismos principal para el manejo de los deseos pre-genitales, de manera que el Yo busca estabilizarse a base de la sucesión de clivajes: negación, introyección, proyección e inflación. La defugión pulsional, es otra manifestación del clivaje, que incluso permanece, cuando la represión funciona, para manejar a los deseos pregenitales perversos, en sujetos normales.

## BIBLIOGRAFIA

### DISCUSION DE RESULTADOS

#### VECTOR C:

- (1) M. BALINT, "La falta básica". Paidós, Barcelona 1982.
- (2) W.R. BION, "Atención e interpretación". Paidós, Buenos Aires 197
- (3) D. ANZIEU, "La Moi-Peau". Dunod, Paris 1985.
- (4) L. SZONDI, "Tratado del diagnóstico experimental de los instintos". Biblioteca Nueva, Madrid 1970.
- (5) M. MAHLER, "Separación individuación". Paidós, Buenos Aires 1984.
- (6) MASTERSON J.F., "L'adolescent borderline" In "Psychiatrie de l'adolescence", Press Universitaires de France, Paris 1982.
- (7) C. CASTILLA, "Teoría de la alucinación". Alianza Universidad, Madrid 1984.
- (8) J. BLEGER "Simbiosis y ambigüedad". Paidós, Buenos Aires 1984.
- (9) D.W. WINNICOTT , "La familia y el desarrollo del individuo". Hormé, Buenos Aires 1980.  
"El niño y el mundo externo" Hormé, Buenos Aires 1980.
- (10) G. PANKOW, "Estructura familiar y psicosis". Paidós, Buenos Aires 1979.
- (11) L. SZONDI, (op.cit.4)
- (12) L. RANGELL, "Agression, Oedipus and historical

perspective". Int.J.Psycho-anal. 53:3-11 1972.

(13) C.LE GUEN, "El edipo originario". Amorrortu, Argentina 1976.

(14) J.MELON y P.LEKEUCHE, "Dialectique des pulsions". CABAY Louvain 1982.

(15) J.BLEGER, "Psicología de la conducta". Paidós, Buenos Aires 1979.

(16) F.TOSQUELLES, "Semnatio Szondi" I.M.P. 1983.

(17) J.MELON y L.LEKEUCHE, (op.cit 14).

(18) GUY ROSOLATO, "Essais sur le symbolique". Gallimard, Paris 1969.

(19) J.KINABLE, "Les abords de la psychopatie" CABAY, Louvain 1984.

(20) A.RASCOVSKY, "Psicoanálisis de la manía y la psicopatía". Paidós, Buenos Aires 1979.

(21) SAMI-ALI "Le visuel et le tavitil ó Essai sur la psychose et l'allergie". Dunod, Paris 1984.

(22) P.MARTY "La relation objectale allergique". R.F.de Psychoanalyse. T.XXII Jan-Fev. nº1 1958.

(23) P.MARTY "L'ordre psychosomatique". Payot, Paris 1980.

(24) D.ANZIEU "Le Moi-Peau". Dunod, Paris 1985 (op.cit.3)

(25) cit en (25)

#### VECTOR S:

(1) H.SCHARBACH, "La morosité", Annales Médico-psychologiques. V.146, nº1-2 1988

(2) M.BALINT, "La falta básica". Paidós, Barcelona

1982.

- (3) J. CHAZAUD, "Les persersions sexuelles". Privat, Toulouse 1973.
- (4) B. GRUNBERGER "Esquisse d'une théorie psychodynamique de masochisme". R.F.P. 1959, 18, 193-214.
- (5) C. CASTILLA, "Introducción al masoquismo". Sacher-Masoch la venus de las piekes, Paidós, Madrid 1975.
- (6) J. CHAZAUD (op. at. 3)
- (7) J. KINABLE, "Les abords de la psychopatie". CABAY, Louvain 1984.
- (8) L. SZONDI, "tratado del diagnóstico de los instintos". Biblioteca Nueva, Madrid 1970.
- (9) F. PASCHE, cotadp pr K:Kinable (op. cit. 7).
- (10) J. LACAN, "Función y Campo de la palabra". En escritos, siglo XXI, Mejico 1971.
- (11) J. BERGERET, "La violence fondamentale". Dunod, Paris 1984.
- (12) G. PANKOW, "Estructura familiar y psicosis". Paidós, Buenos Aires 1979.
- (13) H. WALLON "Del acto al pensamiento" Psique. Buenos Aires 1978.
- (14) A. H. MODELL "Primitive object relationship and predisposition to schizophreina". Int. J. Psychoanal, 44:282-292 1963.
- (15) D. W. WINNICOTT, "Juego y Realidad". Gedisa, Barcelona 1979.
- (16) CH. ODIER, "La angustia y el pensamiento mágico". Fondo de Cultura Económica 1961.

- (17) C.CAPPADORO "Adolescence. Etat limite et Transitionnalité". Seminaire, Sarrailh 1985.
- (18) A.GREEN "narcissisme de vie, narcissisme de mort" Ed.Minuit. Paris 1983
- (19) B.BRUSSET "La anorexia". Planeta, Barcelona 1985.
- (20) J.BERGERET ET AL. "Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane". Dunod, Paris 1981.
- (21) H.MORRIS, J.GUNDERSON ET AL, "Transitional Object use and borderline Psychopatoligy". Am.J.Psychiatry 143:12,December 1986.
- (22) S.H.COOPER ET AL."Transitional Relatedeness and borderline Personality Disorder". Psychoanalytic Psychology 2 115-128, 1985.
- (23) A.WILSON "Boundary Disturbance in Borderline an Psychotic States". Journal of Personality Assesement, 49, 4, 1985 pp 346-355.
- (24) J.E.EXNER, "Algunos datos del Rorschach comparando esquizofrénicos con trastornos borderline y esquizotípicos de la personalidad". Rev.de la Sociedad Esp.del Rorschach y métodos proyectivos nº 1 1988 pp 9-27.
- (25) S.FREUD "Escisión del "Yo" en el proceso de defensa". O.C.Biblioteca Nueva pp.3373-3379 Madrid 1975.
- (26-27-28-29-30) R.DOREY, "Contributions psychonalitiques à l'étude du fetichisme" N.R.P.Nº 2 Automme. 1970.
- (31) J.POULLON "Fetiches sans fetichisme" (pp 135-147) N.R.P.Nº 2 Automme 1970.

(32) M. MASUD R. KHAN "Le fetichisme comme negation de soi" N.R.P. n°2 Automne 1970.

(33) O.F. KERNBERG "Trastornos graves de la personalidad". Manual Moderno México 1984.

(34) R. DOREY (op.cit.29..33).

(35) R.C. BAK "La fetichisme". N.R.P. n° 2 Automne 1970.

(36) V.N. SMIRNOFF "La transaction fétichique" N.R.P. n°2 Automne. 1970.

(37) M. MASUD R. KHAN (op.cit.35).

#### VECTOR P:

(1) L. SZONDI "Tratado del diagnóstico experimental de los instintos". Biblioteca Nueva, Madrid 1970.

(2) F. TOSQUELLES, "Seminario sobre el libro de N. Caparrós" 1982.

(3) F. TOSQUELLES, "Estructura y reeducación terapéutica". Fundamentos, Madrid 1972.

(4) F. OMMENCE "Tesis doctoral sobre la catatonia y Test de Szondi" 1985

(5) E. BLEULER, "Afectividad, Sugestibilidad, Paranoia" Morata, Madrid 1969.

(6) F. TOSQUELLES (op.cit.2)

(7) M. BALDIZ FOZ "¿Un neurótico que delira?". El Analiticón, Paradiso n°4, Barcelona 1987.

(8) THOMAS J. "Mecanismos del pensamiento y creación del conocimiento" Conferencia en Colegio de Psicólogo, Barcelona 1988.

(9) M. MAUSS citado por J. Melon y P. Lekeuche

"Dialectique des pulsions". CABAY, louvain 1982.

(10) F. TOSQUELLES (op.cit.2)

(11) J.C. MALEVAL "Locuras histéricas y psicosis disociativas". Paidós, Buenos Aires. 1987

(12) J. MELON Y P. LEKEUCHE (op.cit.9)

(13) J. LACAN "Las psicosis". Paidós, Barcelona 1984.

(14) C. LE GUEN "EL edipo oróginairo". Amorrortu, Buenos Aires 1976.

(15) C. BONNET ET AL. "Recherches theoricliniques en analyse du destin". CABAY, Louvain 1984.

"Hystérie, schizofrénie, paranoïa". Privat, Toulouse 1983.

(16) J. CHAZAUD

(17) J. CHAZAUD (op.cit.17)

(18) E. D. BLEICHMAR "El feminismo espontáneo de la histérica". Adotraf, Madrid 1985.

(19) J. SAURI "Las histerias" Nueva Visión, Buenos Aires 1975.

(20) F. PERRIER citado en (op.cit.18).

(21) J. QUACKELBEEN "Entre la carencia en el hombre y el culto de la mujer en histeria y obsesión." IV encuentro internacional del campo freudiano. Ed. Manantial 1986.

VECTOR Sch

(1) J. MELON, "Theorie et pratique du Szondi". Presses Universitaires de Liège, Liège 1975.

(2) O. FLOURNOY "Les cas limites: psychose ou neurose?". N.R.P. nº 10 Automne 1974.

- (3) J. BERGERET "Limites des états analysables et états limités analysables" N.R.P. n° 10 Automne 1974.
- (4) J. MELON "La negation" pp 199-220. en: "Le moi en procès" CABAY, Louvain 1983.
- (5) J. MELON "l'introjection" pp.157-178. en: "Le moi en procès" J. Melon et al CABAY, Louvain 1983
- (6) J. MELON op.cit.5
- (7) J. MELON "L'inflation" pp 245-273 en: "Le moi en procès" J. Melon et al. CABAY, Louvain 1983.
- (8) J. LACAN "Las formaciones del inconsciente". Nueva Visión, Buenos Aires 1970.
- (9) E.D. BLEICHMAR "El feminismo espontáneo de la histérica". ADotraf, Madrid 1985.
- (10) J. MELON y P. KELEUCHE "Dialectique des pulsions" p.82.
- (11) V. HERNANDEZ y J. CODERCH "Análisi interminable distorsió del Jo i personalitat <<borderline>>" Revista Catalana de Psicoanálisis vol.IV n° 2 pp 141-158, 1987.
- (12) V. HERNANDEZ "La personalitat <<borderline>> i el criteri de realitat" R.C.P. vol.5 n°2 Tardor 1984.
- (13) L. GRINBERG i J. RODRIGUEZ-PEREZ "Actuacions d'un pacient fronterer (Reflexions quant al acting-out)" R.C.P. vol.1 n° 1 Primavera 1984.
- (14) H. SEGAL "La posición esquizo-paranoide" en Klein M. Obras completas. Tomo I, Paidós, Buenos Aires 1979.
- (15) S. FREUD "Escisión del Yo en el proceso de defensa". Obras Completas Tomo IX. Biblioteca Nueva, Madrid 1975.



## 9. - CONCLUSIONES GENERALES.

Toca ahora, presentar las conclusiones de esta tesis, cuyos objetivos apuntaban, a los dos elementos puestos en relación: La organización límite de la personalidad y el Test de Szondi.

La mayor parte de las hipótesis, desde la H2 hasta la H8, proponen correlacionar ambos conceptos, mientras que, solamente, las hipótesis H1 y H9, tratan a cada uno de ellos por separado. Si en H1 se revisan los términos y concepciones de los estados-límite u organización-límite de la personalidad, en H9 se revisan los resultados de nuestra investigación, que sirven para dar validez empírico-clínica al Test de Szondi.

Comenzaremos presentando las conclusiones resultantes de correlacionar al Grupo diagnóstico, organización límite de la personalidad en la adolescencia, con el Test de Szondi, para definir dos grupos de conclusiones, correspondientes a las hipótesis desde la H2 hasta la H8. El primero lo denominamos: "conclusiones derivadas del grupo general de adolescentes límites". Aquí, esencialmente definiremos las características szondianas de la organización, límite en la adolescencia, derivadas de nuestro estudio.

Al segundo grupo lo denominamos: "conclusiones derivadas de los subgrupos de adolescentes límites", definiendo las características szondianas de los subtipos

diagnósticos de adolescentes límite, extraídas de nuestro estudio, así como las diferencias marcadas por el sexo.

Por último, terminaremos haciendo referencia a las "Conclusiones sobre: los términos que designan a la organización límite de la personalidad y sobre la validez del test de Szondi", donde hacemos referencia, respectivamente, a las hipótesis H1 y H9, a la vez que nombramos los dos trabajos que estamos realizando y que podemos enmarcar en dos líneas de investigación: una, sobre la informatización del test de Szondi y otra, sobre la organización límite y el grupo familiar.

#### 9.1.-CONCLUSIONES DERIVADAS DEL GRUPO GENERAL DE ADOLESCENTES LIMITE.

A continuación vamos a mostrar las conclusiones que hemos extraído de esta investigación, por lo que se refiere, a los resultados obtenidos y discutidos, del Perfil Szondiano del grupo global de adolescentes límite, teniendo en cuenta las comparaciones efectuadas, con el grupo de adolescentes normales, y, con los perfiles szondianos, a partir de los cuales pudimos establecer el diagnóstico diferencial.

Presentamos estas conclusiones Szondianas, a modo de "Características generales de la Organización límite de la personalidad".

Damos cuenta de las hipótesis:

H2 "El grupo de adolescentes límite,

escogido por criterios clínicos, descriptivo-dinámicos, comprobamos que los resultados extraídos del test de Szondi, de naturaleza dinámico-estructural corroboran los resultados psicoanalíticos consensuados sobre la organización límite."

Esta hipótesis, que se demuestra a lo largo de todos los capítulos y que al finalizar el trabajo parece obvia, no lo era al principio, puesto que no era nada seguro, que fuera posible que el test de Szondi, correlacionara su análisis dinámico-estructural, con el diagnóstico clínico, descriptivo-dinámico, a la vez que era congruente con la teoría psicoanalítica sobre la organización límite.

De hecho, la comprobación de esta hipótesis H2, era de gran importancia, para sustentar a la hipótesis 9:

"El test de Szondi muestra una gran capacidad resolutive en el análisis psicodinámico, demostrando su validez y fiabilidad, al someterse al tratamiento estadístico, de sus resultados si se cumplen las hipótesis H7, H7.1, H7.2 y H2, H3, H5, H2.2."

Además, principalmente daremos cuenta, en lo que sigue, de la hipótesis 2.1 "La capacidad de análisis del test de Szondi, ha de permitir ampliar o matizar los conceptos teórico clínicos sobre la organización límite, al delimitar el Perfil Szondiano".

Una ampliación de concepto, es la propuesta en la hipótesis 2.1.1 "EL mecanismo del Clivaje pulsional, estructura a la Organización límite de la personalidad en la

adolescencia".

Otras matizaciones, son las que describimos al pormenorizar las conclusiones diversas de cada uno de los clivajes pulsionales. Señalaremos sucesivamente, en cada una de las conclusiones, el capítulo donde se trata la hipótesis 2.1 y 2.1.1.

Haremos también referencia a las conclusiones de la comprobación de hipótesis: H3, H3.1, H4, H5, H6.

Antes de exponer detalladamente las conclusiones, sobre la Organización límite en la Adolescencia, extraídas de los resultados de esta tesis, mostraremos, en la página siguiente, una síntesis de las propiedades psicodinámicas y psicoanalíticas de la Organización límite, según J. Bergeret y O. Kernberg, para mejor comprobación de las Hipótesis H2 y H2.1.

CARACTERISTICAS GENERALES DE LA ORGANIZACION LIMITE DE LA PERSONALIDAD, SEGUN LOS RESULTADOS SZONDIANOS GLOBALES.

---

1. - CLIVAJE PULSIONAL.

1.1. - Contacto de desapego/apego.

1.2. - Sexualidad rechazada-sublimada/poliformismo perverso.

1.3. - Disfunción ética/moral.

1.4. - Yo narcisista con inhibición/clivajes.

1.5. - Clases y clivajes pulsionales.

1.6. - Falta básica/falso self.

1.7. - Clivajes pulsionales factoriales.

2. - ECONOMIA NARCISISTA-ANALITICA.

3. - BALANCE YO IDEAL-IDEAL YO.

4. - RELACION DE OBJETO PSEUDOTRANSICIONAL.

5. - EDIPO PRECOZ.

6. - ORGANIZACION LIMITE Y ESTRUCTURA PERVERSA.

7. - ADOLESCENTE LIMITE VERSUS ADOLESCENTE NORMAL.

8. - DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL SZONDIANO DE LA ORGANIZACION LIMITE.

La organización límite de la personalidad,  
según los resultados del análisis dinámico-estructural, del tes-  
de Szondi.

(Aquí damos cuenta de las hipótesis H2, H2.1 y H2.1.1)

### 1.-CLIVAJE PULSIONAL

Se estudia H2.1.1: Final cap.8 y cap. 1.4.3, del lado teórico, y en cap.6.1 y 6.3.3 y 5.5 del lado empírico.

Los índices de variabilidad y de desorganización, nos dan cuenta del polimorfismo clínico, que la organización límite toma, de ahí que se la denomine, en parangón con la física de los estados, Estados-límite, a las diferentes formas de presentación clínica, de la organización límite.

El índice de desorganización, da cuenta de los clivajes pulsionales, entendido como el cambio que una pulsión sufre, tan pronto siendo afirmada, como al momento negada. El sujeto, tan pronto identifica y afirma un deseo, como lo niega. Este clivaje, que es recogido al nivel más inferior o factorial, constituye además el denominador común de todos los vectores pulsionales. Quiere esto decir, que los primitivos mecanismos de elaboración pulsional, expresan un estado de disociación que denominaremos como CLIVAJE pulsional factorial. El clivaje pulsional vectorial, se caracteriza porque, las pulsiones vectoriales, cambian bruscamente de dirección, variando el fin y el objeto, que denominamos pseudotransicional.

2.-Podemos resumir, en epígrafes que desarrollaremos, lo que podríamos llamar, los síntomas

primarios de la organización límite de la personalidad como clivaje PULSIONAL. En todos y cada uno de ellos, se comprueba H2.1.1.

1.1- Contacto de apego/Desapego.

1.2- Sexualidad rechazada-sublimada/Polimorfismo perverso.

1.3- Disfunción ética/moral.

1.4- Yo narcisista con inhibición /Clivajes.

1.5- Clases y Clivajes Pulsionales.

1.6- Falta básica, Falso Self.

1.7- Clivajes pulsionales factoriales.

Además añadimos otros elementos diagnósticos, antes anunciados en el índice:

2.- Economía narcisista-anaclítica

3.- Balance Yo Ideal-Ideal del yo.

4.- Relación de objeto Pseudotransicional.

5.- Edipo originario.

6.- Organización límite y estructura perversa.

7.- Adolescente límite versus Adolescente normal.

8.- Diagnóstico diferencial Szondiano de la organización límite.

1.1.-Contacto de apego/desapego.

Sobresale esta alternancia que se aprecia en el contacto con el paciente, pues tanto predomina el Apego, la proximidad, el afecto, la exigencia oral y la retención anal, el contacto piel a piel, como la distancia, el

desapego, la aparente lejanía y distancia afectiva, la satisfacción y descarga oral con expulsión y sadismo anal.

Este clivaje de contacto busca evitarse, a través de reacciones ambivalentes, mediadoras, resultando, el contacto inseguro y depresivo-anaclítico, así como la llamada "unión desgraciada", que busca reunir el Apego de la unión dual con el Desapego de la unión irreal.

Por esto, en la clínica no se presenta únicamente el contacto depresivo-anaclítico, sino también: el retraimiento, la confusión, la intrusión, el contacto maniaco, el cambio y consumo relacional o de objetos, sean tóxicos o no.

El sujeto padece de alteraciones imaginarias de la distancia de contacto. Tan pronto se muestra dependiente e inseguro, como autosuficiente, independiente, seguro y rechazando toda ayuda.

Aquí tratamos la hipótesis H2, H2.1, estudiada en el Cap 6.1 y cap.8 Vector C.

Los resultados Szondianos, al analizar la función del contacto, nos indican que el vínculo depresivo-anaclítico o relación de objeto anaclítica, no es el único ni el principal modo de vinculación y de angustia de estos pacientes, como subraya J. Bergeret. De nuestros estudios podemos deducir, varias categorías con las que se establece el contacto, cuya identificación nos facilita la observación clínica y la escucha psicoterápica.

Así, respecto de la función y modos de Contacto, distinguimos:

1.-Contacto de apego, posesivo y omnipotente.

1.1.-Contacto de apego, dependiente, dual e incestuoso.

1.2.-Contacto de placer y de apego plural.

1.3.-Contacto regresivo infantil de apego simbiótico.

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

3.-Contacto de distancia y capacidad para soltarse.

### 1.2.-Sexualidad Rechazada-Sublimada/Polimorfismo

perverso.

Estudio de H2 y H2.1 en cap. 6.1 y 8 vector S.

La tendencia inicial es el rechazo pulsional sexual, a la sublimación forzada, en el mejor de los casos.

Esta reacción alterna con diferentes modos de sexualidad activa y, preferentemente, pasiva, en posición femenina, demanda de amor. Las reacciones sexuales son polimorfas y se produce una defusión pulsional, por un lado las reacciones eróticas, de tipo narcisista, masturbatorio, exhibicionista, búsqueda del amor y la ternura que alterna con un amor a la cultura, que suele encubrir deseos homosexuales. Por otra parte, las reacciones tanáticas, de tipo sadomasoquista, cuya ambivalencia sirve para vincularse al objeto y la masoquista, ofreciéndose como objeto sacrificial, incluso autodestruyéndose.

Respecto de las pulsiones sexuales y agresivas, nuestro estudio se muestra de acuerdo

con la opinión que diferentes autores tienen sobre la Organización-límite. Así, O. Kernberg destaca el polimorfismo perverso, mientras que J. Melon, subraya el rechazo pulsional, que puede tornarse en realización del deseo sexual.

Nuestros resultados dan cuenta de estas características, que cada autor por separado va reseñando, a la vez que los articula entre sí y con otras aportaciones.

- 1.- Reacciones pulsionales polimorfo perversas no estructuradas.
- 2.- Civajes pulsionales entre el rechazo sexual-agresivo y realización.
- 3.- Falta de identificación sexual, alternando la masculina femenina y predominando esta última.
  - 3.1.- Esta aceptación y rechazo de la castración, se manifiesta en la reacción homosexual, bisexualidad, exhibicionismo y demand\_a de amor.
  - 3.2.- Defusión pulsional con expresión sádica y sobre todo masoquista, muchas veces en forma de rasgo de carácter y no puramente sexual.

#### 1.3.- Disfunción Ética/Moral.

Tratamos la hipótesis H2 y H2.1 en cap. 6.1 y 8 del vector C.

En primer término domina la culpa y la vergüenza, como los dos aspectos de la ley que van a articular el

deseo. Sin embargo, esta posición de sumisión a la función paterna, ético-moral, alterna con reacciones contrarias de rebelión, cólera y venganza. La idealización y respeto, se tornan desprecio y denigración, así como angustia flotante, crisis de pánico o lamentos histérico-fóbicos. El paciente se siente invadido por el empuje de los afectos, como antes ocurría, en el vector sexual. El deseo no logra articularse más que de forma precaria, gracias a la función moral. La presencia de normas, aunque sean transgredidas para comprobar su existencia y resistencia, les dan seguridad y son más capaces de admitirlas.

El deseo no se articula más que parcialmente, a través de actuaciones polimorfo perversas, pasajes al acto en el vector sexual, y más frecuentemente, violentos. Lo tamático destaca, ligándose en parte a lo erótico, con el fin de retener el contacto, lograr la descarga pulsional sexual y realizar una llamada a la ley.

Únicamente funciona un superyó personificado, pues la función ética, de interiorización, capaz de reconocer, en primer término, al deseo, y luego realizarlo en acuerdo con su sistema de valores, sufre constantes desajustes.

Dado que estos pacientes presentan frecuentes y, a veces decisivos, intentos de suicidio, pensamos que estos se producen, cuando se acentúa el clivaje con defusión pulsional, en que concuerda el siguiente síndrome: d(+), s(-), e(-) y k(+). Si se produce esta reacción sindrómica, clivada de elementos eróticos se constituye un mandato suicida.

Sobre todo, en la función moral, se refleja una capacidad para la ambivalencia, que indica una flexibilidad, añadida sobre la rigidez, que nos habla de su capacidad de articulación moral, imprescindible para la sujeción a un proceso terapéutico.

Lo que caracteriza a las funciones ética y moral, por un lado es su variabilidad, sobre todo respecto de la función ética, de ahí que la culpa aparece y desaparece, mientras que, como suele afirmarse, en la Organización-límite, domina el mecanismo de la vergüenza, como modo de evitar el juicio moral.

1.-Predomina el control afectivo, la beatitud de un sujeto Abel, que se somete a la voluntad del Padre de la ley, que oculta deseos sexuales y violentos.

2.-El control moral sirve de freno, de modo que facilita la aparición de una patología peculiar de los afectos: angustia flotante, ataques de pánico, vivencias persecutorias y fobias.

#### 1.4.- Yo narcisista con inhibición / clivajes.

Tratamos H2 y H2.1., en cap.6.1 y 8 vector Sch.

El Yo fuerza su inhibición con el fin de evitar los clivajes narcisistas.

La inhibición se liga al narcisismo, como mecanismo que evita la funcionalidad del Yo, para soportar el empuje pulsional y las pérdidas de objeto.

El esfuerzo inhibitorio, hipocondríaco y obsesivo,

así como otras reacciones ambivalentes y mediadoras, como la posición del Yo que rechaza la castración y el abandono, se oponen y median, para evitar los clivajes narcisísticos, por haber una hipofunción de los mecanismos propios de la adolescencia, como la represión o el rechazo, y la proyección participativa y adaptada del deseo en los demás, que es un modo de elaboración de la demanda, tomando como referencia al Grupo, siendo capaz de huir y fugarse de su deseo, como si este fuera exterior.

En el adolescente límite, el deseo no logra reprimirse ni externalizarse prácticamente, de ahí que predominen los clivajes narcisistas omnipotentes de :

- Un Yo que todo lo tiene y que todo lo es.

- De un Yo inflativo-paranoide, capaz de reunir los deseos contradictorios (bisexualidad).

- De un Yo sin carencia que todo lo tiene, posesivo, que desmiente la castración.

Estos clivajes del Yo, hacen referencia a un predominio del Ideal del Yo que alterna con el Yo Ideal y con la renegación.

Refiriéndonos a la hipótesis 2.1.

En el vector del Yo, describimos dos grandes grupos de reacciones, uno, que es el comúnmente descrito, que representa a los mecanismos de clivaje y renegación, subrayando el uso más frecuente de la identificación introyectiva y de la identificación inflativa, que el de la identificación proyectiva, que solo aparece en momentos singulares y pasajeros, de modo que el

paciente se defiende, a través de un clivaje narcisista, de la angustia persecutoria psicótica. En el subgrupo de Adolescentes límite "Psicóticos" es importante la identificación proyectiva.

Otro mecanismo, que no se suele describir, es el de la inhibición, sistema de defensa que evita el clivaje del Yo y su desorganización.

Por último, destacamos las reacciones ambivalentes que dan cuenta de la clínica polineurótica, que representa una defensa cuyo contenido corporal, da cuenta del esfuerzo por evitar la desintegración del Yo corporal.

El yo corporal, como objeto pre-transicional, se representa en esta perpetua oscilación entre K+ y K-, como dicen los estudiosos de Szondi.

#### 1.5.- Clases y clivajes pulsionales.

CLASES Y SERIES PULSIONALES, así como índices numéricos, contribuyen, cuantitativamente a subrayar la presencia de CLIVAJE y demás trastornos particulares de la organización límite. (H2.1.1 y H2.1).

Las Clases Pulsionales estudiadas en el capítulo 6.1.1, hacen referencia a H2.1 y H2.1.1.

El estudio de las Clases Pulsionales principales del grupo de adolescentes límite, nos subraya algunos de los aspectos reseñados en el Perfil General, especialmente la noción de clivaje pulsional.

De la clase pulsional más frecuente Cm+, deducimos,

en palabras de L.Szondi: "La incapacidad de sentir que poseen con seguridad el objeto". Miedo a perderlo o a no ser aceptados.

En la clase pulsional Sh+, se demuestra "La necesidad de ternura insatisfacción y bisexualidad".

En la clase Ss+, se habla de "embaucador, encantador, detrás de su encanto se esconde una violencia y agresión".

Sh-, es una clase pulsional muy poco frecuente e indica a los "Protectores de todo lo que es humano".

Siguiendo el orden de los vectores, aunque con menor frecuencia, tenemos a la clase pulsional Phy-, que nos describe la necesidad, no lograda, "de mostrarse en el papel del otro sexo".

Por último, en el vector del Yo, destacan las siguientes clases pulsionales: Sch p+, son los soñadores diurnos, destructivos y autodestructores, que alternan la participación con el aislamiento, el silencio y la despersonalización.

Podemos realizar, de continuo, una lectura de lo subrayado, que nos reitera los análisis extraídos del Perfil. Puntuo, sin embargo, tres ideas básicas:

1.- El problema de la inseguridad permanente en el contacto, por temor a no poseer, perder o ser rechazado, por el objeto.

2.- La oposición entre los deseos sexuales poliformos y los deseos sublimados o humanizados. Narcisismo, bisexualidad o sado-masochismo, alternan con la homosexualidad rechazada o humanizada.

3.- Dos formas de adaptar la realidad al propio sujeto, son: la retracción a un mundo interior imaginario, o la imposición de su mundo inflativo-paranoide a los demás; acompañándose ambos de alo y autodestrucción.

Los tres puntos, subrayan: el conflicto de dependencia anaclítica, el poliformismo sexual perverso y el campo imaginario pseudotransicional. Son así identificados como los grupos de necesidades principales insatisfechas.

Hay que subrayar, que en su mayoría, las clases pulsionales, son pluriválvicas, lo que es compatible con los trastornos psicopáticos e inestables de la personalidad, de forma que este modo de presentación de las clases pulsionales, va a ser característico también de la organización límite.

#### 1.6.- Falta básica y falso Self.

Las series pulsionales del Perfil Szondiano General se estudian en el capítulo 6.2.1, en referencia a H2.1 y H2.1.1.

Las conclusiones de las series pulsionales, de los adolescentes límite, respecto de los adolescentes normales.

1.- El Adolescente límite presenta un déficit en su capacidad de apego y proyección participativa, así como en la demanda de ternura. El Tiempo I de la serie pulsional, indica una pseudomaduración, por déficit narcisista, que hacemos corresponder con el concepto de "falta básica" de M. Balint. En el adolescente normal,

este tiempo I subraya su capacidad de hacer cuerpo común, exponiendo un buen estado del amor primario.

2.- El adolescente límite exhibe su pseudo-madurez, a modo de falso Self, dirigiendo la queja de su necesidad de dependencia simbiótica, contra sí mismo.

3.- En el Tiempo IIa y en el Tiempo IIb, se refleja un deseo de autoagresividad y exhibicionismo, con un menor control moral, que el adolescente normal.

4.- En el tiempo III, el adolescente límite muestra unas reacciones de hipermadurez para su edad, tanto en el esfuerzo sublimatorio como en el de la afirmación de su identidad.

En resumen, los tiempos de las series pulsionales, I y III, nos describen una pseudo-madurez, que viene marcada por la deficiencia narcisística, del tiempo I.

Transcribimos un texto de H.Deutsch que nos parece muy apropiado para resumir estos resultados que nosotros deducimos empíricamente de las series pulsionales, y que la autora aplica a las personalidades "como sí".

"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 de las luchas instintivas".

El Concepto de "falta básica", como falla del "amor primario", como carencia, que viene definida en el tiempo I más arcaico pretende suplirse, al final del

circuito, en el tiempo III, con una "falsa identidad".

Entre tanto, se expresa una queja por aquella carencia y un esfuerzo por controlar las pulsiones en una pseudo-sublimación vivida como vacío y en forma de pasivo autocastigo.

El estudio de las series pulsionales, nos indica que el adolescente límite carga sobre el tiempo III, hablándonos de su pseudomadurez, falso self, o personalidad "como si".

#### 1.7.- Clivajes pulsionales factoriales.

Conclusiones a partir de los Indices numéricos, estudiados en el capítulo 6.2.1, enreferencia a las hipótesis 2.1.1 y 2.1.

1.- Se concluye, una tendencia a lo blando, pasivo, lo femenino, sin diferencias claras marcadas por el sexo, tendencia global a rechazar la diferenciación sexual, quees compatible con diagnósticos de organizaciones perversas (Studer-Salzman).

El índice de socialización es normal alto, de modo que, la Adaptabilidad del adolescente límite, es bastante buena, puesto que además se mantiene un equilibrio entre síntomas subjetivos y conductuales, aunque el valor global o porcentaje sintomático supera, por poco, el valor máximo de la normalidad.

2.- El análisis del índice de variabilidad y del de desorganización, nos indican dos características de la organización límite:

2.1.- La gran plasticidad, en cuanto a los modos o estados clínicos que pueden adoptar la organización límite de la personalidad.

2.2.- El alto grado de desorganización o de presencia de los clivajes, en el sentido de la disociación, lo que nos confirma este mecanismo como básico en la organización límite. Es el clivaje de las tendencias pulsionales.

Concluimos que, el adolescente límite, logra una suficiente adaptabilidad y acomodo, a pesar de la gravedad de la misma, debida a la desorganización estructural y a la variabilidad de estados.

## 2.- ECONOMIA NARCISISTA-ANACLITICA.

Capítulos 1.4.2, 6.1, 6.1.1, 6.2, 6.2.1, 7 y 8. Damos cuenta de la hipótesis 2.

El paciente padece de una hemorragia narcisística, que se reproduce por pequeños traumas, y esforzándose en rellenar constantemente ese vaciamiento.

La alternancia, entre un Yo ideal vacío, semejante al concepto de psicosis blanca de Donnet y Green, y un Ideal del Yo pleno como nos describe Flournoy, muestran un constante va-y-ven del narcisismo.

El dolor físico, el duelo por la pérdida de un objeto, se traducen siempre, por la pérdida de sí mismo. En esa medida, la inhibición es un mecanismo para evitar tal hemorragia.

El fracaso de la represión, del aislamiento, de la

anulación, de la conversión... hace que sean los clivajes, su mecanismo por excelencia, combinándose momentáneamente defensas psicóticas y psicosomáticas, así como con las citadas defensas polineuróticas, que pueden llegar a convertirse en crónicas.

La estructura del narcisismo, es la plataforma que, a pesar de haberse constituido la unicidad del Yo, al padecer de una deficiente simbolización, de una insuficiente separación de las representaciones de cosa y de palabra, inatención afectiva, sin una correcta diferenciación de sexo y de generaciones, como corresponde a la relación de objeto transicional, hacen que el clivaje sea el mecanismo principal para controlar, junto con la inhibición, las presiones pulsionales, permitiendo descargas parciales que, a la vez, permiten proteger partes del Yo, utilizando, bajo la primicia del clivaje, cualquier otro mecanismo neurótico, psicótico, perverso o psicosomático. En ocasiones, estos clivajes narcisistas logran estabilizarse, fijándose a un objeto, con el que pretende obturar la hemorragia narcisística, constituyéndose así algunos trastornos de la personalidad:

enfermo psicosomático.

perverso.

psicópata.

drogodependiente.

narcisista.

Ese objeto que permite convertir la libido objetal en narcisística, es el objeto pseudo-transicional, en

alguno de sus destinos.

El narcisismo patológico comporta una relación anaclítica con rasgos depresivos en el investimento de sí mismo y del objeto.

El sujeto se ha identificado con un objeto que además lo representa, no habiendo una diferencia entre ambos.

No hay verdadera relación de objeto, sino que el sí mismo grandioso, se relaciona consigo mismo, temporalmente proyectado.

La personalidad narcisística, para J. Bergeret y A. Green, no presenta otra diferencia, con los estados límite, también para Kernberg y Kohut, que una mayor integración del self, gracias a la constitución de un self omnipotente, en mayor detrimento de cualquier relación objetal pues toda la economía es narcisista, logrando consecuentemente, una mejor adaptación.

Al comparar nuestros resultados Szondianos, con los propuestos por J. Melon, observamos que lo que es más frecuente, entre nuestros resultados, es la reacción inflativo-paranoide, antecesora de la identificación proyectiva, que no es tan frecuente como era de esperar. El narcisismo está implicado tanto en estos clivajes de la identificación proyectiva, inflativa e introyectiva, como en la inhibición.

Si atendemos a los resultados del Perfil general de los adolescentes límite y lo comparamos con el perfil propuesto por J. Melon, para los estados límite, obtenemos

una gran semejanza, pero hay que destacar una diferencia en el vector del Yo, por lo que atañe al mecanismo introproyectivo. Analicemos este vector del Yo, donde daremos cuenta de la hipótesis 2.2, que estudié en el Capítulo 7.

El estudio de P. Rostin, nos indica que el mecanismo de identificación proyectiva, en el test de Szondi, puede apreciarse en la reacción Sch(+). Esta reacción, debería ser característica de los adolescentes límite, tal como se nos indica desde los diversos estudios clínicos, como los de O. Kernberg y J. Bergeret, así como en la hipótesis szondiano de J. Melon sobre los estados límite, donde nos propone, una alternancia equipotente, de la reacción Sch(-), esto es, de la inhibición, así como de la reacción Sch(+), es decir, de la identificación proyectiva o introproyectiva.

En la muestra, por nosotros estudiada, de adolescentes límite, en relación a la de adolescentes normales, esta reacción, que P. Rostin denomina identificación proyectiva, es menos frecuente, que la que, el mismo autor llama identificación introyectiva Sch(++).

Consideramos, que el adolescente límite, de nuestra muestra, debido a su relativa capacidad adaptativa, presenta un predominio de la inhibición caracterial, sobre el concreto mecanismo introyectivo, que es más característico de las psicosis o de los momentos psicóticos. Hay que tener en cuenta, que en estos momentos agudos o pre-agudos, es más difícil que el paciente se

preste a que le sea pasado el test, de manera que esto puede explicar este descenso, incluso por debajo de lo normal, de la reacción de identificación proyectiva, lo que nos está indicando un control excesivo, una hipofunción de este mecanismo, necesario para la elaboración, por parte del sujeto, de los objetos parciales, buenos y malos, proyectados y luego introyectados, es decir, de la identificación proyectiva no patológica.

En nuestra muestra, lo que se descubre, ya lo vimos, son los restantes mecanismos, de renegación y de clivaje, que caracterizan a la organización límite, por el exceso de su presencia, respecto del adolescente normal.

En nuestros pacientes, predomina el esfuerzo de unificación narcisista, a través de varios clivajes, que se corresponden con la clínica de: la perversión, la patología depresiva, lo psicossomático y lo inflativo-omnipotente; J. Thomas subraya la importancia de este último mecanismo, como el más característico y anterior a la identificación proyectiva.

Los clivajes proponen formas principales de renegación, en el vector del Yo Sch(+0): se desmiente la pérdida o la castración, Sch(0+): se desmiente la impotencia y dependencia. Sch(0-): se desmiente la individualización y autosuficiencia y Sch(-0) se desmiente el deseo.

La hipótesis 2.2: "El perfil szondiano característico del estado límite, que propone J. Melon, lo consideramos correcto, y queremos validarlo".

El estudio realizado en el capítulo 7, "Diagnóstico diferencial: Psicosis, Neurosis, entre neurosis y psicosis, perversión y psicopatía, psicósomática", que hemos realizado a base de una comparación de perfiles szondianos, desde un método que prima el análisis cualitativo, pudimos comprobar, en líneas generales, que la hipótesis, que también lo era para J. Melon, sobre el perfil szondiano del estado límite, era cierta, puesto que los resultados esperados en el perfil principal szondiano del estado límite, coincidía con el encontrado por nosotros. Sin embargo, hemos de manifestar una diferencia, que ha de ser interpretada, puesto que introduce, como mecanismo principal en el Yo, a la alternancia: Inhibición/intro proyección, que nosotros no encontramos de este modo. El clivaje que nosotros hallamos en el Yo, no es especularmente opuesto, salvo si son realizadas las pasaciones del test en momentos de crisis aguda y en pacientes borderline, más puramente en el borde psicótico.

Nos parece que este resultado pudiera representar a este subtipo diagnóstico de los estados límite, pero no a un modo de reaccionar medio del grupo general, pues según nuestra opinión, en base a los resultados, lo que el adolescente-límite trata de evitar con los diversos clivajes pulsionales, es la posición más psicótica, de manera que, y lo sabemos por la clínica también, la identificación proyectiva es un mecanismo importante, pero de poca consistencia estructurante e influido por el principio de realidad.

Tampoco J.Melon nos dice la edad de los pacientes sobre los que hace su prospección, aunque no creemos que este factor sea muy definitivo, en cuanto al incremento de la reacción introyectiva, sobre todo observando la semejanza de resultados en los otros vectores. Además, el perfil propuesto por J.Melon, es extraído de un número muy pequeño de pacientes como él mismo nos dice.

3.- IDEAL DEL YO - YO IDEAL (se estudia en el capítulo 6.1 y 8 y trata las hipótesis 2 y 2.1).

Estas estructuras del Aparato psíquico, pueden ser reconocidas en los resultados del test de Szondi de Adolescentes límite, en el vector del Yo, pero también en relación a los otros vectores.

En el vector del Yo, hay un predominio de esta identificación con el ideal, donde el sujeto se siente omnipotente, ser capaz de todo, sin contradicciones, sin límites a sus deseos: puede serlo todo. Sin embargo, también es capaz de poner freno y rechazar, reprimiéndolo, este deseo, es la reacción de inhibición, si bien momentáneamente, y alternando, esta identificación con el ideal, con el sentimiento de estar a gran distancia del mismo. Con actuaciones y realizaciones trata de confundirse con la imagen que desea de sí mismo, un doble imaginario y omnipotente, el Yo ideal le lleva a realizaciones perversas y psicopáticas. Con frecuencia logra un equilibrio narcisístico, entre Yo ideal - ideal del Yo, entre las realizaciones y los deseos imaginarios. En la personalidad

narcisista, la reacción Sch(++), Yo ideal e ideal del Yo, se aproximan, sueños y logros se reúnen, desmintiendo pequeños fracasos. En el contacto ya se da esta alternancia, de un ideal del Yo, representado por el objetivo de ser independiente, autónomo, autosuficiente, hasta el punto de sentirse incapaz de comprometer su confianza en el mínimo de dependencia que exige cualquier compromiso relacional.

A la vez, el sujeto se muestra dependiente y confundido, con el objeto protector omnipotente, imagen idealizada del otro y de sí mismo, siendo en el otro, con identificaciones adhesivas e imitativas. La reacción Sch(+0), es la introyección pura, también responsable de trastornos afectivos y depresivos. Esta reacción es común a la perversión, psicopatía y depresión.

En el vector sexual, el sujeto se plantea el ideal de la sublimación. Por el contrario, esto conlleva un sentimiento de vacío y empobrecimiento, empujándole a identificaciones sexuales cambiantes, en posiciones masculina, femenina, y diferentes posibilidades poliformo perversas, que rellenan el vacío del yo ideal, vacío narcisístico, frente a un ideal del Yo que le exige una correcta integración de sus deseos, enfatizando su más alto desarrollo, la sublimación. El Yo ideal vacío es una forma de identificación difusa que A.Green descubre en la psicosis blanca.

En el vector paroxístico, se reitera la exigencia de un ideal del Yo, que pide un absoluto control del deseo, reconociéndolo y dominándolo, orientándolo al

autodominio, beatitud y perfeccionismo, y un Yo ideal que manifiesta su queja, su lamento, vivenciando crisis de pánico, de fobia y de persecución, resultante de la confusión entre su imagen propia y la proyectada: con la sensibilidad se confunde en la imagen del otro, depositando los afectos brutales, que se rebelan contra la sumisión del deseo y, también, los tiernos y sensuales, de ahí, las alusiones hemosexuales.

En el contacto, el Ideal del Yo, viene marcado por el desapego, la necesidad de separarse, de ser independiente y autónomo, autosuficiente. El paciente se identifica y busca, apunta su esfuerzo en el camino de la individualización. Por el contrario, este camino de individualización no se alcanza, produce gran inseguridad, con lo que el adolescente-límite regresa a una posición de unión dual, de apego íntimo y de aseguramiento, al aferrarse e intentar confundirse con el objeto antiguo y total, con la identificación primaria del Yo ideal.

#### 4. - LA RELACION DE OBJETO PSEUDOTRANSICIONAL

Se estudia en §. Pensamos que puede realizarse cierta equivalencia entre los triángulos:

Madre-niño-objeto y fenómeno transicional.

Madre-niño-falo, que es el triángulo pre-edípico de J.Lacan.

Madre-niño-extranjero, que es el Edipo originario de C. Le Guen.

Para Winnicott, el objeto transicional, "la utilización de un objeto simboliza la unión de dos cosas, en adelante, separadas, el bebé y la madre, en este punto, en

el tiempo y en el espacio, en que se inaugura su estado de separación".

Objeto y representación simbólica, no han logrado separarse lo suficiente, como para registrarse en: representación de cosa y de palabra, de ahí que la regresión no sea el mecanismo que pueda manejar esta representación irrepresentable, el objeto transicional.

La relación de objeto pseudo-transicional, y sus destinos patológicos, en la organización límite, se demuestra en los resultados szondianos.

1) El apego a la madre y a cualquier otro objeto sustitutivo, no acaba de permitir la individualización, sino que se perpetúa un contacto que abre y cierra ese espacio de ilusión, que se manifiesta en el contacto dual, pero donde el objeto nuevo, el objeto transicional no llega a cobrar más importancia que la madre. Tiene lugar la clínica de los trastornos afectivos, de las depresiones ~~ana~~clíticas.

2) El adolescente límite, tiende a ser poseído, más que a poseer al objeto, condición del objeto transicional. El paciente, se ofrece como objeto de posesión de la madre, en lugar del objeto transicional, de modo que el sado-masosquismo lo sitúa como sujeto y objeto de posesión en relación con la madre. Él mismo o la madre, se constituyen como objeto pseudo-transicional, aproximándonos a la clínica de la perversión.

3) El sujeto queda enredado en unas relaciones de objeto transicionales, donde alternan, ilusión omnipotente y

desilusión impotente, defraudadora. Aparecen dificultades en la instauración del principio de realidad, con confusiones en la delimitación interior-exterior, fantasía realidad, que se muestra en los clivajes del Yo, dando lugar a la clínica psicopática. También la alternancia de la introyección y de la negación, frecuentes entre los pacientes, se ha puesto en relación con la relación de objeto transicional.

Nos dice A.Green, que el objeto transicional es aquel objeto externo sobre el que se realiza la identificación proyectiva de un objeto interno bueno. Por esto, la hipofunción de este mecanismo, nos recuerda, la imposibilidad de verdadera relación del objeto transicional, de un espacio potencial adulto, espacio de creación, por otra parte constable, como esfuerzo, entre los pacientes límite, tan aficionados a las formas de expresión del arte y que ha sido descrito por diversos autores.

4) El rechazo en abrirse más allá del triángulo pre-edípico, es responsable del desmentido de la función paterna, que solo aparece a través de la moral, de manera, a veces, intensamente imaginaria, que es lo que predomina en este tiempo de constitución de la realización de objeto transicional.

La desestructuración de la organización límite, a diferencia del fetichista o de la perversión narcisista, es que ningún objeto es capaz de representar la completud y desmentir la castración, haciendo posible la sexualidad y,

sobre todo, el equilibrio narcisista, sin angustia, flotante o crítica, amenazando con desorganizar la identidad.

El Yo del propio sujeto, u otro sujeto, permiten, de manera efimera, ocupar y suturar la herida narcisista, pero el sistema es tan inestable, como posiblemente lo fue al comienzo de la relación de objeto transicional, con la angustia anaclítica, perpetuándose en lo que llamamos relación de objeto pseudotransicional.

El clivaje transicional se da en todos y cada uno de los vectores, alternando la reacción principal con un grupo de reacciones, opuestas en su conjunto, y que incluyen a la opuesta especular, pero donde ésta no tiene el peso de la reacción principal. Además, se añaden reacciones ambivalentes, mediadoras entre los clivajes opuestos. Si los clivajes fueran estrictamente especulares, se darían expresiones clínicas más estructuradas, tanto adaptativas como en crisis agudas, como ocurre con el carácter narcisista estable o con la perversión sexual estable. Por esto hablamos de clivaje transicional, en lugar de clivaje especular.

##### 5. - EDIPO PRECOZ.

Se estudia en los capítulos 8 y 6.1, este aspecto de la hipótesis H2 y H2.1.

El tercero: Elemento articulador del Edipo, está presente, pero pobremente, de ahí la repercusión en los diferentes niveles:

- El contacto no simboliza correctamente la distancia, de manera que las relaciones interpersonales presentan deformaciones imaginarias: de simbiosis con el objeto, así como de abismo. Toda relación amenaza con intrusión y pérdida, tendiendo, el tercero, a ser rechazado o evitado.

- En la sexualidad, el tercero, tanto llega a posibilitar el rechazo y humanización pulsional, como queda situado de espectador de una relación dual perverso-polimorfa.

El tercero, en el análisis de la función ético-moral, entra como Superyó personificado y exterior, como la vergüenza, pues aunque la culpa haga presencia, es de forma persecutoria. El deseo no es articulado por la ley, sino que el "Deseo es deseo de ley"(J.Lacan).

El tercero toma diversos matices:

a) En el contacto, representa al extraño, al extranjero que separa y rompe la unión dual materno-infantil y al espacio familiar.

b) En la sexualidad, representa a un tercero que se le excluye para que participe con su mirada en una escena de preferencia sado-masoquista, generalmente perversa.

c) En el vector paroxismal, representa a un juez, exterior, llamado para que vigile, pero al que no se logra interiorizar.

d) El tercero, en el vector del Yo, como en los anteriores, se caracteriza por estar representado, pero

desmentido. Predominan los clivajes, sobre la represión, pues la función paterna no está suficientemente interiorizada.

## 6.- ORGANIZACION LIMITE Y ESTRUCTURA PERVERSA.

Mecanismos de la Organización límite de la personalidad y su relación con la estructura de la perversión. Aquí se debate la hipótesis 4, entre los capítulos 6.1, 7 y 8, 1.4.2.

### A.- Revisión bibliográfica.

1) Considera J.Bergeret, que la organización límite se caracteriza por el mecanismo de Forclusión, pero no en el sentido lacaniano "sino que se sitúa muy cerca de la negación del sexo femenino que encontramos en las organizaciones perversas" y añade "la forclusión se dirige a una imagen más paternal, cuya representación simbólica es necesario rechazar".

2) O.Kernberg, describe la negación de la organización límite, como el propio J.Bergeret, diciendo que se trata de negar afectos actuales sobre un objeto, que anterior o posteriormente son reconocidos. Podemos reconocer el mecanismo de renegación o de desmentido, que es la traducción del término francés "DÉSAVEU", cuyo término sinónimo, que suele emplearse es "DÉNI" y que en derecho habla del desmentido de la paternidad.

3) El desmentido es un mecanismo característico de la perversión, cuya finalidad es renegar de la castración,

apareciendo un objeto, fetiche, o uncuerpo,  
narcisista (perversión narcisista, que representa el  
desmentido de la castración, del falo materno. La perversión  
narcisista pone en relación perversión y narcisismo

4) L.M. Solvey considera que en el trastorno  
narcisista de la personalidad, el Yo ideal grandioso, ocupa  
el lugar del fetiche . Podemos hablar de equivalencias:  
Fetiche=imagen del cuerpo=Yo ideal grandioso.

Se generaliza así al mecanismo del desmentido,  
cuando dice "La desmentida (verleugnung) apunta no solo a la  
desmentida de la castración materna, sino a algo más  
específico en estos cuadros: la diferencia entre el Yo  
ideal y el Yo Real". De este modo se constituye la  
omnipotencia del Self grandioso. "La desmentida mediante un  
sector del Yo donde se borra la diferencia entre el Yo y  
el no Yo, entre el sujeto y el objeto, como manera de no  
sentir".

5) Se destaca, en la personalidad narcisista, el  
desmentido de la separación Self-objeto y la renegación de  
la dependencia, agresión y envidia.

6) Lo que se desmiente es un símbolo que  
representa, o es representado, por un clivaje, una  
escisión, de manera que lo afirmado en un lugar es  
desmentido en otro. Cuando el desmentido funciona ayudado  
por la represión y la identificación proyectiva e  
introyectiva, se mantiene un equilibrio y estabilidad  
adaptativa, siendo el clivaje ligero, pues el Yo ideal  
desmiente la angustia de castración. Esto es equivalente a

la identificación introyectiva masiva del objeto bueno, evitando fisuras y clivajes, con frecuentes fracasos de la represión y uso indebido de la identificación proyectiva. La vivencia de pérdida de objeto, o el empuje pulsional, conducen a fracasos de la represión y a formaciones de compromiso, poco eficaces, que agrandan el clivaje, por presión del deseo y por separación Sujeto-Objeto, que obligan a un uso masivo del desmentido y de la identificación proyectiva e introyectiva de partes buenas y malas.

En resumen, el trastorno narcisista de la personalidad y el trastorno narcisista perverso, utilizan semejantes mecanismos, aunque se diferencian por el objeto y por el fin pulsional, además del lugar simbólico sobre el que se efectúa el desmentido de la carencia, de la falta, que remite más directa o indirectamente, a la diferencia sexual.

#### BRevisión de los resultados experimentales Szondianos

1) En el estudio szondiano de los resultados de los perfiles principales del adolescente límite, en el capítulo dedicado a diagnóstico diferencial, podemos encontrar puntos de encuentro entre el fetichismo, la psicopatía sexual y la organización límite (Capítulo 7).

2) El estudio pormenorizado del perfil general de los adolescentes límite, sobre todo al detenernos en el estudio del vector sexual y en el vector del Yo, en los resultados directos y en las reflexiones teóricas asociadas

o discutidas sobre los mismos, nos permiten hablar de sexualidad poliformo perversa y de clivajes pulsionales, que junto al desmentido, componen los elementos esenciales de la estructura perversa.

3) Los valores de los índices numéricos, se parecen a los de la perversión.

Lo que fracasa con los clivajes pulsionales generalizados, es el sistema de articulación del deseo. (está en el capítulo 6.2.1).

#### 7.- ADOLESCENTE LIMITE vs. ADOLESCENTE NORMAL.

Se estudia en el capítulo 6.2, comprobándose la hipótesis 3.

La diferencia entre el adolescente límite y el normal, nos proporciona una preciosa información que complementa el estudio de los resultados globales szondianos, sobre el perfil general del adolescente límite, realizando algunas matizaciones, pero sobre todo, desarrolla las características más peculiares, del adolescente límite, en los vectores pulsionales, que son los clivajes pulsionales.

Conviene describir algunos de los elementos y reacciones diferenciadoras, del adolescente límite con el adolescente normal, con el fin de discriminar entre ambos y establecer el diagnóstico diferencial, entre la adolescencia normal y la adolescencia límite.

Tal como propusimos en la hipótesis 3, ha de haber diferencias significativas entre el adolescente normal y el

adolescente límite, cuyas conclusiones expusimos en el capítulo 6.2.

Comparando a: Adolescente normal vs. Adolescente límite Adolescente normal:

- 1.- Preparación de la sexualidad normal adulta.
- 2.- Actividad , búsqueda del objeto sexual.
- 3.- Cavilaciones éticas, de conciencia, donde la cólera y venganza se reparan, indicando el desarrollo del superyó.
- 4.- El sujeto logra reprimir los deseos, participarlos con el exterior, acomodar su cumplimiento y también huir. Es capaz de poner en juego sus deseos y articularlos.
- 5.- Mayor capacidad para asumir las limitaciones, abandono y castración.
- 6.- Buena capacidad de contacto que señala una correcta interiorización de la función materna.

Adolescente límite:

- 1.- Renuncia a la sexualidad, pseudosublimación.
- 2.- Pasividad, feminidad, masoquismo dependencia pasiva.
- 3.- Contraste radical entre: escrupulosidad ética y disolución de todo control con descarga de cólera y deseo parricida. Predominan las cavilaciones morales, señalando un desarrollo del superyó personificado, exhibiendo y ocultando sus deseos. El A.L. "N" exhibe su esfuerzo reparador y culpable, mientras los A.L. "P" expresan su cólera y envidia.

4.- Predomina la inflación como medio de desmentir la separación y castración, en lugar de lograr participar su deseo en la realidad. La inflación y megalomanía, alternan con la deflación e inhibición del Yo.

5.- Narcisismo total de tenerlo y serlo todo, que ligan a la tendencia inflativa, que da lugar a la megalomanía, con la tendencia introyectiva, de expresión perversa, melancólica, de posesión y destrucción.

6.- Reacciones de ambivalencia obsesiva permiten un cierto equilibrio de los clivajes narcisistas anteriores.

7.- Se rechaza la feminidad, el abandono y la castración en el yo, mientras que en el vector sexual la posición pasivo-narcisista destaca.

8.- En el subgrupo A.L. "P", destacan reacciones: inflativa, proyectiva, introyectiva, desmentido y duda obsesiva, esto es, todos los clivajes.

La alternancia, introyección, negación de la introyección, es representativa, en el test de Szondi, del objeto transicional.

9.- En el subgrupo de A.L. "N", destacan la inhibición y despersonalización, mientras que la identificación proyectiva y la proyección, buscan un equilibrio a través de la reacción narcisista.

10.- Vivencia amenazante de pérdida del objeto.

Alternancia obsesiva del contacto, entre agarrar y soltarse, entre aceptar y rechazar el abandono.

El contacto se convierte en uniones desgraciadas,

por lo que el adolescente límite opta por renunciar al contacto, unirse al objeto perdido, o bien, como destacan los A.L. "N", entrar en contacto con cualquier objeto nuevo sin poder adherirse seriamente. Mientras, los A.L. "P", destacan por la unión, dual simbiótica, a la vez que por un sobreesfuerzo en elaborar el duelo.

Este estudio comparativo destaca en el adolescente límite:

- Dificultades en la sexualidad: rechazo y perversidad dependiente pasiva y masoquista.

- Radical disfunción ética, entre escrupulosidad-reparación y cólera-venganza. Predominio de las cavilaciones morales.

- Inhibición y clivajes del Yo, que desmienten la separación y la castración, a base de toda clase de defensas narcisistas: reacción narcisista, reacciones inflativa, introyectiva, proyectiva y renegación.

La alternancia entre introyección y negación de introyección, es expresión szondiana del objeto transicional.

- El contacto es expresión central de la patología, mostrando la intensa necesidad de unión dual, las uniones desgraciadas, uniones irreales, uniones efímeras y renuncia a toda unión, como mosaico de las dificultades en el proceso de separación-infividuación.

7.1.- Diferencias cuantitativas y cualitativas entre los adolescentes límite y normales. Hipótesis 3.1, tratada en el capítulo 6.2.

Todavía, respecto del análisis del perfil general de adolescente límite, nos queda por decir, que si observamos los resultados de las reacciones vectoriales, de forma cualitativa, el grupo de adolescentes normales, componen un subgrupo de los adolescentes límite, lo que se puede enunciar como que el adolescente límite es un adolescente normal, más algo más, o bien, lo que nos decía G. G. Cappadoro, que el adolescente es un estado límite "fisiológico", puesto que lo que le sobra o lo que diferencia cuantitativamente, es lo que lo identifica en la psicopatología.

#### 8. -DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE LA ORGANIZACION LIMITE EN LA ADOLESCENCIA. Hipótesis 5, tratada en el capítulo 7.

##### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL CON NEUROSIS Y PSICOSIS

1) Los resultados existentes para realizar comparaciones, de los resultados szondianos por grupos diagnósticos, se refieren al perfil o a los tres primeros perfiles, y principales, de ese grupo diagnóstico. Se trata de comparar resultados cualitativamente con los siguientes cuadros clínicos:

- a) Psicosis,
- b) Neurosis.
- c) Entre neurosis y psicosis.
- d) perversión y psicopatía.
- e) enfermedad psicosomática.

a) Diagnóstico diferencial con las psicosis.

La diferencia que nos interesa destacar, es la concerniente al síndrome esquizoautista de las psicosis esquizofrénicas. En el comienzo del circuito pulsional, en el contacto, mientras el adolescente límite se caracteriza por la unión fiel, la dependencia y la retención del objeto, sin afán de búsqueda, el psicótico esquizofrénico, demuestra una distancia, un desapego, un abandono, con una búsqueda insistente del objeto perdido, que trata de reencontrar en el Yo, a través del mecanismo contrario, el de la inhibición.

En la clínica comprobamos inmediatamente, el diferente contacto del psicótico esquizofrénico y el del estado límite, en el primer caso se insiste en la unión infiel, buscando al objeto perdido y en el segundo caso se insiste en la unión fiel, reteniendo al objeto poseído. El psicótico esquizofrénico niega haber perdido el objeto perdido, que incluso se hace presente desobedeciendo al principio de realidad, que es la reacción de intro-proyección del Yo. La organización límite afirma que posee y retiene al objeto (niega su pérdida), prevaleciendo la inhibición del Yo, para evitar toda pérdida de sí mismo y del principio de realidad.

En ambos trastornos, destaca una evitación o imposibilidad de entrada en el edipo, en la actividad sexual y en la rivalidad edípica, de forma genérica, en el perfil principal. De la psicosis melancólica y maniaca, también se diferencia en el Yo, como pérdida de la realidad, y en el Contacto.

b) Diagnóstico diferencial con las neurosis.

En este caso, la función del contacto y la del Yo, son semejantes entre la neurosis y el adolescente límite, que como vimos, es radical y especularmente opuesta a la de la psicosis esquizofrénica.

El adolescente límite, como el neurótico, busca fijarse en una relación de objeto incestuoso, a la vez que inhibiendo este deseo, rechazándolo, así como la agresividad hacia el rival. El adolescente límite, al contrario que el neurótico, no demuestra una agresividad fálica y una posición cainica de venganza y eliminación del rival.

El adolescente límite no es psicótico en el contacto y en el Yo, y no es neurótico en su sexualidad ni en su afectividad, en las posiciones y deseos sexuales, y en las funciones ético-morales.

Ha superado la línea de la psicosis y no ha alcanzado la estructuración neurótica. Está, en lo que a veces se llama, como estudiamos a continuación, "Entre neurosis y psicosis "

c) Diagnóstico diferencial "entre la neurosis y la psicosis"

J. Melon incluye aquí a varios síndromes clínicos, que el propio J. Bergeret sitúa dentro de la organización límite, por lo general, algo más próximos a la línea neurótica. Estos síndromes son: hipocondríaco, de despersonalización, de anorexia mental. También incluye al estado límite, que para J. Melon, representa un trastorno

más próximo a la psicosis.

El perfil hipotético, extraído de pocos casos, que J. Melon presenta sobre los estados límite, concuerda bastante con el obtenido por nosotros, excepto en el vector del Yo, donde el autor parece equiparar la frecuencia de presentación de la posición del Yo inhibido, con la introproyectiva. Si, que los casos por él estudiados son del borde psicótico y si además la pasación se realizó en momentos de crisis agudas, es posible este resultado, según podemos concluir de nuestro estudio.

d) Diagnóstico diferencial con la psicopatía y la perversión.

Podemos observar el parentesco existente entre la psicopatía sexual y el fetichismo, con el perfil del adolescente límite más próximo a la psicosis, del mismo modo que anteriormente observamos las semejanzas que existían con el grupo de síndromes llamados "entre neurosis y psicosis". Hipótesis 4, tratada en los capítulos 7 y 8.

e) Diagnóstico diferencial con la enfermedad psicosomática.

En el perfil genérico del enfermo psicosomático, o con el singular perfil del enfermo psicosomático esfisematoso, podemos encontrar un parentesco, con alguno de los perfiles principales del estado límite, lo que daría cuenta de la frecuente presentación de trastornos psicosomáticos entre nuestros pacientes, o de que, por lo general, la enfermedad psicosomática se presenta dentro de

un trastorno narcisista caracterial.

El perfil szondiano general, del adolescente límite, que llamaremos perfil caracterótico, del mismo modo que se habla del perfil neurótico y del perfil psicótico, vamos a identificarlo como síndrome narcisista-anaclítico, para que, como recogemos de J.Melon, se le puede comparar con el síndrome edípico y con el esquizoautista .

Síndrome esquizo-autista:

S	P	Sch	C
(+ -)	(+ -)	(+ -)	(+ -)

Síndrome edípico:

S	P	Sch	C
(- +)	(- +)	(- +)	(- +)

Síndrome narcisista-analítico:

S	P	Sch	C
(+ -)	(+ -)	(- +)	(- +)

Lo que hemos denominado síndrome narcisista-anaclítico, es el resultado de nuestro trabajo empírico, que muestra el Perfil Szondiano principal de la organización límite, que, como se puede apreciar, es mitad edípico y mitad esquizo-autista.

Mientras el contacto incestuoso y el esfuerzo de inhibición, de rechazo del deseo, lo acercan, en el principio y final del circuito pulsional, al perfil edípico, los vectores mediadores, lo acercan al perfil esquizo-autista: busca la unión con el objeto narcisista y la pasividad, dependencia y sumisión a la prohibición con

renuncia a la rivalidad edípica. Retracción de la relación objetual a la narcisística y a la dependencia de un objeto que lo es todo y lo puede todo, sin falta, es imprescindible, hasta el punto de tener que renunciar a su deseo, sin renunciar a la realidad, sin protesta ni rivalidad.

El sujeto se somete pasivamente al deseo del otro, instaurándose como objeto de deseo.

La hipocondría, aparece como uno de los paradigmas de la caracterosis.

La hipótesis 5: "El perfil szondiano de la organización límite de la personalidad, en la adolescencia, será peculiar y ha de permitir establecer una categoría que se diferencie de la neurosis y de la psicosis".

En el capítulo 7, realizamos el análisis comparativo, de los perfiles szondianos principales, recogidos de J. Melon, que nos permita definir las diferencias cualitativas existentes entre: neurosis, psicosis y organización límite, mostrando los dos perfiles de los llamados, por J. Melon, los síndromes característicos de estas estructuras:

Síndrome edípico y síndrome esquizo-autista. El síndrome narcisista-anaclítico, lo bautizamos así, puesto que el perfil szondiano hallado por nosotros es diferente al de los otros dos y característico de la organización límite, de modo, tal como expresamos en el resumen y conclusiones, la interpretación de este perfil límite se ajusta al concepto comparativo de los principales perfiles

szondianos de los adolescentes límite. Los perfiles szondianos de patologías psiquiátricas, que J. Bergeret considera dentro del grupo de estados límite, demuestran tener muchos puntos en común.

De todos modos, estos análisis, de unos fundamentos cualitativos, quizás no tengan un poder de objetivación, como si se tratara de un análisis principalmente cuantitativo.

Por tanto, esta hipótesis, creemos poder validarla dentro de este contexto.

## 9.2. - CONCLUSIONES DERIVADAS DE LOS SUBGRUPOS DE ADOLESCENTES LIMITE.

La discusión de los resultados szondianos, referentes a los subgrupos de adolescentes límite, que hemos establecido en función de las variables: sexo y subtipo diagnóstico, nos interesa hacerla, agrupando los diferentes capítulos de resultados, con el fin de, a pesar de considerar de manera diferenciada, cada uno de los grupos de resultados, poder mostrar una visión de conjunto más unitaria, porque hay una relación muy directa entre los resultados obtenidos por interpretación szondiana de los datos y las hipótesis consideradas y las conclusiones extraídas.

9.2.1.- SUBGRUPOS EN FUNCION DEL SUBTIPO DIAGNOSTICO DE ADOLESCENTE LIMITE.

9.2.1.1.-Diferencias en los perfiles szondianos de adolescentes límite según sea el subtipo diagnóstico: Adolescentes límite "neuróticos" (A.L."N") y Adolescentes límites "psicóticos" (A.L."P").

La existencia diferenciada de dos grandes subgrupos diagnósticos, dentro de la organización límite de la personalidad, como es propuesta por J.Bergeret, del que hemos tomado su denominación: "los más próximos a la neurosis y los más próximos a la psicosis", y que O.Kernberg concreta a través de una gradación clínica de la que nos hemos servido para separar, en nuestro estudio muestral, los dos grandes subgrupos, se corrobora a través del proceso diagnóstico szondiano, que nos informa de las diferencias dinámico-estructurales de estos subgrupos seleccionados por los criterios clínicos descriptivo dinámicos. Hipótesis 7 y 7.1 del capítulo 6.3.3.

A.- Una primera conclusión nos dice, que hay una correlación entre el nivel clínico descriptivo dinámico y el nivel szondiano dinámico-estructural  
La descripción fenomenológica y la interpretación analítica se anudan.

B.- Las diferencias dinámico-estructurales resultantes del estudio szondiano, definen a ambos subgrupos del A.L."N" y de A.L."P" como diferencialmente opuestas, subrayando el clivaje pulsional como un elemento

definidor de la organización límite de la personalidad. Se refuerzan las hipótesis 2, 2.1.1.

Si cuando estudiamos el Perfil general szondiano de los adolescentes límite, encontramos que el clivaje pulsional es un bipolo sobre los subgrupos, podemos concluir, que el clivaje pulsional se corresponde con cada uno de los subgrupos diagnósticos de A.L. "N" y A.L. "P", de modo que la organización límite es una bipolaridad en la que algunos pacientes subrayan uno de los polos, mientras que otros se organizan, preferentemente, en torno al otro.

Podemos decir, que el A.L. "N", diferencialmente y por oposición al A.L. "P", destaca los siguientes elementos del clivaje pulsional.

- Contacto de desapego.
- Sexualidad rechazada-sublimada.
- Hiperfunción ética y moral.
- Inhibición de las funciones del Yo.

Por el contrario, el A.L. "P" se diferenciaría por los siguientes elementos:

- Contacto de apego.
- Sexualidad poliformo-perversa.
- Hipofunción ética.
- Funciones yoicas narcisistas. Inflación-paranoide, introyección perversa y depresiva.

Estos dos polos de la organización límite, parecen indicarnos posibles modos de estabilización, la "neurosis de carácter" y la "perversión y la psicosis de carácter". En el

primer caso predomina la inhibición, la unicidad narcisística, dando preponderancia al control y autosuficiencia del Yo, a expensas del deseo. En el segundo caso, se manifiesta una tendencia a la satisfacción pulsional, evitando las funciones y facilitando el cumplimiento del deseo a expensas de la integración del Yo.

Mostraré a continuación un resumen de la interpretación de los perfiles szondianos diferenciales, para cada uno de los subgrupos diagnósticos del adolescente límite "neuróticos" y de adolescentes límite "psicóticos", así como las diferencias que estos grupos muestran a través de: clases pulsionales, series pulsionales e índices numéricos.

1) Perfiles szondianos diferenciales entre A.L. "N" y A.L. "P", (H7 y H7.1) se caracteriza por su contacto de apego, dual, conservador, retiene lo que agarra. Es un contacto incestuoso, que se complica, porque intenta realizar su deseo sexual. Desarrolla una violencia y deseos de muerte y venganza hacia quien parece impedirselo. Deseo parricida.

Esta intensidad edípica, de los deseos incestuosos y parricidas no logran reprimirse, desplazarse, aislarse o anularse, por lo que se manifiestan expresamente, en una actuación perversa, o bien se proyectan, provocando vivencias inflativo-paranoides o, también se autodestruye el deseo, por el camino psicossomático.

El A.L. "P", es un Cain que desea perpetuar la relación dual, rechazando la función mediadora de un

tercero. Podríamos hablar de Caracterosis dual, pues la dinámica edípica recae en el primer tiempo del Edipo, donde predomina el Yo-ideal, frecuentemente vaciado de su narcisismo y expresando una disolución confusional del Yo.

El A.L. "N" presenta una capacidad de cambio y de búsqueda, un contacto que se aventura a lo desconocido, pero lleno de inseguridad y de dudas. El deseo de cambio de contacto que se acompaña de un vacío, de una falta, de un defecto introyectivo, hace que se fuerce una inhibición pulsional, intentando que los vínculos eróticos estén sublimados o rechazados.

El vacío y la inseguridad creada por un defecto en la identificación primaria, se rellena por sublimación libidinal, creando vínculos objetales sublimados que facilitan un retorno del narcisismo secundario. El A.L. "N", decepcionado, mantiene la fuerte esperanza, que al cambiar a ese tercero, va a encontrar y completar su falta. Se somete, prohibiendo su deseo, que a veces se manifiesta fóbico o hipocondríaco. Su identidad se encuentra a gran distancia del Ideal del Yo. Esta autodepreciación le obliga a inhibirse, a bloquear sus impulsos y deseos así como sus relaciones objetales, por el temor a la intrusión pulsional, de ahí que la sublimación, con más frecuencia, sea simplemente rechazo.

El A.l. "N" es un Abel, que acepta de buen grado la sumisión al Padre, como padre omnipotente, Ideal del Yo y portador del falo. Podríamos denominarla Caracterosis ternaria por la mayor entrada que da al tercer elemento

edípico.

2 Las series pulsionales diferenciales entre A.L."N" y A.L."P" (H7, H7.1, H2.1) Tratados en el capítulo 6.3.3.1.

El A.L."P" predomina en la zona más arcaica o Tiempo I, en oposición diferencial al A.L."N", que se instala en el Tiempo III, de último desarrollo evolutivo.

Ambos subgrupos de pacientes, tienden a una rápida maduración a expensas de los deseos pulsionales, mientras los A.L."N" logran acallar el deseo a base de crear una falsa identidad, incluso forzando el desapego, los A.L."P", manifiestan una violenta protesta frente a la situación de construir un Yo estable, a base de renunciar al deseo. El A.L."P" manifiesta un deseo de completud, de amor y protección, buscando el cumplimiento de deseos pregenitales, que le hace renunciar a la integridad del Self.

3 CLASES PULSIONALES DIFERENCIALES (H7, H7.1) Tratadas en el capítulo 6.3.3.2).

Los subgrupos, también aquí se diferencian:

Los A.L."N", suelen presentar una sola clase pulsional, siendo un peligro el que articula a la personalidad.

Los A.L."P", presentan clases pluriválvicas, esto es, con dos, tres o cuatro válvulas, que es propio de los trastornos psicopáticos (impulsivos, inestables e irritables). Nos indica un modo de enfermar variable y desorganizado, poco circunscrito y delimitado en el Sujeto.

Entre los A.L. "N" predomina la clase Cm+, que para J. Melon es representante de las neurosis pregenitales, "en las que se expresa con fuerza la necesidad de mantener o restaurar la unión dual con la imagen materna en un estilo sado-masquista".

Los adolescentes-límite "neuróticos" tienen miedo a perder al objeto de sostén, al objeto anaclítico, de ahí sus inclinaciones a la drogodependencia, contactos perversos, psicopatía inflativa... o al suicidio. Su angustia es a perder al objeto anaclítico.

Entre los A.L. "P", predominan dos clases pulsionales Sh+ y Sch k-

Sh+, nos habla de la necesidad insatisfecha de ternura y bisexualidad, puesto que es un modo de reiterarse en su deseo de completud, de mantener la relación dual que teme perderse o que se ha perdido ya. Vuelve narcisísticamente sobre sí mismo, desmintiendo el abandono y la castración, sirviéndose de la exigencia y de la violencia.

Muestra una exigencia violenta de completud narcisista.

Schk-, señala "el deseo de unión dual perdido". Representa a los "soñadores diurnos" que se esfuerzan por "integrar la bisexualidad en el Yo".

La actividad imaginaria pretende restituir, tanto el objeto perdido, como la unidad narcisista. Alternan entre una adaptación al mundo real y una retracción al mundo imaginario y a la unión irreal.

La angustia de los A.L. "P" es ante la incompletud narcisista.

#### 4 INDICES NUMERICOS

H7 Tratados en el capitulo 6.3.3.3 y 6.3.3.4

4.1 El indice de hipertensión alto, asi como

el mayor número de reacciones sintomáticas, entre los A.L. "P", responden a la clínica, alternando la tensión con la descarga afectiva.

La hipertensión entre los A.L. "P" predomina en el Sector C,

demostrando una necesidad insatisfecha de unión dual, de contacto de apego y retención. Asi, es en el encuentro, en el campo relacional, donde se muestra la tensión.

Entre los A.L. "N", la hipertensión domina en el Sector Sch, en el Yo, en el clivaje que recubre la inhibición. El esfuerzo la necesidad más insatisfecha, que a mayor tensión se muestra entre los A.L. "N", es la de bloqueo-inhibición del Yo.

Como sabemos, por las series pulsionales, los A.L. "P", se encuentran al principio del circuito, demostrándose que es aqui el lugar de mayor tensión o insatisfacción, mientras que los A.L. "N", se encuentran al final, donde también la hipertensión lo subraya.

Al estudiar los vectores en que se presentan con mayor frecuencia las reacciones sintomáticas nulas, comprobamos, a la inversa que la hipertensión, que para los A.L. "P", la descarga o manifestación sintomática se da en

el vector Sch, indicando una disolución de las funciones yoicas, todo lo opuesto a los A.L. "N", que además de mostrar un Yo inhibido rígido, se caracterizan por presentar las reacciones nulas en el vector C, es decir, en mostrar sus síntomas principales en el contacto.

4.2.- El análisis de los índices de variabilidad y desorganización, diferenciales para A.L. "N" y A.L. "P",  
nos dice lo siguiente.

El índice de variabilidad de los A.L., nos indica, según J. Melon "la pérdida del control, debilidad del Yo, anarquía y caos pulsional", sobre todo entre los A.L. "P", en los vectores S y P, es decir, en la expresión y movimientos afectivos.

El índice de desorganización, que nos habla de la actividad del clivaje es parecido en ambos subgrupos, aunque, como ya estudiamos, globalmente alto, respecto de la normalidad no se confirma H7, tratado en el capítulo 6.3.3.4.

Resumimos y ordenamos, a través de dos cuadros sinópticos, los hallazgos que el estudio Szondiano proporciona, bien a través del análisis estadístico Bivariado, como del análisis estadístico discriminante de las diferencias existentes entre los A.L. "N" y los A.L. "P", matizando lo que cada análisis estadístico apunta, complementando al otro, debido a las diferentes perspectivas en las que se realizan.

## CONCLUSIONES SOBRE ELANALISIS BIVARIADO DE LOS DATOS

SZONDIANOS DIFERENCIANDO ENTRE: A.L "NEUROTICOS" Y

A.L. "PSICOTICOS".

Estudio de:(H7.1 y H2.1) tratados en el Cap.6.3.3

### Adolescente-límite "Psicotico"

#### 1- PERFIL

1- Contacto incestuoso dual, que busca, sobresaliendo un deseo parricida, predominando la actuación, la proyección y la desimagenización psicossomática más que la represión.

- Caín que perpetúa la relación dual lleno de cólera y envidia.

- Predominio del Yo ideal.

- Crisis con disolución confusional del Yo (Bouffée delirante, actuación violenta, paroxismo afectivo o psicossomático).

### Adolescente-límite "Neurotico"

#### 1- PERFIL

1- Deseo de cambio, con inseguridad, buscando la sublimación y la inhibición pulsional forzada, bloquea su deseo y se somete al juicio ético y moral, con fisuras hipocondríacas e inhibición de las funciones yoicas.

- Abel que acepta la omnipotencia del Padre como portador del Falo.

- Predominio del ideal del Yo.

- Crisis polineurótica, con especial contenido corporal, de los síntomas: fálico, hipocondríaco, obsesivo.

Adolescente-límite "Psicótico"

2- SERIE PULSIONAL

- Predominio del Tiempo I. Se impone el deseo de amor, protección y completud, de manera que los deseos pregenitales desintegran al Self, con dominio autoerótico.

Adolescente-límite "Neurótico"

2- SERIE PULSIONAL

- Predominio del Tiempo III: la fuerza de unicidad logra que se constituya un falso Self, para inhibir y contener los deseos pulsionales pregenitales.

Adolescente-límite "Psicótico"

3- CLASES PULSIONALES

- Mayor desorganización de la personalidad, con predominio plurivalvular.

- Sh+: Exigencia de completud narcisista, de satisfacción bisexual con renegación violenta del abandono y la castración.

- Schk-: Deseo de unión dual perdida, bisexualidad integrada en el Yo, unión irreal y adaptabilidad.

- Angustia de completud narcisista.

Adolescente-límite "Neurótico"

3- CLASES PULSIONALES

- Mayor grado de estructuración al predominar una clase pulsional.

- Cm+: Temor a la pérdida de la relación dual.

Adolescente-límite "Psicótico"

4- INDICES NUMERICOS

- Hipertensión en el contacto con esfuerzo

vinculante.

- Pérdida de control, debilidad del Yo, anarquía y caos pulsional "(J.Melon)"

Adolescente-límite "Neurótico"

4- INDICES NUMERICOS

- Hipertensión en el Yo, forzando la inhibición.

CONCLUSIONES SOBRE EL ANALISIS DISCRIMINANTE DE LOS DATOS

SZONDIANOS DIFERENCIANDO ENTRE: A.L. "Neuróticos" y A.L.

"Psicóticos"

Hipótesis H7 y H7.1, tratados en el capítulo

6.3.3.6

El análisis estadístico discriminante, aplicado sobre los subgrupos diagnósticos, de Adolescente-Límite "actuadores", A.L. "psicóticos" y A.L. "neuróticos", logra diferenciarlos, así como también, a los subgrupos de A.L. "neuróticos" y A.L. "psicóticos". De aquí podemos concluir dos ideas principales:

1)-Dado que el diagnóstico clínico de Adolescentes-Límite se realizó de forma completamente independiente del diagnóstico testológico el hecho de que el test de szondi sea capaz de discriminar, por sus propias variables, que estudiaremos a continuación, a un subgrupo de Adolescentes-Límite, más próximo a la neurosis, de otros subgrupos de Adolescentes-Límite, más próximos a la psicosis, en perfecta concordancia para el 100% de los casos, nos permite inscribir estos resultados, dentro de la línea de investigación que propone Paiton, como

demostración del funcionamiento empírico del test de Szondi y de su capacidad de análisis estructural y dinámico, que algunos comparan al del test de Rorschach

Es así, que hemos comenzado a construir una base de datos para un proyecto informático que nos permitirá realizar diagnósticos szondianos contrastables con el diagnóstico clínico.

2)-Dadas las dificultades diagnósticas en los estados-límite, el hecho de que el test de Szondi corrobore la discriminación clínica, haciendo coincidir los criterios de O.Kernberg y J.Bergeret, según la gravedad clínica, con los criterios Szondianos, refuerza a su vez los propios criterios diagnósticos clínicos.

3)-Aplicado el Análisis Discriminante, a los resultados muestrales del test de Szondi, se demuestra que el estudio estadístico, logra identificar, Szondianamente, nuestras propuestas diagnóstico-clínicas.

4)-Expondremos a continuación, las características dinámico-estructurales de los subgrupos de Adolescentes-Límite "Neuróticos" y "Psicóticos", que hemos podido extraer, del análisis estadístico multivariado o análisis discriminante.

El análisis discriminante hace intervenir un número importante de variables, 30, casi la mitad de los totales, en lo que a los resultados obtenidos por el análisis bivariado, nos añade otros matices, que de hecho se corresponden y dan cuenta, de las diferencias existentes en el núcleo narcisista, que es donde radica el organizador de

estos trastornos límite.

A.L. "P".

El Adolescente-Límite próximo a la línea neurótica, presenta, de manera discriminante, respecto al A.L.N. un contacto inseguro, con ambivalencia entre abandonar e ir a la búsqueda o retraerse, conservando una unión irreal. Esta barrera de contacto es un caparazón, un vacío que protege y da unidad, al identificarle con el objeto perdido.

Esta tendencia al desapego del objeto antiguo o materno, busca asegurarse, al establecer nuevos vínculos, de preferencia sublimatorios o de inhibición pulsional. Son frecuentes los vínculos de tipo sadomasoquista, autoeróticos, homosexuales y heteroagresivos. Hay que destacar especialmente, el vínculo sado-masoquista, en relación a los A.L. "N".

Estas reacciones pregenitales, dan cuenta del modo en que el contacto recupera la vivencia narcisista y se libera del sentimiento de vacío y morosidad, al dar salida a estas pulsiones parciales perverso-polimorfas, con fuerte carga agresiva.

El A.L. "P". es capaz de someterse, controlarse y sentirse culpabilizado por sus deseos violentos y agresivos, aunque predomina el control moral, el ocultamiento de sus deseos sexuales y agresivos. El descontrol, le lleva a crisis de pánico, de fobia, de duda, así como a descargas afectivas paroxísticas y sensibilidad autorreferencial. Es

en este vector P donde el A.L. "N". se diferencia especialmente del A.L. "P".

En el Yo, sobresale únicamente el vector de la inhibición, que representa el bloqueo del Yo, para evitar su desintegración, teniendo en cuenta la presión sexual y afectiva que los caracteriza.

#### A.L. "N".

Predominio de la relación incestuosa, pero con interferencia del nuevo objeto, del deseo de búsqueda, lo tercero, lo extranjero, hace presencia en la relación dual, como algo inquietante.

Así, los vínculos se caracterizan por un polimorfismo sexual perverso, donde predominan las formas de sacrificio masoquista, aunque destaca un esfuerzo por integrar todas las formas de sexualidad, habiendo reacciones de hermafroditismo, bisexualidad y humanización. Buscan evitar la pérdida de contacto, tan amenazante, como el descontrol afectivo, a base de articular todos las posibles combinaciones de las funciones ética y moral. Hay un esfuerzo de hiperintegración pulsional, como vimos al estudiar la función del masoquismo y de búsqueda de la unicidad, que ocurre también con los afectos violentos y sexuales. Este sobreesfuerzo hiperintegrador, de las pulsiones y de los afectos, se desbarata en el Yo, apareciendo las posiciones de : rechazo y negación, despersonalización, introyección pura, introinflación narcisista, e introyección; diversas formas de clivaje

del Yo.

También es importante la reacción de disolución de las funciones yoicas, que en cierto modo guarda una paralelismo con la reacción más característica de los A.L. "P", el bloqueo o la inhibición del Yo, pero mientras en el A.L. "P" conserva y salva la unicidad, aquí la pierde temporalmente.

Para los A.L. "P", lo principal que los diferencia y discrimina doblemente, de los A.L. "N", serían: las pulsiones sexuales y agresivas articuladas en torno al sado-masochismo y el descontrol afectivo, a modo de crisis: pánico, fóbias, ambivalencia, perversión y paroxismales. El vector paroxismal es el más diferenciador.

Para los A.L. "N", lo principal que los discrimina de los A.L. "P", es el esfuerzo hiperintegrador de las pulsiones sexuales-agresivas, del polimorfismo perverso, de todos los afectos, con expresión del fracaso hiperintegrador, en los clivajes del Yo, que es el vector característico y diferenciador de estos A.L. "N" donde aparecen: crisis de confusión, identificación proyectiva o psicótica, introyectiva o perversa y melancólica, negadora y psicósomática, narcisista, despersonalizadora. Estando sometidos estos clivajes a fuerte hipertensión pulsional.

Podríamos decir, que mientras los A.L. "N" representan el polo afectivo de los adolescentes límite, los A.L. "P" el polo confusional y esquizoparanoide.

CUADRO SINOPTICO COMPARATIVO DEL PERFIL DIFERENCIAL DE A.L. "N"/

A.L. "P".

(H7.1 y H2.1) Capítulos 6.3.3 y 6.3.3.6.

Análisis bivariado: A.L. "N".

1) Deseo de cambio con gran inseguridad.

2) Fuerte inhibición, rechazo y sublimación pulsional.

3) Sometimiento a la culpa, al control ético-moral, con temores fóbicos e hipocondríacos o polineuróticos.

4) Gran inhibición de las funciones yoicas.

Análisis multivariado: A.L. "P".

1) Contacto inseguro, con ambivalencia respecto de la búsqueda y de retracción con repliegue a la unión-irreal.

2) Predominio de vínculos sado-masoquistas, aunque también son característicos los del polimorfismo, autoerótico y homosexual.

3) Aunque hay sentimientos de culpa predomina el control moral, que al perderse da lugar a: crisis de pánico, fobias, dudas, descargas paroxísticas y sensibilidad autorreferencial.

4) Dominio de la inhibición, bloqueo del Yo, evitadores de los clivajes desintegradores, dada la presión afectiva.

Análisis bivariado: A.L."P".

1) Contacto incestuoso dual.

2) Búsqueda de la realización del deseo pulsional, con polimorfismo sexual y agresivo.

3) Deseo de rebelión parricida frente a la ley.

4) El deseo no se reprime, primordialmente, sino que se actúa (perverso) o de desimageniza (psicosomático).

Análisis multivariado : A.L."N".

1) Predominio del contacto incestuoso, estando presente un tercero, de forma extranjera e inquietante.

2) Esfuerzo hiperintegrador del poliformismo sexual pulsional: del hermafroditismo, bisexualidad, humanización y masoquismo.

3) Esfuerzo hiperintegrador del sistema ético-moral, respecto de todos los afectos desbordantes, sensuales y violentos.

4) El Yo se caracteriza por el aniquilamiento y disolución temporal de sus funciones, así como por reacciones de defensa a la desorganización con clivajes de despersonalización, introyección pura y ambivalente (depresión, perversión, fuga), la intro-inflación narcisista e identificación proyectiva psicótica.

La introyección pura da: depresión, por introyección de un vacío, o fetichismo perverso, por introyección de completud.

9.2.1.2.- Diferencias en los perfiles de adolescentes límite según sea el subtipo de adolescente límite: A.L. "actuador", "psicótico y "neurótico". (H7.2, H7.1 Y H2.1 tratadas en el capítulo 6.3.2).

1.- Tanto a través del análisis estadístico bivariado, como del análisis estadístico multivariado, se corroboran las diferencias existentes entre estas tres subcategorías diagnósticas de la organización límite, que hemos construido a través del diagnóstico clínico.

1.1.- Podemos concluir del análisis szondiano, dinámico-estructural, los rasgos característicos de cada uno de los subgrupos mencionados, útiles para la observación e intervención terapéutica.

1.2.- Los nombres que le hemos dado a cada uno de los subgrupos, parecen adecuados con los rasgos dinámico-estructurales hallados por el test de Szondi, concordantes con los diagnósticos clínicos.

1.3.- El análisis estadístico multivariado, que discrimina a los tres subgrupos, nos indica que hay mayor proximidad entre los A.L. "actuadores" y los A.L. "neuróticos", que entre los primeros y los A.L. "psicóticos".

CONCLUSIONES SOBRE LOS PERFILES SZONDIANOS DIFERENCIALES DE  
LOS SUBGRUPOS DIAGNOSTICOS: (H7.2 Y H2.1) Cap. 6.3.2.

Adolescentes límite "actuador"

Se caracteriza por la intensidad del contacto depresivo-anaclítico con sentimiento de pérdida y desamparo. Busca restaurar el vínculo, a través de un lazo sado-masoquista, que le genera una culpabilidad incestuosa, que por un lado logra, con el dilema ético, reparar el daño, y por otro produce conductas impulsivas, actuaciones y proyecciones acompañadas de pánico.

Adolescente límite "psicótico":

El contacto es de gran intensidad dual-incestuoso, con una exigencia de descarga sexual, de satisfacción pasiva, narcisista masturbatoria. Las dudas morales, el juicio en la mirada del otro, le provoca una sensibilidad, que desarrolla vivencias de perjuicio y autorreferencia paranoides, de modo que el Yo se cliva y una parte del Yo acepta lo que la otra, no logra reprimir y proyecta, de forma paroxístico-confusional o acompañada de fuga.

Adolescente límite "neurótico":

El paciente presenta una inseguridad y duda, entre cambiar y buscar, abrirse o enclaustrarse. Del mismo modo, predomina la inhibición de la sexualidad o un intento sublimatorio, aunque se escapa la necesidad de amor personal y ternura.

El Superyó se instaure imponiendo un control y

bloqueo inhibitorio del deseo, teniendo lugar formaciones de compromiso fóbicas e hipocondríacas.

En el Yo se manifiesta un sobreesfuerzo integrador de la oposición deseo y rechazo, que prelude, los clivajes del Yo propios de los otros subgrupos.

#### 9.2.1.3. - Hipótesis H6.

Hipótesis H6: "La organización límite en la adolescencia, se caracteriza por presentar unos resultados szondianos que se encuentran entre la latencia y la adolescencia".

En este capítulo (6.3.3.5) mostramos una comparación entre los perfiles szondianos de la adolescencia y de la latencia, respecto de los perfiles diferenciales de los A.L. "P" y de los A.L. "N" (este último bastante coincidente con el perfil szondiano principal de los A.L.). Podemos concluir, que el adolescente límite, del mismo modo que oscila entre el polo psicótico y el neurótico, lo hace entre la adolescencia y la latencia, con lo que el término de J. Bergeret, al hablar de "pseudolatencia", nos parece más conveniente para designar a los A.L. "N", mientras que para nombrar a los A.L. "P", parece más conveniente decir "Pseudoadolescencia".

Dicho de otro modo:

El A.L. "N" representa a la latencia abierta por la adolescencia.

El A.L. "P" representa a la adolescencia replegada

por la latencia.

### 9.2.2.- SUBGRUPOS EN FUNCION DEL SEXO DE LOS ADOLESCENTES LIMITE

Diferencias entre los perfiles Szondianos de adolescentes límite, según sean hombres o mujeres.

La justificación de estas conclusiones, proviene directamente de los resultados obtenidos a través del test de Szondi, que fueron interpretados por los criterios del mismo autor L.Szondi, tal como expusimos detalladamente en el capítulo 6.3.1 "Interpretación de los perfiles szondianos del adolescente límite: varones y hembras".

De este modo, damos cuenta de la hipótesis H8 "El sexo de los pacientes ha de influir en la organización límite del aparato psíquico de los adolescentes límite, según los resultados del test de Szondi".

1.- Las diferencias entre los perfiles szondianos, de adolescentes límite, entre varones y hembras, se caracterizan por ser muy pocas, en conjunto.

2.- Si estudiamos al grupo de adolescentes límite "psicóticos", comparando hombres y mujeres, apenas hay diferencias, aunque éstas aparecen sobre todo en el contacto. El varón A.L."P", destaca por su tendencia anal, retentiva, abandonando toda búsqueda y estableciendo una unión irreal. Mientras, en la mujer, A.L."P", destaca la cavilación moral, que L.Szondi considera más propia de la mujer, además de ser característica de los A.L..

La diferencia de sexos apenas influye en este grupo de pacientes, más próximos a la psicosis, demostrando el carácter pre-edípico, anterior a la diferenciación sexual clara, de los mismos. Unicamente, la marca de la diferencia de sexos, se hace notar en el contacto, donde el varón se manifiesta más retentivo, incluso del objeto perdido, lo que nos indicará la gran dificultad de abrirse a un tercero, a la entrada del padre, siendo expresión de lo que S.Freud llama la asimetría del complejo de Edipo, del varón respecto de la mujer.

- La diferencia de sexos, entre los A.L."P", apenas se articula como diferencia sexual. Predomina el triángulo pre-edípico o de Edipo precoz.

- La asimetría del complejo de Edipo, produce un efecto sobre el contacto, que conlleva una mayor regresión del mismo, entre los varones, una mayor regresión anal, que lo retiene en una posición con la que evita todo cambio. El hecho de que el complejo de castración actúe antes en la mujer que en el varón, permitirá que la entrada en el Edipo sea un poco más fácil, es decir, que pueda cambiar su relación de la madre al padre, a la vez que es más capaz de expresar su queja, sus lamentaciones frente a la separación y al abandono, que le dan un tinte histeriforme, de ahí la prevalencia de la duda moral entre las mujeres.

3.- En el grupo de adolescentes límite "neuróticos", las diferencias entre varones y mujeres, son más notables, lo que nos indica que, la diferencia anatómica de sexos, articula la diferenciación

sexual del aparato psíquico, como era de esperar en este grupo de pacientes, adolescentes límite, más próximos a la neurosis, teniendo en cuenta además, que las diferencias szondianas hacen referencia a la identidad sexual.

En el contacto, el varón es ambivalente, dubitativo, demostrando gran inseguridad ante el cambio, no sabiendo si buscar o retenerse, adherirse o soltarse. compensa esta inseguridad, a través de la afirmación perversa, narcisista y actuadora. Aquí, el varón, desmiente la separación y la castración. En el varón predomina el trastorno narcisista-perversiforme.

La mujer A.L. "N", destaca por un contacto ambivalente, tanto plural como irreal, de manera que resuelve, de modo diferente, el paso de la primera a la segunda posición del Edipo, en relación al varón. Podríamos enunciarlo como: que accede al padre sin renunciar a la unión con la madre, o bien, que retiene a la madre de la que se ha separado.

En el varón predominaba el contacto ambivalente de: agarrar o soltarse de la madre, buscar y renunciar a la búsqueda, del padre. El varón sigue presentando más inseguridad y menos decisión, aunque esta decisión o estos cortes, en la mujer encierran una paradoja, no perfectamente simbolizada.

La mujer, empujada por el complejo de castración, parece avanzar algo más, en el complejo de Edipo, que el varón, en posición narcisista-perversiforme, presentando algunas reacciones del Yo, características de la mujer,

como la del Yo femenino, que proyecta su masculinidad y se reconoce femenina, así como dos reacciones contrarias, de afirmación y rechazo, del abandono y de la castración, que se acompaña de afectos reivindicativos de injusticia, que tienden a ocultarse.

En la mujer predomina el trastorno narcisista y disociativo, la afirmación y desmentido del abandono y de la castración, en un grado más desarrollado que en el varón, de ahí que hablemos desde su protesta y reivindicación fálica, de un trastorno narcisista-neurotiforme.

Del estudio de las diferencias en la organización del aparato psíquico de los adolescentes límite, debidas a la diferencia anatómica de los sexos, podemos extraer una consecuencia principal, que corrobora las teorías psicoanalíticas, sobre la asimetría del Complejo de Edipo castración, diferente en hombres respecto de las mujeres, mostrando una mayor dificultad de superarlo en el varón adolescente límite.

Por otra parte, se comprueban dos momentos y formas, en que se inscribe la diferencia anatómica de los sexos un primer tiempo en que la diferencia de sexos apenas cobra importancia, pero se manifiesta como diferencia de contacto, y un segundo tiempo en que la diferencia de sexos toma más importancia, manifestándose como diferenciación sexual.

A pesar de que en este segundo momento, la diferencia de los sexos toma mayor representación en el aparato psíquico, se demuestra una relación de ambivalencia

respecto de la aceptación y el rechazo de la castración.

Si tomamos al conjunto de la organización límite , sin diferenciar o aislar los subgrupos sino en forma global, veremos que la diferencia anatómica de los sexos, apenas muestra inscripción en la diferenciación sexual. Unicamente se podría decir, que al mujer presenta un rasgo de carácter de sensibilidad narcisista, mientras que el varón manifiesta un rasgo caracterial que habla de actuación con pánico y duda.

### 9.3.- CONCLUSIONES SOBRE: LOS TERMINOS QUE DESIGNAN A LA ORGANIZACION LIMITE DE LA PERSONALIDAD Y SOBRE LA VALIDEZ DEL TEST DE SZONDI.

Terminamos este trabajo, mostrando dos conclusiones, producto del análisis de cada uno de los elementos puestos en juego en esta tesis: la organización límite de la personalidad, los términos y conceptos que hemos revisado a través de la bibliografía, y, el Test de Szondi, su fiabilidad, validez y posibles aplicaciones.

#### 9.3.1.- ORGANIZACION LIMITE DE LA PERSONALIDAD.

Aquí haremos referencia a la hipótesis 1, donde justificamos el término de Caracterosis y los diferentes niveles de categorización diagnóstica. Esta hipótesis 1 se comprueba fundamentalmente a lo largo del capítulo 1.

1) En primer término, se hace una constatación, a través de la revisión bibliográfica, de la disparidad terminológica existente, en la psiquiatría clásica y en el psicoanálisis, respecto de lo que se considera su significación común, que sería la de Organización Límite.

Realizando un análisis de los significantes y reagrupándolos, se propone un término, recogido de C.Castilla del Pino, CARACTEROSIS, como signo para referirse a este grupo, cuyo significado común es el de organización límite. Se intenta aunar, con el término Caracterosis, el nivel dinámico-estructural, de manera que el análisis diagnóstico cuente con un primer nivel descriptivo-clínico (1.1) y un segundo nivel interpretativo dinámico (1.2).

TABLA DE JUSTIFICACION DEL TERMINO

Damos cuenta de la hipótesis H1, a la que ampliamos con las conclusiones referidas a los diferentes niveles de categorías diagnósticas.

-----  
CARACTEROSIS: Término NUEVO en oposición distintiva a NEUROSIS Y PSICOSIS.  
-----

que permite definir:

El campo de significantes a que hace referencia la organización límite.

El significado descriptivo y el significado estructural

Carácter-personalidad

Significado descriptivo

Significado estructural

Psicosis

Relaciones entre la patología del Carácter de y de la organización límite:

1. La mayor parte de la patología del carácter se incluye dentro de la organización límite, por J. Bergeret.
2. La mayor parte de los trastornos de la personalidad son incluidos por O. Kernberg dentro de la organización límite.
3. Fuera de estos trastornos la organización límite apenas se manifiesta.
4. Se describen con síntomas y síndromes cambiantes y entreverados con rasgos caracteriales y relacionales

Relación entre la estructura del carácter y la organización límite:

- . Sublimación.
- . Formaciones reactivas
- . Integridad narcisista del Self.
- . Economía pre-edípica
- . Analidad.

CARACTEROSIS: Fracaso del carácter como sistema de

protecciónn narcisista del Yo, manifestándose la patología del narcisismo en los dos polos de inhibición (el más propiamente caracterial) y de clivajes (de expresión patológica, más sintomática y relacional.

Damos cuenta de la hipótesis (H1), a la que ampliamos con las conclusiones referidas a los diferentes niveles de categorías diagnóstica.

1.1.-La conclusión es una propuesta, a la hora de afinar el primer nivel de análisis, el descriptivo, en el que habría de efectuarse el diagnóstico, bajo dos aspectos: uno que concierne al trastorno de la personalidad, para lo que aportamos los criterios que definen esos trastornos, que forman parte de la organización límite de la personalidad, y, además, señalamos el síndrome o síndromes agudos más importantes. Se añade un criterio de frecuencia de presentación de los mismos, con el fin de dar cuenta del grado de desorganización de la personalidad. Esto lo estudiamos en los capítulos 1.4.1 y 1.4.3.

1.2.- Proponemos, junto al término CARACTEROSIS, como término genérico, una doble cualificación, de orden lógico inferior: una representada por el trastorno de la personalidad, y otro, por el síndrome principal. Ejemplo: Caracterosis Narcisista impulsivo-actuadora y despersonalizador frecuente.

Queda así constituida la clase principal y las subclases, del mismo modo que esto se realiza en los diagnósticos de las Psicosis y de la Neurosis.

El concepto de Caracterosis, ha de sostener los

críterios que nosotros subscribimos, de O.Kernberg y coincidentes con los de J.Bergeret y otros, que son los dinámico-estructurales que definen a la organización límite y que nosotros extraemos de los resultados del test de Szondi.

1.3.- Este sistema nosológico, en acuerdo con las categorías que describen los principales estudiosos de la organización límite, expuesto por nosotros en el capítulo 1.4 opone:

PSICOSIS	Esquizofrénica	Paranoide.
CHARACTEROSIS	Narcisista	Impulsivo-actuadora.
NEUROSIS	Histérica	Conversiva.

Realizamos pues, una propuesta terminológica y clasificatoria que destaque la existencia de este agrupamiento patológico, por oposición distintiva a las psicosis y a las neurosis, que comprobamos en la revisión bibliográfica y en el análisis szondiano comparado, a través del capítulo de diagnóstico diferencial.

1.4.- Este sistema de diagnóstico, clínico-descriptivo, nos ha permitido realizar algunos subagrupamientos, que hemos definido en acuerdo con los escalones de gravedad y grado de desorganización de O.Kernberg y de J.Bergeret, en el capítulo 1.4.3.1.

Hacemos dos subgrupos:

a) Los adolescentes límite más próximos de la neurosis y aquellos más próximos de las psicosis, según los criterios que defienden J.Bergeret y O.Kernberg: cuando

construye unos escalones de gradación clasificatoria para los trastornos de la personalidad.

b) Se hacen tres subgrupos; además de los dos anteriores, de entre ellos, se extrae un tercero, que denominaremos impulsivo-actuadores.

### 9.3.2. - TEST DE SZONDI. (H9).

Los estudios que hemos realizado con el test de Szondi, sobre la organización límite de la personalidad, en la adolescencia, permiten extraer conclusiones, sobre el propio test de Szondi y sobre la organización límite de la personalidad.

1.- En líneas generales, el test de szondi demuestra una capacidad de análisis del nivel dinámico-estructural de la personalidad, que lo valida, por su capacidad, demostrada empíricamente, de ser coherente con los criterios clínicos.

Una consecuencia de este trabajo, es la validación del funcionamiento empírico-clínico del test de Szondi.

Razones de validación: Por orden de importancia, enunciamos las siguientes razones, que son resultado de la comprobación de las hipótesis.

2.- El test de Szondi, aplicado al grupo de adolescentes límite y al grupo de adolescentes normales, así como a los subgrupos de adolescentes límite, en función del sexo y del subtipo diagnóstico, nos permite corroborar y también ampliar algunos conceptos que definen a la

organización límite de la personalidad, en su nivel dinámico estructural, proporcionándonos una ayuda en la comprensión de dichos pacientes.

3.- El capítulo dedicado a la discusión de los resultados de los perfiles szondianos principales (capítulo 8) pretende poner en relación nuestros resultados, con un buen número de conceptos aplicables a la organización límite de la personalidad, demostrando que el test de Szondi proporciona, gracias a sus matizaciones, una ayuda inestimable para la reflexión psicopatológica, dinámico-estructural, capaz de articularse con múltiples conceptos.

4.- Los resultados szondianos subrayan la capacidad del test de Szondi para someterse a cuantificaciones complejas, las reacciones vectoriales de los perfiles pulsionales del Primer Plano.

Dado que los análisis estadísticos, y multifactoriales, como el Análisis Discriminante, nos demuestra la capacidad que tiene el test de Szondi para diferenciar los subgrupos que nosotros hemos construido clínicamente, nos decidimos a continuar en esta línea de investigación, y, en la actualidad, estamos realizando un estudio sobre pacientes psicóticos esquizofrénicos crónicos, con el fin de ir construyendo una base de datos por grupos patológicos que contribuya, al introducir los resultados de uno o varios pacientes en el programa del ordenador, al proceso diagnóstico.

Además, esta tesis nos ha permitido y estimulado,

para abrir dos líneas de investigación, sobre los dos elementos que hemos puesto en relación: La anteriormente citada, sobre el test de Szondi y otra sobre la organización límite de la personalidad.

Este interés por la organización límite de la personalidad, también me ha llevado a otra investigación, que está prácticamente terminada, en cuanto al trabajo de campo, que concierne al análisis de la patología individual de los padres de pacientes diagnosticados de estados límite, a través del test de Rorschach y con los criterios de Exner. Así mismo, se acompaña de un análisis de la patología relacional de la pareja parental de estos pacientes diagnosticados de estado límite.

## 10. - CONCLUSIONES FINALES.

Antes de exponer las Conclusiones finales, donde de manera singular se hace referencia a cada una de las hipótesis, concatenándolas entre sí, hemos de decir, que en el capítulo anterior, de Conclusiones generales, ordenamos y desarrollamos las mismas conclusiones, de manera diferente, es decir, orientadas por los principales objetivos de esta tesis. Uno se refiere al Test de Szondi, que impregna todo el trabajo, como instrumento fundamental, y otro es la organización límite de la personalidad.

Sobre la Organización límite de la personalidad, se desarrollan las conclusiones, en forma de propiedades o características generales del grupo de adolescentes límite, así como de cada uno de los subtipos clínicos; especialmente destacamos al subtipo de Adolescentes-límite "psicóticos" y al subtipo de Adolescentes-límite "neuróticos". Estos y otros aspectos se desarrollan en detalle.

Sobre el Test de Szondi, básicamente se concluye, su fiabilidad y validez, así como la capacidad de que sean informatizados sus datos, los resultados vectoriales de sus perfiles, con los que se pueden construir diagnósticos diferenciales.

En las conclusiones generales, cada una de ellas atañe, con frecuencia, a varias hipótesis a la vez, mientras que en las conclusiones finales, se distinguen, a

cada una de las hipótesis, de las demás.

Vamos a ordenar conjuntamente las hipótesis de trabajo, a modo de conclusiones finales, haciendo referencia al capítulo de discusión y conclusiones generales (Cap.9), puesto que aquí se desarrollan las conclusiones de cada una de las hipótesis, además de remitirnos a cada uno de los capítulos de interpretación de resultados, en los que se fundamentan las hipótesis. Conviene pues trasladarnos a ese capítulo de discusión y conclusiones (Cap.9).

En primer lugar, a través de la revisión bibliográfica, justificamos la necesidad de encontrar un término nuevo, que complete el signo, cuyo significado es el de la Organización-límite de la personalidad, que ayude afijar e identificar dicho significado, ese espacio nosológico, que corre el peligro de ser cajón de sastre, debido a la diversidad terminológica, cuya riqueza ha de acogerse en un sistema de nominación nosológica equivalente al de otras categorías diagnósticas.

El término que proponemos es el de Caracterosis, que irá acompañado del trastorno principal de la personalidad y del síndrome principal, con alusión a la frecuencia de presentación. Esto, constituye la Hipótesis H1 que es comentada en el Cap.9.3.1., "Establecer un término que nombre a los múltiples trastornos que se aglutinan bajo la denominación de estado-límite, que sirva al nivel clínico descriptivo y al nivel dinámico-estructural, reportándole entidad propia,

parece imponerse"

Una vez que analizamos el problema referente a la diversidad terminológica y su repercusión sobre el significado y la incertidumbre del espacio nosológico, haremos referencia, ya no al Significante propuesto, sino al Significado de la Organización-límite, primeramente refundiendo la revisión bibliográfica, en unos criterios descriptivo-dinámicos y dinámico-estructurales, desde la perspectiva psicodinámica y psicoanalítica, para poder comparar dichos resultados con los obtenidos e interpretados por el Test de Szondi aplicado al grupo de Adolescentes-límite elegidos por criterios clínicos, descriptivo-dinámicos.

La idea general, es que comprobamos, con el Test de Szondi, el significado de la Organización-límite, de la personalidad, en la Hipótesis H2, sobre la que damos cuenta a lo largo del trabajo, tanto en el capítulo 9.1 como en el Cap. 9.2. "El grupo muestral de Adolescentes-límite, escogidos por criterios clínicos, descriptivo-dinámico, comprobamos que los resultados extraídos por el Test de Szondi, de naturaleza dinámico-estructural corroboran los resultados psicoanalíticos sobre la Organización-límite".

El significado psicoanalítico y psicodinámico del Test de Szondi, concuerda con el propuesto sobre la Organización-límite, tanto en lo que se refiere al grupo general de Adolescentes-límite estudiado, como al de los subgrupos, bien sea en función del Sexo, como en función de la patología.

Siguiendo este análisis de las características szondianas, psicodinámicas y psicoanalíticas, concordantes con la teoría psicoanalítica, que llamamos Significado de la Organización-límite, nos encontramos con que, dado que la Organización-límite se estudia en un grupo de Adolescentes, los resultados han de proporcionarnos una información general sobre la Organización-límite en la Adolescencia, que constituye un perfil Szondiano, hasta ahora no estudiado, además de permitirnos ampliar y matizar algunos conceptos psicoanalíticos sobre la Organización-límite, tal como expresamos en la Hipótesis H2.1, que es estudiada en el capítulo 9.1, a lo largo del cuál, subrayamos algunos de los matices que nuestros resultados incorporan sobre algunos de los mecanismos, además de articularlos entre sí. Especialmente en el capítulo 9.2, se aportan las características peculiares de los subgrupos diagnósticos, que aunque nombrados por J. Bergeret, no habían sido descritos, ni reseñadas sus características psicodinámicas. Tampoco, se había estudiado la diferencia anatómica de los sexos y su inscripción en el aparato psíquico de los Adolescentes-límite, globalmente y por subgrupos más o menos próximos a la neurosis o a la psicosis.

H2.1 "La capacidad de análisis del Test de Szondi, ha de permitir definir y delimitar el perfil Szondiano de la Organización-límite en la adolescencia, ampliando o matizando conceptos teórico-clínicos".

Uno de los conceptos psicoanalíticos que sobre la Organización-límite, el Test de Szondi confirma como estructurador del Sujeto, que además amplía y relaciona, dándole sentido a la diversidad clínica y dinámica de estos pacientes, es el concepto de Clivaje pulsional, al que hacemos referencia en la Hipótesis H2.1.1 y que expresamos, conjuntamente, en el Capítulo 9.1, además de que nos sirve para definir diferencialmente, según el lado del Clivaje predominante, a los Adolescentes-límite más próximos a la neurosis, de los más próximos de la psicosis; como decimos en el Capítulo 9.2.1.1.

H2.1.1 "El mecanismo del Clivaje pulsional, estructura a la Organización-límite de la personalidad en la adolescencia".

El perfil Szondiano, que definimos con nuestros resultados del grupo de la Organización-límite en la adolescencia, es comparado con el perfil Szondiano de los Estados-límite, que de manera hipotética propone J.Mélon, observamos una gran coincidencia, lo que confirma la Hipótesis H2.2, que estudiamos en el Capítulo 9.1.

H2.2 "El perfil Szondiano característico del Estado-límite, que propone J.Mélon, lo consideramos correcto y queremos validarlo".

Nosotros hacemos efectiva la proposición de J.Mélon, que recomienda una aplicación muestral, para definir el perfil de los Estados-límite. La coincidencia de resultados nos reafirma en la definición del perfil Szondiano de la Organización-límite y en la fiabilidad del

Test de Szondi.

Vamos a continuación, de la Hipótesis H3 a la H6, a perfilar algunas características de la Organización-límite en la eadolescencia, mediante comparaciones cualitativas y/o cuantitativas, de nuestros resultados Szondianos con los perfiles de distintos trastornos y estados evolutivos del aparato psíquico, para delimitar diferencialmente a la Organización-límite en los adolescentes.

En prmer lugar, hemos hallado, comparando a los Adolescentes-límite con los Adolescentes-normales, en un perfil diferencial, cuyas características mostramos en el Capítulo 9.1, a través de una tabla de comparación, q ue además corrobora y pondera las características psicodinámicas del perfil general y resalta el mecanismo del Clivaje pulsional.

De este modo, estudiamos la Hipótesis H3 "El estudio Szondiano comparativo, entre Adolescentes-límite y Adolescentes-normales, hade proporcionarnos un perfil diferencial, que además ratifique a la hipótesis H2.1 y H2.1.1".

Estas diferencias cuantitativas, sin embargo contrastan con una semejanza cualitativa, esto es, que las reacciones principales de los Adolescentes-límite y los Adolescentes-normales, son muy parecidas, de manera que podemos ratificar la Hipótesis H3.1 de C.Cappadoro.

H3.1 "El perfil Szondiano del Adolescente-límite aproxima, cualitativamente, al

Adolescente-límite con el Adolescente-normal pero lo diferencia significa y cuantitativamente. Pudiendo decir con C.Cappadoro, que la adolescencia es un estado límite fisiológico".

Hacemos referencia también a esta hipótesis en el Capítulo 9.1 juntoa la hipótesis H3, cuando estudiamos comparativamente ambos resultados Szondianos de adolescentes; límites y normales.

De este modo, C.Cappadoro se muestra partidario de definir los Estados-límite como Pseudoadolescencia, más que como Pseudolatentes, que es la consideración de J.Bergeret.

Los estudios comparativos que realizamos, nos llevan a la conclusión, que los perfiles de la Organización-límite en la adolescencia, entre una pseudolatenencia y una pseudoadolescencia, del mismo modo que oscila entre los polos de proximidad, a la neurrosis y a la psicosis.

Así en el capítulo 9.2.1.3, exponemos esta Hipótesis H6 "La organización-límite en la adolescencia, se caracteriza por presentar unos resultados Szondianos que se encuentran entre la latencia y la adolescencia".

Por fin, el perfil general Szondiano de la Organización-límite, además de haber mostrado su semejanza con el perfil Szondiano que, J.Mélon atribuye a los Estados-límite, manifiesta puntos en común con todo un grupo de trastornos que el mismo J.Mélon denomina, "entre

neurosis y psicosis", que se corresponde con las llamadas neurosis pre-ge-nitales.

Del mismo modo que se parecen estos perfiles, se diferencian de los perfiles de la Neurosis y de la Psicosis, de forma genérica, componiendo un síndrome Szondiano intermedio.

Todo ello, ratifica a la Hipótesis H5 que estudiamos en el capítulo 9.1, en el apartado dedicado al diagnóstico diferencial.

H5"El perfil Szondiano de la Organización-límite de la personalidad, en la adolescencia 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".

En especial, observamos la semejanza existente entre la perversión fetichista, la psicopatía sexual y el perfil Szondiano del Adolescente-límite, lo que, junto a otros puntos comunes, como ciertos mecanismos. Clivaje y desmentido, Fenómenos transicionales, reflejados en el capítulo 9.1 (en el apartado de Organización-límite y perversión) y estudiados en los capítulos 8 y 1, dan cuenta de la Hipótesis H4 "Existen puntos comunes que aproximan a la Organización-límite y a la perversión".

Nos interesa demostrar esta hipótesis, para justificar que J.Bergeret, tiene razón en incluir a las perversiones dentro del tronco común de la Organización-límite, a la vez que aproxima el concepto

genérico de Perversión como estructura, al de Organización-límite, como tercer lugar entre la neurosis y la psicosis.

El grupo de Hipótesis que siguen, se refieren a los subgrupos de Adolescentes-límite.

En primer término, se demuestra que los subgrupos diagnósticos de Adolescentes-límite, realizados clínicamente, se corresponden con diferencias Szondianas significativas, tanto por métodos estadísticos bivariados como multivariados. Esta concordancia, entre la clínica y el Test de Szondi, da cuentas de 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 en los resultados obtenidos por el Test de Szondi".

Esta hipótesis se estudia en el capítulo 9.2.1, especialmente al corroborarse las Hipótesis H7.1 y H7.2.

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".

H7.2"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".

Estas hipótesis se estudian, respectivamente, en

los capítulos (9.2.1.1) y (9.2.1.2), exponiendo las características diferenciales de cada uno de los subgrupos diagnósticos citados, contruidos clínicamente y ratificados por el test de Szondi, del que extraemos las características de estos subgrupos de Adolescentes-límite, demostrando que la hipótesis clínica de J. Bergeret, sobre que hay dos grandes líneas dentro del tronco común de la Organización-límite, los más próximos a la neurosis y los más próximos a la psicosis, donde además sitúa a la perversión.

Se establecen también las características diferenciales del subgrupo "actuadores" y dejamos pendiente un estudio sobre un subgrupo de pacientes límite, en los que los trastornos y enfermedades psicósomáticas sea un síndrome principal.

También, estudiamos otro subgrupo de Adolescentes-límite, que busca estudiar la diferencia anatómica de los sexos y su inscripción en el aparato psíquico del Adolescente-límite, demostrándose que apenas cuenta, sobre todo entre aquellos más próximos a la psicosis, mientras que entre los más próximos a la neurosis, sí que resulta un elemento articulador. A partir de aquí, podemos extraer distintas consecuencias que exponemos en el capítulo 9.2.2, para dar cuenta de la Hipótesis H8 "El sexo de los pacientes Adolescentes-límite, ha de influir en la Organización del aparato-psíquico, si los resultados Szondianos lo demuestran".

Finalmente, nos queda por citar que, el Test de Szondi se demuestra un instrumento muy eficaz para la investigación clínico-dinámica, destacando su validez y fiabilidad, ya no tan solo para el análisis y su interpretación cualitativa, sino cuantitativa también, por lo que nos parece que puede tener también un gran interés diagnóstico, puesto que podemos informatizar sus resultados.

Así damos cuenta de la Hipótesis H9 "El test de Szondi muestra una gran capacidad resolutive en el análisis psicodinámico, demostrando su validez y fiabilidad, al someterse al tratamiento estadístico de sus resultados, si se cumplen :H7, H7.1, H7.2 y H2.2, H2, H3, H5".

## BIBLIOGRAFIA.

ALLILLAIRE J.F: "Sur les états-limites".

Enc. Méd. Chirurgical 395A-10.

ANZIEU D.: "Le moi-peau" Dunod. Paris. 1.985'

BAK R.C: "Le fetiche" N.R.P.n2. Automne 1.970.

BALDIZ FOZM.: "¿Un neurótico que delira?" "El

Analiticón Paradiso nº4. Barcelona 1.987.

BALINT M.: "Lafalta básica". Paidós. Barcelona

1.982.

BERGERET J.: "La personalidad normal y

patológica" Gedisa. Barcelona 1.980.

"Manual de psicología patológica" Masson,

Barcelona.1980.

"La violence fondamentale". Dunod. Paris 1984.

"Limites des états analysables et états-limites

analysables" N.R.P.n10 A.

"La depression et les états-limites" Payot.

Paris.1984.

"Caracter et pathologie" Ency, Med, Chy, 37320A.

BERGERET et al,:"Le psychanalyste à l'écoute du

toxicomane". Dunod. Paris 1981.

BION W.R.: "Atención e interpretación" Paidós,

Buenos Aires. 1984.

BLEGER J.:"Simbiosis y Ambigüedad". Paidós,

BuenosAires 1984.

"Psicología de la conducta". Paidós, Buenos

Aires. 1979.

BLEICHMAR E.D.:"El feminismo espontáneo de la

histérica". Adotraf. Madrid 1985.

BLEULER E. : "Afectividad, Sugestibilidad, Paranoia". Morata. Madrid.1969.

BLEULER M. : "Tratado de Psiquiatria". Espasa-Calpe. Madrid 1971.

BONNET C. et al. : "Recherches Theoricocliniques en analyse du destin". Cabay. Louvain-La-Neuve. 1984.

BOSCH G. : "A propos des troubles caractériels". L'Encephale LIII Annéc, n1, 1964 pp.(62-96).

BRUSSET B. : "La anorexia". Planeta. Barcelona. 1985.

CAPARRÓS N. : "La construcción de la personalidad". Ed. Fundamentos. Madrid.1981.

CAPPADORO C. : "Seminaires au Centre Jean Sarrailh". 1985

CARRAZ T. : "Aux frontières de l'esquizophrenie: L'Heboidophrenie" L'Encephale LVIII Année, n92, 1969 pp(98-III).

CASTILLA DEL PINO C. : "Introducción ala Psiquiatria". Alianza Universal. Madrid 1980.

"Teoría de la alucinación". Alianza Universal. Madrid 1984.

"Introducción al masoquismo. Sacher-Masoch.

"La Venus de las pieles". Paidós. Madrid. 1975.

CERVERA, S.CASANOVA, J. y otros. : "Anorexia nerviosa". Análisis fenomenológico estructural a través del test de Szondi". Roche. Pamplona. 1984.

CHAZAUD, J. : "Les perversions

sexuelles". Privat. Toulouse. 1973.

COOPER S.H. et al.: "Transitional Relatedness and borderline Personality Disorder". Psychoanalytic Psychology 2(2) 115-128-1985.

DELAY J., PICHOT, P.PARSE, J.DENIKER, P.: "La validité des tests de personnalité en psychiatrie, étude sur la validité du test de Szondi" Annales médico-psychologiques. Novembre, 1953.

DERI SUSAN "Introduction to the Szondi test" Grune and Stratton. New York. 1949.

DEUTSCH H. "La psychanalyse des névroses et autres essais". Payot .Paris. 1970.

DEVI S. "The Szondi test: its application in a research study of depressive patients before and after electric shock treatment". In L.E. Abtand L. Bellak (eds) Projective Psychology. A. Knopy, New York, 1950.

DONNET J.L. et Green A. "L' enfant de C5a" Ed minuit, Paris. 1973.

DOREY R. "Contributions psychanalytiques à l'étude du fétichisme" N.R.P n2. Automme. 1970.

"Le fétiche, l'image et le signifié. Reflexion sur un cas de perversion narcissique" N.R.P n239. Printemps. 1989 pp (205-219).

DSM III/Masson. Barcelona. 1983.

EXNER J.E. "Algunos datos del ~~an~~ Rorschach comparando esquizofrénicos con trastornos borderline y esquizotípicos de la personalidad". Rev. de la sociedad Esp. del Rorschach y métodos Proyectivos n21 1988 (pp-9-27).

- EY H: "Tratado de Psiquiatría". Masson. Barcelona. 1975
- FENICHEL O. "Teoría psicoanalítica de la neurosis"  
Paidós. Buenos Aires. 1966.
- FLOURNYOY. "Les cas limites: psychose ou névrose?"  
N. R. P n10. Automne 1974.
- FREEDMON A. F, Kaplan H. I "Tratado de Psiquiatría"  
Salvat . Barcelona. 1982.
- FREUD S. "Escisión del "Yo" en el proceso de  
defensa" Obras Completas. Biblioteca Nueva (pp 3375-3379)  
Madrid 1975.
- GREEN A. "Narcissisme de vie, Narcissisme de mort".  
Ed. Minuit. Paris. 1983.
- GRINBERG L.: RODRIGUEZ PEREZ J. "Actuacions d'un  
patient fronterer. (Reflexions quant al acting-out)". Rev.  
Catal. de psicoanál. vol 1. n1. Primavera. 1984.
- GRINKER, L, DRYE R. C.: "The borderline Syndrome".  
Basic Books. New York.
- GROTSTEIN, J. S.: "Identificación proyectiva y  
escisión" Gedisa. México. 1983.
- GRUNBERGER B.: "Equisse d'une théorie  
psychodynamique du masochisme". R. F. P 1954, 18, 193-214.
- GUILFORD J. P. "An experiment in learning to read  
facial expression" Journal of Abnormal Social Psychology.  
1929.
- GUNDERSON, J. G. et al.: "The diagnostic interview for  
Borderline patients". Am. j. Psychiatr. 138, 896-903. 1981.
- HAMMER, E. F. and PIOTROWSKI, Z. A.: "Hostility as a  
factor in the clinician's personality as it affects his

interpretation of projective drawings (H-T-P). J. of Projective Techniques .1953

HEINELT G. "Entwicklungsspezifische Reaktionen in vorpubertat und Pubertat" Szondiana VI, n.º50 Ag, 1963, pp (167-172).

HERNANDEZ V. "La personalitat "borderline" i el criteri de realitat" Rev. Catal. Psicoan. Vol I, n2. Tardor. 1984.

HERNANDEZ V. I CODERCH J. "Análisi "interminable" distorsió del jo i personalitat "borderline" Rev. Catal. de Psicoanál. Vol. IV, n2 (pp 141-158) 1987.

HOLT, R.R "An approach to the validation of the Szondi test through a systematic study of underliability" Journal of Projective Techniques 1950.

JASPERS K. "Psicopatologia General". Ed. Beta. Buenos Aires 1977.

KERNBERG O.F. "The structural diagnosis of borderline personality organization" In Hortacollis, "Borderline Personality Disorders" International Universities Press (pp.87-121) New York. 1987.

"Les troubles limites de la personnalité" Privat. Toulouse. 1979.

"Trastornos graves de la personalidad " El Manual Moderno. México, 1987.

KHAN M.M.R. "Le fetichisme comme negation de soi". n. r. p. n2 Automme. 1970.

KINABLE J.. "Les abords de la psychopathie" G Cabay.

Louvain-la-Neuve. 1984.

KLOPFER W.G. "An investigation of the associative stimulus values of the Szondi pictures" Thesis .University of California. Los Angeles 1950.

KOHUT H. "La restauración del sí mismo " Paidós. Barcelona .1980.

LACAN J. "Función y Campó de la palabra" En "Escritos" Siglo XXI. México. 1971.

"Las Psicosis". Paidós. Barcelona. 1984.

"Las formaciones del Inconsciente". Nueva Visión. Buenos Aires.

LACAN J., GRANOFF W. "Le fétichisme: le symbolique, l'imaginaire et le réel". l'objet en psychanalyse, denoël. Paris 1986.

LANGFEL H.S. "The judgment of emotions from facial expression" Journal of Abnormal Social Psychology. 1918.

LAPLANCHE J. , Pontalis J.B. "Diccionario de Psicoanálisis". Labor. Barcelona. 1971.

LAROME A. : "Paris-Louvain-Zurich". Psychiatres n43-44.

LEGRAND, M. : "Théorie génétique et validation du test de Szondi". Revue de Psychologie et des Sciences de l'éducation, 1971.

LEGRAND M. : "L. Szondi, son test, sa doctrine". Psychologie et Sciences humaines. Ed. Mardaga, 1979.

LE GUEN C. "El Edipo originario" Amorrortu. Buenos Aires .1976.

LEKEUCHE P.:"Dialectique des pulsions".Cabay .  
Louvain-la-Neuve.1982.

LEKEUCHE,P.y otros.:"Recherches theoricocliniques  
en analyse du destin " CABAY. 1984.

LOPEZ ROSENDE, J.M."Síntomas y coraeteropatías"  
Revista de Psicoaná\_lisis T.XLV, n4, julio-agosto 1988  
pp(837-857).

MACK J.E. "Estados límite en psiquiatría" TORAY.  
Barcelona 1976.

MAHLER

H."Separación-individualización".Paidós.Buenos Aires. 1984.

MALEVAL J.C."Locuras histéricas y psicosis  
disociativas".Paidós.Buenos Aires. 1987.

MARTY P."L'ordre psychosomatique". Payot. París.  
1980.

"La relation objectale allergique" Rev.Fran.De  
psychanal. T.XXII.Jan.-Fev.n1.1958.

MASCARELL S. "Aproximación a la histeria"  
Ed.Mayoria. Madrid 1980.

MASTERSON J.F."Ládolescent borderline" In  
"psychiatrie de l'adolescence Presses Universitaires de  
France.París. 1982.

MÉLON J. " Theorie et pratique du Szondi"

PRESSES UNIVERSITAIRES DE LIEGE. LIEGE.1975.

"La Negation" (pp.199-220) en:"Le moi en  
procés".Cabay.Louvain. 1983.

"L'introjection" (pp,157-178) en : "Le moi en  
procés" Cabay. Louvain. 1983.

- "L'inflation" (pp.245-273) en: " Le moi en procès". Cabay. Louvain.1983.
- MELONJ., LEKEUCHEP. "Dialectique des pulsions". Cabay. Louvain-la -neuve.1982.
- MC GLASHAN, H. "Testing D.S.M.III Symptom Criteria for Schizotypal and Borderline Personality Disorders". Arch. Gen. Psychiatry. vol44. Feb.1987.
- "The Chesnut Lodge Follow-up Study" arch. Gen. Psychiatry. Vol 43. Jan.1986.
- MODELL A.H. "Primitive object relationships and predisposition to schizophrenia". Int, J. Psychoanal, 44:282-292, 1963.
- MORRIS H., GUNDERSON J. et al. "Transitional Object use and borderline Psychopathology" Am.J.Psychiatri 143:12, December 1986.
- NICHOLAIDIS N. "La representation " Dunod, Paris 1984.
- ODES Z. "A study of experimentally induced changes in reponse to the Szondi test" .Szondi Newsletter, 1950.
- ODIER CH. "La angustia y el pensamiento mágico" Fondo de cultura Económica .México. 1961.
- OMMENCE F. "La catatonía y el test de Szondi. Tesis doctoral. 1985.
- OURY, S. : "Szondi avec Lacan". Psychiatries, n43-44. 1981.
- OURY, J. : "Analyse du destin et recontre". Psychiatries, n43-44, 1981.

- PAITON M.B; "Una validación clínica del test de Szondi" Ed. TEA.Madrid.1986.
- PANKOW G."Estructura familiar y Psicosis" Paidós. Buenos Aires. 1979.
- PAZ C. "Estructuras y/o estados fronterizos".Nueva Visión. Buenos Aires. 1976.
- PELEGRIN C. "Ensayo sobre la organización borderline".Rev. de Psicoanálisis T. XLV.n4 pp767-803.Jul\_ag.1988.
- POCH J. "Estudi de la patologia narcisista femenina en la obra de Mercé Rodoreda" Tesis doctoral.Barcelona. 1983.
- POUILLON J. "Fetiches sans feticisme" N!R!P!n2 Automme 1977, (pp.135-147).
- PRUSCHY-BEJARANO, R.:"De la validité du test de Szondi".Annales médico-psychologiques.1953.
- QUACKELBEEN J."Entre la creencia en el hombre y el culto de la mujer".En "Histeria y Obsesión"IV encuentro internacional del campo freudiano.Ed.Manantial.1986.
- RANGELL L."Agresión, Oedipus and historical perspective"Int. J. Psychoanal. 53:3-11. 1972.
- RAPAPORT D.,GILL M. AND SCHAFER R.:"Diagnostic Psychological Testing" Int.Universities Press.New York.1968.
- RASKOVSKY A. "Psicoanálisis de la manía y la psicopatía".Paidós. Buenos Aires. 1979.
- RAY T.S.;and OLDROYD C.R."Skin Resistance and individual personality factors as reflected in the Szondi: a

pilot study. Szondi , News letter, 1957.

REICH W. "Análisis del carácter" Paidós. Buenos Aires. 1965.

ROLLA E. op. cit. de C. PELEGRIN. "Discusión al texto de C. Pelegrin".

ROSOLATO G. "Essais sur le symbolique" Gallimard. Paris. 1969.

ROSTIN P. : "Essai sur les rapports theoriques de concepts psychoanalytiques et ceux mis en jeu par la pratique du Szondi". Memoire. Bordeaux, 1985.

SAMI-ALI "Le visuel et le tactil. Essai sur la psychose et l'allergie". Dunod. Paris. 1984.

SAURI J/J. "Las histerias". Nueva visión. Buenos Aires. 1975.

SAUSSURE F. "Curso de lingüística general" Ed. Alianza. Madrid. 1987.

SCHARBACH H. "La morosité" Anuales Médico-Psychologiques. Vol 146, n1-2. 1988.

SCHOTTE J. "Recherches nouvelles sur les fondements de l'analyse du destin": Centre de Psychologie Clinique. Louvain. 1975.

SCHOTTE, J. : Positions personnelles et positions pulsionelles "Psychiatries, n43-44. 1981.

SCHOTTE, J. : "Recherches nouvelles sur les fondements de l'analyse du destin". Louvain. 1975-76.

SCHOTTE, J. : "Compléments historiques et systematiques du coté de l'analyse szondienne". Psychiatries n43-44, 1981.

SCHOTTE, J. : "A propos du principes de polarité dans le system pulsional de l'analyse du destin" Psychiatries, n43-44. 1981.

SEGAL H. "Introducción a la obra de M. Klein". en M. Klein "Obras completas" Paidós. Buenos Aires. 1979.

SIDNEY SIEGEL "Estadística no paramétrica" Ed. Trillas. México. 1979.

SMIRNOFF V.N. "La transaction fétichique" N.R.P. n2. Automne. 1970.

SOLE-SEGARRA, L. LEONHARD "Manual de Psiquiatría". Morata. Madrid. 1953.

SOLVEY L.M. "Acerca de la estructura defensiva en pacientes narcisistas". Revista de Psicoanálisis, T, XL VI, n1, 1989 pp(37-61).

SOTO YARRITU, A. Concepcion, A.M. Diaz: "Relación entre los indices sexual y social en un grupo de sanos y enfermos psicoticos" Rev. de Psic. Gen. y Aplicada. T. XXLI, n88-89. 1967.

SOTO YARRITU F. y Cervera Enguix.: "Estructura y posición de la psicología del destino". Rev. de Psi. Gen. y Aplicada, n154, 1978.

SZONDI, L. "Tratado del diagnóstico experimental de los instintos". Biblioteca Nueva. Madrid. 1970.

SULLIVAN H.S. "Estudios clínicos de Psiquiatría" Ed. Psique. Buenos Aires. 1974.

THOMAS "Mecanismos del pensamiento y creación del conocimiento" Conferencia. Colegio de Psicólogos. Barcelona. 1988.

- TOSQUELLES F. "Seminario sobre Szondi". I.P.M. 1989.
- "Seminario sobre Szondi". I.P.M. 1983.
- "Seminario sobre Psicopatias". I.P.M. 1982.
- "Estructuras y reeducación terapéutica". Fundamentos. Madrid. 1972.
- VACCAREZZA L. "¿Usted no es mi padre!". Apertura n1. 1986. pp(130-139).
- VALLEJO A. "Tratado de la Psiquiatría". Salvat. Barcelona. 1944.
- WALLON H. "Del acto al pensamiento". Psique. Buenos Aires. 1978.
- WEBB M.W. "Basic personality traits Characteristics of the Chronic Lung Disease, Emphysema". Szondiana III, n43 (pp. 222-243) Aug. 1960.
- WILSON A. "Boundary Disturbance in Borderline and Psychotic States". Journal of Personality Assessment, 49,4,1985, (pp 346-355).
- WINNICOTT D.W. "La familia y el desarrollo del individuo" Hormé. Buenos Aires. 1980.
- "El niño y el mundo externo", Hormé. Buenos Aires. 1980.
- "Juego y realidad" Gedisa. Barcelona. 1979.
- "La theorie de la relation parent-nourrisson" (1960).
- En " De la pédiatrie á la psychanalyse" Payot. Paris. 1969.

ANEXO MATERIAL.

CLINICO Y TESTOLOGICO.

SUJETO I - A.F., 17 años. Mujer

Resumen de la enfermedad.

La paciente, en su infancia, sufría de vómitos repetidamente, hasta que cumplió los cinco años. No se detectó ninguna enfermedad orgánica, según el pediatra, y cuando en ocasiones, la madre le hacía comer lo vomitado, no volvía a hacerlo.

Hay que resaltar, que la madre vomitó durante todo el embarazo.

Aunque caminó al cumplir el año, solía estar quieta, porque se caía mucho, pero hablaba con profusión. Hasta el punto, que al ir a la escuela, recibía reprimendas por tanta charlatanería.

Estuvo en la habitación de los padres hasta los cuatro años, y a los cinco, nace el hermano y le quita el chupete. También deja de vomitar.

Le gusta fantasear una vida diferente y desde los ocho años sufre de cefaleas, que persisten en la actualidad.

Desde los doce años, tiene fobia a que le huele mal el aliento, luego, que tiene la boca mal, teme padecer enfermedades, "piorrea como mi padre", enfermedades de la piel y de los órganos genitales.

Ha sufrido sensaciones de extrañeza, como si su cuerpo estuviera cambiando y enfermándose, lo que le producía mucha angustia.

A los catorce años abandona el bachillerato, pues le costaba mucho esfuerzo el estudio y ciertas ideas la

interrumpen con mucha frecuencia y se le quedan fijadas. Recuerda que de pequeña tenía que esconder los muñecos porque creía que la miraban. Ahora, en ocasiones, cree que la desprecian, que no sirve para nada, que no la quieren. Yendo por la calle, tiene que volverse para ver si su padre está detrás, piensa que la vigila. Incluso ha llegado a "como que me hablaba y no estaba". Otro día, al despertarse, vió "una mano de hombre con una pulsera que quería estrangualrla".

Estos episodios la hacen recluirse en casa, con cefaleas, tristeza y también dice sentirse rara, pues trata de mostrarse en la calle, desafectiva, inalterable, "como si no sintiera nada", cuando se nota herida. Otras veces se sorprende de no sentir nada "como un vacío".

En sus relaciones con las personas más próximas, es ambivalente, pues alterna la dependencia y amabilidad, con ataques, rencores y agresiones, lo que ha llevado a tener que ingresarse de urgencia, por crisis de violencia hacia los demás y contra si misma, a base de ingerir antidepresivos. Cree que esta bajo la influencia de la magia.

Estas conductas y trastornos han ido persistiendo durante los últimos años, de manera que ha necesitado de su ingreso, voluntario, en el Centro J.Serrailh, con separación de su familia.

SUJETO 1

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		+	+	0	-	-!	+	-	+	1	2		
2		0	+	0	-	-	+	+	-	2	1		
3		+	+	+	0	-	0	-	-	2	1		
4		0	+	+	0	-!	+	+	-	2	1		
5		0	+	+	-	-!	0	0	±	3	1		
6		0	+	+	-	-!	+	0	±	2	1		
7		-	+	0	-	-!	+	-	+	1	1		
8		0	+	+	-	-!	+	0	-	2			
9		+	+	+	-	-!	+	0	-	1			
10		0	0	+	-	-!	+	0	±	3	1		
Σ 0		6	1	3	2		2	5		19			Σ 0
Σ ±		2						2	5		9		Σ ± 21
Tend. Sp. Gr.		8	1	3	2	0	2	7	5			26	Sy% 35
Quant. Sp. Gr.										Σ!			
Dur										Dur = 1			
Moll										Moll = 1/22			
Σ Soz. +													
Σ Soz. -													Soz. Index = 46%

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{h_1^0 d_1^0}{h_2^0 d_2^0}$$

$$\frac{z_1^0 + z_2^0 + z_3^0 + z_4^0}{m_1^0 e_2^0 h_3^0 p_2^0}$$

$$s_1^+ k_0^-$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{S_{s^+}}{7} : \frac{C_{m^-}}{2} : \frac{Sch_{k^-}}{2} : \frac{Pl_{h^-}}{1}$$

c) Triebklasse:

$$S_{s^+}$$

Síntomas y rasgos de carácter:

- Neurosis: Ideas hipocondríacas, fóbicas, Extrañeza.
- ↑ Caracterial: Morosidad, vacío, tristeza, autodepreciación y exigencia, auto-alogresividad.
- Psicosomática: Cefaleas
- Psicopatía
- Psicosis: Ideas sobrevaloradas, Alucinaciones hipnagógicas.

Diagnóstico:

Caracterosis Depresivo-histérica y síndrome polineurótico (fóbico-hipocondríaco-despersonalizado)

SUJETO II. F.F. 16 años. Mujer.

Resumen de la enfermedad.

Durante los dos años anteriores a su ingreso en el Centro Jean Sarrailh, la paciente mostraba dificultades escolares crecientes, con autoexigencia que se acompañaba de angustia difusa y casi permanente, a veces, en relación con el rendimiento académico y otras veces sin aparente motivo.

Fue disminuyendo todo interés por la relación con los demás, retrayéndose, sintiéndose triste, desanimada e incluso con ideas de suicidio. También dejó de comer hasta el punto de perder peso durante los últimos cuatro meses anteriores a su ingreso, que se acompaña de amenorrea, aunque este trastorno no era anterior y posterior a la pérdida masacrada de la alimentación. Este síndrome anoréxico, cedió, en cuanto al síntoma de la alimentación, rápidamente.

También padecía de trastornos de la tensión arterial, consistente en variabilidad de la misma y que se manifestaba con eventuales lipotimias. También existía un soplo sistólico funcional.

Reacciones eczematosas cutáneas inespecíficas, hacían su aparición de forma espontánea.

Durante los últimos años sufrió de infecciones con inflamación de las amígdalas de forma recidivante.

Al mismo tiempo, y sin relación clara con el trastorno anterior, se detectaron, incluso durante meses, picos d;febriles de 39,5 9C, que duraban semanas y que alteraban con apirexia, para luego mantenerse normal

durante otros cuantos meses. A pesar de las exploraciones somáticas realizadas en Hospital General, no se concluyó una clara explicación etiológica.

La paciente se muestra con una alterancia, en su campo relacional, entre la retracción antes aludida y la imposición frente al otro.

Sin entrar en su historia familiar, la paciente era confidente de su madre, respecto de los conflictos que ésta tenía con su marido, persona de muy difícil carácter. Madre e hija se tratan sin diferencias generacionales frente al padre.

Antecedentes: La paciente presentó, en su infancia, vómitos de repetición hasta los tres meses; destacando, más tarde, una mala adaptación escolar, al parecer debido a los fuertes celos que tenía de su hermano pequeño.

La frecuencia e intensidad de estos síntomas no interrumpían gravemente su adaptación, remitiendo los periodos agudos relativamente pronto y manteniéndose en equilibrio, con un carácter exigente, impositivo, con descargas agresivas ante la frustración, pero de tipo verbal.

SUJETO 1

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		+	+	0	-	-!	+	-	+	1	2		
2		0	+	0	-	-	+	+	-	2	1		
3		+	+	+	0	-	0	-	-	2	1		
4		0	+	+	0	-!	+	+	-	2	1		
5		0	+	+	-	-!	0	0	±	3	1		
6		0	+	+	-	-!	+	0	±	2	1		
7		-	+	0	-	-!	+	-	+	1	1		
8		0	+	+	-	-!	+	0	-	2			
9		+	+	+	-	-!	+	0	-	1			
10		0	0	+	-	-!	+	0	±	3	1		
Σ 0		6	1	3	2		2	5		19		Σ 0	
Σ ±		2						2	5		9	Σ ±	2! ↑
Tend. Sp. Gr.		8	1	3	2	0	2	7	5			26 Sy%	35
Quant. Sp. Gr.												Σ!	
Dur												Dur = 1	
Moll												Moll = 122 =	
Σ Soz. +												Soz. Index = 46 %	
Σ Soz. -													

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{h_8 d_7}{m_5 e_3 h_2 p_2} \frac{c_1 o_1}{s_1 k_0}$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{S_s^+}{7} : \frac{Q_{mi}^-}{2} : \frac{Sch K^-}{2} : \frac{Plu y^-}{1}$$

c) Triebklasse:

$$S_s^+$$

Sintomas y rasgos de carácter:

Neurosis: Ideas hipocondríacas, fóbicas, Extrañeza.

↑ Caracterial: Morosidad, vacío, tristeza, autodepreciación y exigencia, auto-alogresividad.

Psicosomática: Cefaleas

Psicopatía

Psicosis: Ideas sobrevaloradas, Alucinaciones hipnagógicas.

Diagnóstico:

Caracterosis Depresivo-histérica y síndrome polineurótico (fóbico-hipocondríaco-despersonalizado)

SUJETO III A.M. 18 años, mujer.

Resumen de la enfermedad.

La paciente muestra durante su adolescencia una preocupación desenfrenada por obtener éxitos escolares (los padres eran ambos profesores). Este esfuerzo la hacía trabajar muy intensamente, ocupando todas las horas del día, sin dejar tiempo para el ocio y el descanso.

Constantemente se sentía angustiada e inquieta, surgiendo en ella ideas de incapacitación, con temores a padecer enfermedades, sobre todo de cáncer. Cuando se le presentaban estas ideas hipocondriacas tenía que lavarse las manos y repetir la palabra "no", a modo de rituales obsesivos, para conjurar el peligro de enfermedad.

Cuando la angustia es mayor, tiene la impresión de que se le escapa el pensamiento, "como si tuviera gusanos en la cabeza". Sufre vivencias de separación, entre su cerebro que se va hacia un lado y sus órganos sexuales hacia otro.

Cuando le surgen deseos e ideas, en torno a la sexualidad se siente culpable de deseos homosexuales y de realizaciones masturbatorias.

En varias ocasiones ha sufrido crisis de despersonalización, acompañadas de intensa angustia y vivencias persecutorias. Alguno de ellos desencadenado por antidepresivos, que se le habían recetado, dado su estado depresivo, su tristeza, crisis de llanto muy repetidas y ligadas con frecuencia a no obtener las expectativas y altas metas que se proponía. Incluso esta hiperactividad se

acompañó de importante pérdida de apetito y peso, sin amenorrea. La anorexia era más bien un síntoma que se reunía con la tristeza, el llanto, los gritos y llamadas de atención.

Los pocos períodos asintomáticos, por tanto, la frecuencia e intensidad de las crisis, conllevan una mala adaptación.

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		+	+	0	-	±	-	-	±	1	3		
2		-	±	-	0	+	+	0	±	2	2		
3		-	±	+	-	+	+	0	0	2	1		
4		+	±	-	-	+	+	0	+	1	2		
5		-	±	+	-	+	0	0	+	2	1		
6		0	-	0	-	+	±	0	±	3	2		
7		-	-	+	±	+	+	0	+	1	1		
8		-	-	0	+	+	±	0	+	2	1		
9		-	-	-	0	+	+	0	±	2	1		
10		-	0	0	0	±	+	-	+	3	1		
Σ 0		1	1	4	3		1	8	1	11		Σ 0	1'26
Σ ±		2	4		1	2	2		4		15	Σ ±	
Tend. Sp.Gr.		3	5	4	4	2	3	8	5			34	Sy% 42'5
Quant. Sp.Gr.											Σ :		
Dur												Dur	$\frac{1}{1'22} =$
Moll												Moll	
Σ Soz. +												Soz. Index	$= 45'45\%$
Σ Soz. -													

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{d_8^0 \mu_5^{++} s_5^+}{e_4^0 h_4^0 p_3^{++} H_3^+} \cdot k_2^{+,+}$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{C_{\mu^+}}{3} : \frac{S_{h^-}}{2} : \frac{S_{Sch^+}}{1} : \frac{P}{0}$$

c) Triebklasse: Cuatrivalvica

$$C_{\mu^+} S_{h^-} S_{Sch^+} P$$

Síntomas y rasgos de carácter:

† Neurótico: Temores hipocondríacos, Rituales obsesivos, Vivencias de despersonalización, Sentimiento de culpa.

† Caracterial: Inquietud, Angustia de autoexigencia, y Búsqueda de apoyo.

Psicosomático: Anorexia.

Psicopático: Pasaje al acto de rabia, llanto, histrionismo autolesivo.

Psicótico: Ideas sobrevaloradas y deliroides. Creencias delirantes pasajeras.

Diagnóstico:

Characterosis infantil y Síndromes psicótico paranoide, despersonalización e hipocondríaco.

SUJETO IV- P.K. 19 años, mujer.

Resumen de la enfermedad.

La paciente durante los tres años anteriores a su ingreso en el Centro, cada mes presentaba algún trastorno bien somático-infeccioso, como amigdalitis o infección urinaria, y también de comportamiento, con provocaciones para obligar a la familia de acogida, a que la expulsara.

Es una persona inquieta, hiperactiva, con intereses por los oficios (estudia formación profesional de electricidad) más que por ejercicios mentales o reflexivos.

Esta hiperactividad se pone en relación con algunos accidentes que ha sufrido, como la fractura de la cuarta vértebra sacra, o una fractura en la mano que le ha ido produciendo, a lo largo de los años, infecciones de repetición.

También ha padecido de eczemas y erupciones, al parecer de carácter autoinmune, cefaleas frecuentes y una crisis, con pérdida de conocimiento, que se diagnosticó de coma pseudoepiléptico, en el Hospital General, sin clara etiología.

Su modo de ser, con predominio de la actuación, tanto en su vocación de trabajo, como en sus relaciones interpersonales, teñidas de provocación transgresiva y de búsqueda de apoyo y protección, pueden explicar la tendencia a accidentarse, que debe estar sostenida por un ánimo depresivo y abandonico rechazado (su historia familiar es elocuente: abandonada por sus padres), que le lleva "accidentalmente a tragarse alfileres."

Esta provocación, en la que busca ser cogida, sostenida por la fuerza, se plasma en el momento que llega el fin de su estancia en el Centro y la angustia de abandono le lleva a subirse al tejado con una escopeta de cartuchos que se había comprado. Felizmente, en esta ocasión no se produjo accidente alguno.

Estas manifestaciones sintomáticas no eran excesivamente frecuentes o desadaptativas o intensas, por lo que situamos a la paciente en un subgrupo caracterial, más próximo a la línea neurótica.

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		-	-	+	0	0	+	0	±	3	1		
2		-	-	+	-	-	+	0	+	1			
3		0	-	+	0	-	+	0	+	3			
4		-	-	+	-	0	+	0	±	2	1		
5		±	-	+	-	0	+	0	±	2	1		
6		-	-	+	-	-	+	0	+	1			
7		±	-	0	-	-	+	+	+	1	1		
8		±	-	-	-	0	+	+	+	1	1		
9		-	-	+	-	0	+	0	0	3			
10		+	-	0	-	0	+	0	0	4			
Σ 0		1		2	2	6		8	2	2			Σ 0 4 1/2
Σ ±		3							2		5		Σ ± 4 1/2
Tend. Sp. Gr.		4	0	2	2	6	0	8	4			26	Sy% 32 1/5
Quant. Sp. Gr.												Σ!	
Dur												Dur = 1	
Moll												Moll = 7	
Σ Soz. +													
Σ Soz. -													Soz. Index = 37 1/2%

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{d_8^0 k_6^0}{h_4^{+0} m_4^{+0} e_2^{+0} l_4^{-0}} \cdot \frac{s_0^- p_0^+}{1}$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{Schp^+}{6} : \frac{Cum^+}{4} : \frac{S's^-}{4} : \frac{P}{0}$$

c) Triebklasse:

$$Schp^+$$

Síntomas y rasgos de carácter:

- Neurótico: Sentimiento de tristeza, desprotección que manifiesta provocando a quien le infunde apoyo y luego, culpa.
- Caracterial: Tendencia a transgredir, rol de líder pasajero, buen contacto con sus iguales.
- Psicosomático: Erupciones en piel, cefaleas, Coma pseudo-epiléptico.
- Psicopático: Inquietud, hiperactividad, Tendencia a accidentarse., provocaciones, pasajes al acto.
- Psicótico

DIAGNÓSTICO:

Caracterosis abandonica y síndrome impulsivo-actuador y psicossomático.

SUJETO V - L.S. 16 años, hombre.

Resumen de la enfermedad.

Lo que destaca del paciente, son los problemas escolares, sus bajos rendimientos durante la adolescencia.

Esto se acompaña de conductas repetidas de transgresión. No respeta los horarios ni las normas. En la casa familiar padres e hijos se pelean, incluso físicamente. También, muy frecuentemente, lo hacen los padres entre sí, mientras que la abuela materna protege al paciente de la cólera del padre.

Hay una rivalidad intensa entre el padre e hijo. La madre dice "son dos niños". Es hijo único y sus padres son jóvenes.

El paciente, en este afán transgresor, ha llegado a realizar algunos robos, usa de la mentira y aparenta ser un muchacho de orden.

A pesar de ser físicamente menudo, tiene capacidad de liderar y conducir los deseos transgresores de algunos compañeros, es capaz de seducirlos y envolverlos en actividades transgresoras y delictivas. Durante su estancia en el Centro, fue descubierto por la policía, unas semanas después de efectuar el robo de un ordenador en un comercio. Aparentemente bien adaptado, simpático cuando busca el contacto e hipersensible a la frustración, confiesa "voy a vengarme de lo que me hicieron sufrir" (refiriéndose a sus padres). Existe una envidia que le conduce al robo, eventualmente. Al estar en un medio distinto al familiar, es capaz de mantenerse bastante bien adaptado. Estas

características y la poca frecuencia de trastornos antisociales graves, que constituye el sintoma prevalente, la transgresión, hace que lo situemos del lado de la línea caracterial próxima a las neurosis.

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		+	+	-	0	+	-	+	+	1	1		
2		-	+	±	0	0	-	±	+	2	2		
3		-	+	±	-	-	-	+	+		1		
4		+	0	0	-	-	-	+	+	2			
5		+	+	0	-	-	-	+	+	1	1		
6		-	+	+	-	-	-	0	+	1			
7		0	+	+	-	-	+	-	+	1			
8		0	-	+	-	-	-	+	±	1	1		
9		-	+	+	-	-	-	+	+				
10		-	+	+	-	-	-	+	+				
Σ 0		2	1	2	2	1		1		9			Σ 0 15
Σ ±		1		2		1		1	1	6			Σ ±
Tend. Sp.Gr.		3	1	4	2	2	0	2	1			15	Sy% 23'43
Quant. Sp.Gr.										Σ!			
Dur										Dur = 1 = 0'86			
Moll										Moll = 1			
Σ Soz. +													
Σ Soz. -													Soz. Index = 42'5%

I. Trieblinäus-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{e_4^0 h_3^0}{d_2 k_2 h_2 s_1 m_1} P_0^-$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{Sch_p^-}{2} : \frac{S_s^+}{2} : \frac{Phy^-}{2} : \frac{Cm^+}{1}$$

c) Triebklasse: *Contriválrica.*

$$Sch_p^- S_s^+ Phy^- Cm^+$$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurosis

Caracterial: Hipersensible a la frustración, teatral, goce de transgresión.

Psicosomático:

↑ Psicopático: Perversidad de carácter, manipula al otro y gusta del robo.

Psicótico

DIAGNÓSTICO:

Caracterosis de perversidad de carácter y síndrome actor-transgresor.

SUJETO VI - F.V. 16 años, hombre.

Resumen de la enfermedad.

El paciente presenta un carácter afable y simpático al contacto, logrando estar en varios grupos de jóvenes y llevándose bien con todos ellos. Tiene facilidad para manejar al grupo.

Ha tenido tendencia a sufrir caídas y lesiones accidentales. Más tarde, durante la primera adolescencia, con trece, catorce y quince años, comenzó a cometer robos, según dice, para "demostrar lo que valía" y "desafiar a mi padre". Muestra una conciencia de enfrentamiento al padre, que acaba haciendo imposible la convivencia familiar.

El paciente comete transgresiones en la escuela, consume esporádicamente haschish y alcohol, no se ajusta a los horarios en casa ni en la escuela. El padre realiza ingestas tóxicas del tipo de embriaguez patológica, mostrándose violento.

Se da la coincidencia, que el paciente presenta un mal rendimiento en las clases de alemán y de ciencias naturales, mientras que se mantiene aceptablemente en las demás. Resulta que los padres son profesores de estas dos asignaturas.

Respecto de sus comportamientos transgresores, nos dice "a veces no me doy cuenta de que hago las cosas mal, creo que no soy malo, luego me doy cuenta", mostrándonos una capacidad de culpa.

Estos trastornos transgresores de pasaje al acto, desde comienzo de su existencia en el Centro, fueron de poca

envergadura, de manera que la simple separación del núcleo familiar, facilitó la remisión paulatina de los rasgos comportamentales más graves, a la vez que establecía con un enfermo una relación de dependencia y provocación, juego a través del cual, intentaba dilucidar la diferencia generacional.

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		-	-	+	0	-	+	0	+!!	2			
2		-	-	+	-	+	±	0	+!	1	1		
3		-	-	0	-	-	+!	-	+!	1			
4		±	-	0	-!	0	±!	0	+	3	2		
5		-	-	0	-	-	+	0	+!!	2			
6		-	+	+	-	-	±	0	+	1	1		
7		±	0	0	0	-!	+	-	+	3	1		
8		-	+	±	-	-	+	+	+		1		
9		-	-	+	-	-	+	-	+				
10		-	-	+	-	-	+	+	+				
Σ 0			1	4	2	1		5		13			Σ 0 2116
Σ ±		2		1			3			6			Σ ±
Tend. Sp. Gr.		2	1	5	2	1	3	5	0			19	Sy% 29'68
Quant. Sp. Gr.										Σ!			
Dur										Dur = $\frac{1}{2}$			
Moll										Moll. = $2\frac{1}{2}$			
Σ Soz. +													
Σ Soz. -													Soz. Index = 47'6%

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{d_3^0 e_5^{0!}}{p_2^{±+} h_{y2}^{0-} h_2^{±-} s_1^{0-} k_1^{0-}} \cdot m_0^{+}$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{C_{ut}^{+}}{5} : \frac{P_{hy}^{-}}{3} : \frac{Schk^{-}}{2} : \frac{S_s^{-}}{1}$$

c) Triebklasse:

$$C_{ut}^{+}$$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurótico

↑ **Caracterial:** Seductor, Teatral.

Psicosomático

Psicopático: Actuador, Transgresor, Tendencia a sufrir accidentes.

Psicótico

DIAGNOSTICO:

Characterosis histórica y síndrome actuador

SUJETO VII - J.P.M. 19 años, hombre.

Resumen de la enfermedad.

El paciente pertenece a una segunda generación de emigrantes portugueses. Es de constitución fuerte, pero de poca estatura, y sobre esta imagen ha ido constituyendo una creciente preocupación corporal. Piensa que lo rechazan por ser poco agraciado y en general se autodeprecia. Se ha ido retrayendo, recortando sus relaciones interpersonales, inhibiéndose en sus actividades y rendimientos escolares.

La suspicacia, desconfianza y sensibilidad han ido creciendo durante el último año, sufriendo de sensaciones de extrañamiento y despersonalización, alcanzando vivencias agudas de autorreferencia e incluso sentimientos de influencia.

En el Centro, cuando se analizan en grupo sus rendimientos académicos, defectuosos, se pone muy irritado se siente profundamente herido, hasta el punto de creer que hay un complot en contra suyo, reaccionando violentamente.

Rechaza tomar cualquier clase de medicamentos, a pesar de reconocer que tiene problemas psíquicos (en su familia no se acepta la enfermedad mental del paciente).

En un momento en que se siente acorralado y herido, realiza una ingesta medicamentosa, con más intención de crear alarma, que no de suicidarse.

La presente sugestibilidad y desconfianza, se resiente entre situaciones de frustración y abandono (como cuando un profesor, al que le tenía gran aprecio, dejó el Centro), desencadenándose vivencias psicóticas de alusión,

con reacciones violentas por su parte (cree que le dicen "¿ Parece que estabas enamorado del profesor? ").

Año y medio antes de su ingreso en el Centro Jean Sarrailh, hubo de estar internado en un Hospital psiquiátrico con el diagnóstico de Bouffée delirante.

Ordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		+	+	-	-	+	-	-	+	!!!			
2		-	+	-	0	0	-	-	+	!!!	2		
3		+	+	-	0	-	0	0	+	!!!	3	1	
4		+	+	-	0	-	0	-	+	!!!	2	1	
5		+	+	-	-	-	+	-	+	!!!		1	
6		+	0	0	-	-	+	-	+	!!!	2	1	
7		+	+	0	-	-	0	-	+	!!!	2	1	
8		+	+	0	-	-	0	-	+	!!!	2		
9		+	0	0	-	-	-	-	+	!!!	2	1	
10		+	+	0	-	-	+	-	+	!!!	1		
Σ 0			2	5	3	1	4	1		16			Σ 0 2'66
Σ ±		6									6		Σ ±
End. Sp. Gr.		6	2	5	3	1	4	1	0			22	Sy% 27'5
Quant. Sp. Gr.											Σ 1		
Dur											Dur = 3'44 =		
Moll											Moll = 1		
Σ Soz. +													Soz. Index = 43'54%
Σ Soz. -													

I. Triblinnäus-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{h_6^+ e_s^0}{p_4^0 - h_y^0 - s_2^0 + k_1^0 - d^0 - m_0^+}$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{S_s^+}{4} : \frac{Sch_k^-}{3} : \frac{Ph_y^-}{2} : \frac{C_m^+}{1}$$

c) Triebklasse: Triválvica

$$S_s^+ Sch_k^- Ph_y^- C_m^+$$

Síntomas y rasgos de carácter:

↑ **Neurótico:** Vivencias de despersonalización. Inhibición, Depreciación de sí mismo, especialmente de su imagen del cuerpo.

↑ **Psicosomático**

**Psicopático:** Intento de suicidio manipulador. Descargas violentas heteroagresivas.

**Psicótico:** Crisis paranoide, ideas de autorreferencia, sentimientos de influencia.

DIAGNOSTICO:

Characterosis paranoide y síndrome paranoide despersonalizador con descargas auto-aloagresivas.

SUJETO VIII - L.G. 17 años, hombre.

Resumen de la enfermedad.

El paciente se muestra inhibido, retraído con dificultades para hablar de si mismo.

Comenzó presentando problemas escolares, de un bajo rendimiento que se puso en relación con los crecientes conflictos parentales, presentes desde su nacimiento. El padre era alcohólico y violento cuando concibió al hijo.

Tiene muchos conflictos y discusiones, preferentemente, con su padre.

La pareja parental se ha llevado mal desde que se casaron y el paciente es el hijo único. Ya cuando tenía 8 meses se golpeaba la cabeza contra los barrotes de la cuna, tenía terrores nocturnos y no controla los esfínteres hasta los doce años. A los catorce meses se cayó por las escaleras. Además padece alergias múltiples y se le diagnostica Psoriasis a los dos años. Ha sufrido accidentes con fractura de ambos brazos.

En el Centro, alejado de su hogar, desarrolla una vida bien adaptada, sin enfrentamientos, que casi exclusivamente tenían que ver con su padre, pero, en una primera etapa, aparece esta fuerte inhibición que le bloquea en los estudios, en las relaciones con los demás, a los que evita, en la imposibilidad de hablar de sí mismo, e incluso de participar en un grupo de música, que era su principal afición (y profesión del padre). Esta inhibición que no le impide alimentarse o dormir normalmente, ha alternado con crisis conversivas, del tipo de pinchazos en

el corazón y esporádicas vivencias de despersonalización, con una ambivalencia entre la fantasía de llegar a ser un gran artista y un sentimiento de que no logra realizar nada bien.

Estos trastornos psicopatológicos, escolares y relacionales, que se incrementan durante el último año, son los que deciden su ingreso en el Centro.

3. Ordnung Grundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T So	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		0	±	±	-	-	-	+	+	1	2		
2		0	-	-	±	-	0	0	+	3	1		
3		-	0	0	±	-	-	0	+	3	1		
4		-	+	0	±	±	0	0	+	3	2		
5		-	±	+	+	-	0	0	0	3	1		
6		-	±	0	±	-	+	0	+	2	2		
7		0	±	0	+	-	-	0	+	3	1		
8		-	-	+	±	±	-	0	0	2	2		
9		0	-	+	+	±	-	0	0	3	1		
10		-	-	0	+	±	-	0	+	2	1		
Σ 0		4	1	5			3	9	3	25			Σ 0 17%
Σ ±			4	1	5	4					14		Σ ± 17%
Tend. Sp. Gr.		4	5	6	5	4	3	9	3				39 Sy% 48% 75
Quant. Sp. Gr.										Σ!			
Dur.										Dur	122		
Moll.										Moll	1		
Σ Soz. +										Soz. Index			64,58%
Σ Soz. -													

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{P_9^0 \quad e_6^{\pm}}{g_5^{\pm} \quad h_{15}^{\pm} \quad h_4^0 \quad k_4^{\pm}} \\ \frac{P_3^0 \quad m_3^0}{}$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{C_{m+}}{6} : \frac{S_{chp-}}{1} : \frac{P_{hy+}}{1} : \frac{S_{h-}}{1}$$

c) Triebklasse:

$$C_{m+}$$

Sintomas y rasgos de carácter:

↑ **Neurótico:** Crisis conversiva esporádica. Gran inhibición (Intelectual y Afectiva); Vivencia de despersonalización.

**Caracterial:** Introverso, evita el contacto.

**Psicosomática:** Alergias, Psoriasis en la infancia.

**Psicopatía:** Actuaciones agresivas frente al padre con crisis de cólera.

**Psicótica**

DIAGNOSTICO:

Caracterosis narcisista-fóbica (evitación) y síndrome inhibición-explosión, despersonalizador y psicossomático.

SUJETO IX - M.L.17 años, mujer.

Resumen de la enfermedad.

Cuando la paciente tenía trece años fue violada.

Al año siguiente, sufrió un atropello, por parte de un coche, sin lesiones de importancia.

A continuación, es decir, dos años antes de su ingreso en el Centro Jean Serrailh, comienza a bajar su rendimiento escolar, presenta un llanto difícil, pérdida de sueño, a la vez que se irrita por cualquier cosa. De pronto se exclama, muy angustiada, diciendo que tiene miedo a morirse y que le va a ocurrir una desgracia.

Durante este periodo depresivo, intenta superarlo, arreglándose, pero exagera sus vestidos hasta la excentricidad, lo que hacía crecer los conflictos y discusiones en el seno familiar.

La paciente estaba disgustada consigo misma, y frente al espejo, sufre una crisis intensa de despersonalización. Convencida de que se estaba produciendo una transformación de su cuerpo, hace un intento de suicidio con ingesta de medicamentos, teniendo que ser hospitalizada.

Presenta con frecuencia crisis de angustia y sentimientos de extrañeza, así como temores hipocondríacos, a estar embarazada, a sufrir de una enfermedad genital, porque nota dolores en el vientre. Todo ello suele acompañarse de angustia y culpabilización, con discusiones, hacia sus padres, insultándolos y achacándolos intenciones de perjudicarla.

Predomina el sentimiento de autodepreciación de su imagen corporal y los temores hipocondríacos, que al agudizarse, se convierten en crisis persecutorias, despersonalizadoras, de angustia de muerte y actuación suicida, conteniendo una petición de ayuda.

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		-	+	0	±	-	-!	0	+	2	1		
2		-	+	+	+	-	0	-	+	1			
3		0	-	±	+	-	+	-	+	1	1		
4		-	+	-	+	-	+	-	+				
5		-	0	-	+	0	+	-	+	2	1		
6		-	-	-	-	-	+	0	+	1			
7		-!	0	-	+	0	+	-!	+	2			
8		-	+	±	±	0	+	-	0	2	2		
9		-!	+	-!	+	0	+	-	+	1			
10		-	+	±	-	0	+	0	0	3	1		
Σ 0		1	2	1		5	1	3	2	15		Σ 0	2'5
Σ ±				3	3					6		Σ ±	
Tend. Sp. Gr.		1	2	4	3	5	1	3	2		21	Sy%	26'25
Quant. Sp. Gr.										Σ!			
Dur										Dur = 1'85 =			
Moll										Moll = 1			
Σ Soz. +													
Σ Soz. -													Soz. Index = 403%

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{0- \pm 0, -}{K_5 E_4}$$

$$\frac{d_3^0- \quad \pm+ \quad 0+ \quad 0+}{h_3 \quad S_2 \quad u_2}$$

$$\frac{h_1^0- \quad 0+}{P_1}$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{Sch_p^+}{4} : \frac{C_{ut}}{1} : \frac{Sh^-}{1} : \frac{Ph^+}{1}$$

c) Triebklasse: Triválvica.

$$Sch_p^+ C_{ut} Sh^- Ph^+$$

Síntomas y rasgos de carácter:

- † Neurótico: Llanto fácil, insomnio, inhibición del rendimiento escolar. Crisis de angustia aguda, Ideas hipocondríacas. Vivencias de despersonalización.
- † Caracterial: Irritabilidad relacional, sobre todo con la familia. Excentricidad en el vestir, provocadora y hipocondríaca depresiva.

Psicosomática

Psicopática: Intento de suicidio. Crisis y descargas de cólera.

Psicótico: Ideas sobrevaloradas de transformación corporal y de contenido persecutorio.

DIAGNOSTICO:

Caracterosis depresivo-hipocondríaco y síndrome paranoide, despersonalizador con descargas agresivas.

SUJETO X - E.S.17 años, hombre.

Resumen de la enfermedad.

Los padres destacan el conflicto familiar permanente, en el que el paciente esta involucrado. Nos dicen: "Era un niño difícil desde los tres años".

El paciente se muestra exigente, continuamente se dirige a su madre, para que le hable, lo cuide, le cubra necesidades (llevarle la comida a la cama), de manera que, en cuanto no se siente plenamente satisfecho, esto es, frustrado, estalla en cólera, grita, rompe algún objeto. En ocasiones se ha fugado de casa, incrementando la controversia que tienen sus padres por la educación del paciente.

También ha realizado consumo de drogas, tanto para eliminar la angustia que siente de manera casi permanente, como para manifestarla ante los demás.

En situaciones semejantes y de conflicto familiar, amenaza con que se va a suicidar, aunque no ha llegado a realizarlo.

La rivalidad y enfrentamiento al padre son frecuentes. El rechazo hacia su padre, que es policía, lo describe así "me das miedo, no comprendes nada", mientras que con la madre busca una relación de dependencia exigente, hasta decir, de su madre: "con ella podría hacer todo, como con la perra".

Cuando la conflictividad y la violencia se desatan sobre todo con el padre, y se fuga, tiene vivencias y percepciones delirantes de autorreferencia y persecución.

Piensa que lo miran y que le indican que es homosexual (cuando está relajado es capaz de aceptar ciertos deseos homosexuales). Otras veces, al sentirse frustrado, se repliega, se queda mutista unos días.

Estos conflictos se producen también en la escuela, donde protesta a los profesores, por sentirse injustamente tratado o poco apoyado.

En las relaciones con los jóvenes de su edad, también repite los vínculos referidos respecto de sus padres, así, ya en el Centro, mantiene amistad con dos parejas; con frecuencia, con una o con otra, se producen conflictos de celos y rivalidad.

El paciente además, tiene dolores frecuentes de vientre y diarreas, también padece de epistaxis con facilidad. Sufre de acné juvenil, polimorfo y quístico, tanto en la cara como en la espalda.

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		+	-!	+	-	+	-	0	+	1			
2		-	+	±	±	±	±	0	0	2	4		
3		-	0	+	-	±	-	-	+	1	1		
4		0	±	0	-	-	±!	0	+	3	2		
5		+	+	-	-	±	0	-	+	1	1		
6		-!	+	0	-!	0	0	-	+	3			
7		-	0	±	-	±	+	0	+	2	2		
8		-	0	-	-	-	+	0	+	2			
9		±	±	0	-	0	+	-	+	2	2		
10		±	0	+	-!	-	+	+	+	1	1		
Σ 0		1	4	3		2	2	5	1	18		Σ 0	1'384
Σ ±		2	2	2	1	4	2				B	Σ ±	
Tend. Sp. Gr.		3	6	5	1	6	4	5	1			31	Sy% 38'45
Quant. Sp. Gr.										Σ :			
Dur												Dur = 1	
Moll												Moll = 1'105	=
Σ Soz. +													
Σ Soz. -													Soz. Index = -53'06%

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{S_6^+ K_6^+ P_5^+}{P_4^+ h_3^-} = h_{y_1}^- m_1^+$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{Phy^-}{4} : \frac{C_{m1}^+}{4} : \frac{Sh^-}{3} : \frac{Sch_{p1}^+}{2}$$

c) Triebklasse: Cuatrivalvica.

$$Phy^- C_{m1}^+ Sh^- Sch_{p1}^+$$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurótico

- † Caracterial: Exigencia relacional, egoísmo, amenaza de suicidio. Rivalidad y vínculos sado-masoquistas.
- Psicosomático: Diarreas y dolor de vientre.
- Psicopático: Agresividad, Consumo de drogas, fugas.
- Psicótico: Ideas sobrevaloradas de perjuicio y alusión.

DIAGNOSTICO:

Caracterosis de carácter sado-masoquista y síndrome paranoide con toxicofilia y descargas agresivas.

SUJETO XI - H.B. 18 años, hombre.

Resumen de la enfermedad.

El paciente, cuatro años antes de ingresar en el Centro Jean Sarrailh, estando internado en un colegio, realiza un intento de suicidio, ingiriendo jabón líquido, sin consecuencias importantes.

Era un niño delicado, físicamente menudo y de poco comer. En el embarazo, estuvo a punto de ser abortado. A los nueve meses se divorcian sus padres y continúa con su abuela materna, que ya lo tenía desde los cuatro meses.

Encopréptico hasta los tres años y medio.

La madre, que posee una tienda de juguetes, lo ha colmado de regalos. Ha sido un niño obediente y dócil, bien adaptado al colegio, sin destacar nada desadaptativo, hasta ese intento de suicidio.

Tiene un modo de ser introvertido, aunque al adquirir confianza, gusta de hablar, aparentando más edad e interesándose por cuestiones que indican cierta hipermadurez. Estas preocupaciones (políticas, culturales...) contrastan con su gran dependencia, de las personas que quiere, como su hermana y de las que espera amor y apoyo (también de su novia actual). Cuando estas expectativas, en gran parte alimentadas desproporcionadamente por él (como que le iban a llamar unos jóvenes que había conocido, para ir a Portugal), le fallan, cambia su estado de seguridad y madurez, entrando en una creciente introversión, apagamiento y tristeza, alcanzando un estado semi-confusional, con explosiones agresivas,

hacia los demás o contra si mismo, uniéndose a vivencias persecutorias, en las que piensa que quieren dañarlo. Por esta razón fue ingresado en Hospital Psiquiátrico y diagnosticado de Bouffée delirante.

En ocasiones, estando en período de estabilidad, relata sentimientos de extrañeza, que refiere a su cuerpo "como si mi cuerpo no fuera mio ni de hombre".

Su modo de ser habitual es pasivo, afable, condescendiente, pero sensitivo, fácilmente vulnerable y muy especialmente, al conflicto de abandono, hasta causar los estado psicóticos pasajeros, en los que el propio paciente acepta el tratamiento farmacológico.

Vordergrundprofile (VGP)

Nr	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		+	0	±	⊕	⊕	+	0	0	4	2		
2		0	0	±	-!	+	+	0	±	3	2		
3		-	-	0	-	0	+	-	+	2			
4		-	-!	+	-	0	+	0	+	2			
5		0	0	-	+	-	±!	0	±	3	2		
6		0	-!	±	-	+	+	0	+	2	2		
7		0	-	+	-!	0	±	+	+	2	1		
8		-	0	+	-!	±	+	+	+	1	1		
9		0	0	0	-!	-	+	+	+	3			
10		0	-!	±	-	+	+	0	+	2	1		
Σ 0		6	5	2	1	3		6	1	24			Σ 0 2'27
Σ ±				4		3	2		2		11		Σ ± 2'63
Tend. Sp. Gr.		6	5	6	1	6	2	6	3			35	Sy% 43'75
Quant. Sp. Gr.													
Dur													Dur = 1
Moll													Moll 2'63
Σ Soz. +													Soz. Index 43'63%

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{h_6^{0-} e_6^{+0} k_6^{+0} d_6^{0+}}{s_5^{0-} m_3^{+1} p_2^{+}}$$

$$h_{ij}^-$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{Ph_{ij}^-}{5} : \frac{Sch p^+}{4} : \frac{C_{mi}^+}{3} : \frac{S_s}{1}$$

c) Triebklasse:

$$Ph_{ij}^-$$

Sintomas y rasgos de carácter:

Neurosis: Despersonalización. Tristeza, sentimiento de abandono.

† Caracteriäl: Paciente dócil, introvertido, hipermadurez, sensitivo y algo fantasioso, dependiente sin manifestarlo.

Psicosomático

Psicopático: Descargas agresivas hacia otros o hacia sí mismo.

Psicótico: Estados psicóticos pasajeros, tipo Bouffée délirante con agitación y confusión.

DIAGNOSTICO:

Caracterosis paranoide abandónica y síndrome de Bouffée delirante, despersonalización y auto-heteroagresión.

SUJETO XII -F. G., 18 años. Hombre.

Resumen de la enfermedad

Cuando el paciente cumple diez años, se le comunica, que en realidad tiene trece y que su padre actual no es su verdadero padre y que es hijo de su madre cuando era soltera.

La madre sufrió durante el embarazo de úlcera de estómago perforante. El paciente empezó a andar a los quince meses y no habló hasta los cuatro años, un año después de casarse la madre con su actual marido.

A los tres años dormía muy mal y el padre le pegaba. Desde tres años antes de su ingreso en el Centro Jean Sarrailh, el paciente se caracteriza por su tendencia general a la introversión, padeciendo de tartamudez y tics, con guiños en los párpados. A pesar de su edad, la madre lo sobreprotege, lo lava y lo viste.

Tiene gran tendencia a quedarse ensimismado, pasando largas horas fantaseando, imaginando sueños omnipotentes, como que va a convertirse en Jefe de Estado. Esto hizo, en el periodo que estuvo interno en el colegio, dos años antes de su ingreso en Jean Sarrailh, que bajaron gravemente sus rendimientos escolares. En este mismo periodo, comienza a realizar una masturbación compulsiva y exhibicionista, con los problemas consiguientes en el entorno escolar cúmulo de complejas racionalizaciones. Alternaba este exhibicionismo con otro de tipo intelectual, hablando enfáticamente y exagerando sus conocimientos literarios,

representándose como un personaje que trata de afirmar su personalidad , que en ocasiones alcanza un carácter inflativo intenso, hasta el punto de constituir una idea deliroide sobre sí mismo y su valía, en especial intelectual, considerándose un famoso escritor desconocido. La masturbación es vivida con culpa y ejercida cuanto mayor es su angustia, que crece conforme aparece el desajuste entre su fantasía y la realidad, a la vez que se acompaña de intenso ánimo depresivo.

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	a	p	d	m				
1		0	+	+	±	-	+	0	+	2	1		
2		-	-	0	+	-	+	-	+	1			
3		-	0	+	+	-	+	-	+	1			
4		0	0	0	±	-	+	+	+	3	1		
5		+	0	0	-	-	+	-	+	2			
6		0	-	0	±	-	+	-	+	2	1		
7		+	0	0	±	-	+	-	+	2	1		
8		0	0	0	±	-	+	0	±	4	2		
9		+	0	±	-	-	+	-	+	1	1		
10		+	0	0	±	±	+	-	±	2	3		
Σ 0		4	7	7				2		20		Σ 0	2
Σ ±				1	6	1		2		10		Σ ±	
Tend. Sp. Gr.		4	7	8	6	1	0	2	2		30	Sy %	37'5
Quant. Sp. Gr.										Σ 1			
Dur										Dur	1		
Moll										Moll	3		
Σ Soz. +													
Σ Soz. -													
													Soz. Index — 56'25 %

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{e_8^0 s_7^0 h_4^+}{h_4^{0+} d_{2e}^- m_2^+} \cdot \frac{K_1^- p_0^+}{S_{ch}^+ P_{hy}^+ S_{sch}^+ C}$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{S_{ch}^+}{3} : \frac{P_{hy}^+}{2} : \frac{S_{sch}^+}{1} : \frac{C}{0}$$

c) Triebklasse: *custodialvica*

$$S_{ch}^+ P_{hy}^+ S_{sch}^+ C$$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurótico: Tartamudeo, tics.

† Caracterial: Introversión, y Exhibicionismo intelectual en el contacto.

Psicosomático

Psicopático: Actividad masturbatoria exhibicionista y compulsiva.

Psicótico: Ideas deliroides sobre el self, Intensa Introspección pensamiento mágico. Intensa depresión cuando se confronta a la realidad.

DIAGNOSTICO:

Characterosis narcisista con desviación sexual y síndrome psicótico inflativo-depresivo con pensamiento mágico.

SUJETO XIII- S. R., 17 años.Hombre.

Resumen de la enfermedad

El paciente es un hijo no deseado, que nace cuando la hija (la hermana), única de los padres, tiene diecisiete años. Dada su edad, la madre pensó que tendría un hijo subnormal.

En la primera infancia, tenía trastornos del sueño y a los siete años acudía a un tratamiento de ortofonía para la tartamudez que padecía, también a psicoterapia y más tarde, durante dos años, a psicomotricidad (por disarmonía en la coordinación y timidez). Esto fue cinco años antes de su ingreso en el Centro Jean Sarrailh. En la escuela tenía dificultades importantes para la relación con los demás, los evitaba, prefería estar solo para encontrarse más tranquilo, aunque esto le hacía sufrir, al tener que mantener a los otros a distancia.

Lo mismo le ocurría, especialmente, con su madre, persona sobreprotectora y aunque le gusta que se preocupen de él, se siente perseguido e hipercontrolado. Cuando mantiene relaciones próximas con alguien, se angustia, se confunde, busca una conversación fuertemente racional, sobre todo literaria, pues es gran aficionado a la literatura, y así, se defiende de la intrusión afectiva.

Estas dificultades en la relación le conducen a estados depresivos, ha realizado varios intentos de suicidio, y a replegarse sobre sí mismo, con sentimiento de no servir para nada, pues sus apetencias intelectuales no se corroboran con su rendimiento académico, pues tiene

dificultades en la concentración. Sus reclusiones en la fantasía, para crearse una identidad, le lleva a perder el sentido de realidad, dirigiéndose a sus interlocutores con un lenguaje entre bloqueado y superelaborado.

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		-	-	+	-	-	+	+	+				
2		+	-	+	±!	-	0	0	+	2	1		
3		-	-!	+	-	0	+	0	0	3			
4		-	-	0	-	±	0	+	+	2	1		
5		-	-	+	±!	0	0	-	+	2	1		
6		-	-	+	-	+	+	-	+				
7		±	0	±!	-	0	0	-	±!	2	2		
8		±!	-	+	±	0	+	-	+	1	2		
9		-	-	+	-	0	+	-	+	1			
10		-	-	+	-	0	+	-	+	1			
Σ 0			1			6	4	2	1	14			Σ 0
Σ ±		2		1	3	1					7		Σ ± 2
Tend. Sp. Gr.		2	1	1	3	7	4	2	1		21		Sy% 26'25
Quant. Sp. Gr.										Σ!			
Dur										Dur = 1			
Moll										Moll = 9			
Σ Soz. +													
Σ Soz. -													
													Soz. Index — 64'4 %

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{k_7^0 \quad o^+}{P_4}$$


---


$$\frac{h_3^{+-} \quad d_2^0 \quad h_2^{-+}}{s_1^- \quad e_1^+ \quad u_1^+}$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{Sch^+}{3} : \frac{Pe^+}{2} : \frac{Ss^-}{1} : \frac{Cu^+}{1}$$

c) Triebklasse: *Quatrivalvica*  
 $Sch^+ \quad Pe^+ \quad Ss^- \quad Cu^+$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurosis: Tartamudez, Mala concentración.

↑ Caracterial: Dificultades en la relación interpersonales, con angustia de intrusión,

Psicosomático

Psicopático: Actuación con intento de autolisis.

‡ Psicótico: Ideas omnipotentes de sí mismo, Retracción sobre sí mismo, Excesivo predominio de la fantasía y rechazo, a veces, de la realidad y a veces fuerte depresión.

DIAGNOSTICO:

Caracterosis esquizoide y síndrome psicótico inflativo-depresivo.

SUJETO XIV-F.P., 18 años. Hombre.

Resumen de la enfermedad

El paciente, es hijo no deseado, de una madre que había realizado varios abortos, pues deseaba ser periodista. Los padres discutían y se peleaban, y el paciente se mantenía próximo a la madre, teniendo una relación conflictiva y seductora (que recuerda a la de la pareja parental).

El padre, dado al comportamiento travieso del paciente, solía pegarle, mostrándose inquieto, tanto cuando estaba el padre en casa, como cuando la madre se ocupaba de los vecinos y no de él.

Al cumplir seis años, acudía a psicoterapia y psicomotricidad, por los tics, la onicografía y la hiperactividad que trastorna a sus padres.

Durante la adolescencia, las dificultades en la escuela crecieron, mostrando un importante bloqueo e inhibición del pensamiento, necesitando de un gran esfuerzo para ordenarse en el tema que relata.

A la vez se muestra muy perfeccionista y exigente sobre sí mismo y tiene grandes ideas (realización de inventos, proyectos de viajes...), que evita contrastar con la realidad, pero que le deparan satisfacción, le gusta soñar.

Se autoexige en los estudios, sin contar con la dificultad que tiene para concentrarse. Al no conseguir las metas esperadas se deprime, se culpabiliza y llega a castigarse físicamente.

Se mantiene falto de espontaneidad, rígido y evita el contacto con una sonrisa, salvo que su contertulio entre en el juego fantasioso-intelectual de su conversación.

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		0	0	0	±	-	+	0	!!!	4	1		
2		-	+	-	+	-	+	-	+				
3		-	+	0	±	0	+	-	!!!	2	2		
4		0	+	0	±	-	+	-	!!!	2	1		
5		-	±	0	+	0	+	-!	!!!	2	1		
6		+	±	0	+	-!	+	-	+	1	1		
7		-	+	0	±	-!	+	-	+	1	1		
8		-	±	0	+	-!	+	±	0	2	2		
9		+	-	-	±	-	+	0	+	1	1		
10		-	±	0	+	-!	+	+	+	1	1		
Σ 0		2	1	8		2		2	↑	16		Σ 0	145
Σ ±			5		5			1			11	Σ ±	
Tend. Sp. Gr.		2	6	8	5	2	0	3	1			Σ 1	27 Sy% 3875
Quant. Sp. Gr.													
Dur												Dur	$\frac{1}{166} =$
Moll												Moll	
Σ Soz. +													
Σ Soz. -													Soz. Index = 472%

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{e_8^0 S_5^{\pm}}{h_7^{\pm} d_3^0 h_2^0 k_2^0} = m_1^+ p_0^+$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{S_k^-}{4} : \frac{Phy_c^+}{3} : \frac{Sch_p^+}{2} : \frac{C_{ut}^+}{2}$$

c) Triebklasse: Cuatrivalvina

$$S_k^- Phy_c^+ Sch_p^+ C_{ut}^+$$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurosis: Tics, onicofagia. Perfeccionismo y exigencia de sí mismo. Fuerte inhibición del pensamiento. Depresión.  
 Caracterial: Contacto afable evitativo y propuesta de relación fantasiosa intelectual.  
 Psicossomático  
 Psicopático: Autocastigo físico de no lograr las metas que se propone.  
 Psicótico: Ideas deliroides sobre el Self, Reclusión en la fantasía, dificultad para ordenar su conversación.

DIAGNOSTICO:

Caracterosis esquizoide-masoquista y síndrome psicótico inflativo fantasioso.

SUJETO XV J. C., 16 años. Hombre.

Resumen de la enfermedad

El paciente no destaca por tener problemas durante la infancia, pero tres años antes de ingresar en el Centro Jean Sarrailh, sufre, por Navidad, un ataque de pánico, estando solo en casa, con muchas ganas de llorar, angustia de que le va a ocurrir una desgracia, permaneciendo luego inhibido, con fuerte negativismo y mutismo a los intentos que hacen por tomar contacto con él.

Su padre muere de una pancreatitis aguda (por la constante ansiedad que tenía, dice su mujer) cuando el paciente contaba siete años, sin provocar en él ningún trastorno aparente.

La madre comenta que la adolescencia de su hijo le recuerda a la suya propia.

La familia tiene idealizado al padre muerto y también al propio paciente, que además es muy exigente consigo mismo, en especial respecto a los estudios, Tiene fuerte angustia frente al fracaso escolar y ha ido sufriendo trastornos digestivos, dolores articulares y hasta desmayos, al situarse frente a los exámenes.

Esta exigencia hacia sí mismo le hace sacrificarse y esforzarse, renunciando al ocio y teniendo un íntimo sentimiento de fracaso que le condujo a realizar intentos de suicidio.

Se muestra ambivalente respecto de la sexualidad, a la que busca y evita.

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		-	-	+	±	-1	0	0	+!	2	1		
2		0	±	±	-	0	+	0	+	3	2		
3		+	-	-	-!	-	+	0	±	1	1		
4		-	-	0	-	0	+!	-	+!	2			
5		±	±	0	0	-	+	-	+!	2	2		
6		-	±	+	-	-	+	0	+	1	1		
7		-	-	+	-	0	+	±	+	1	1		
8		+	-	+	0	-	+	-	+	1			
9		-	-	+	-!	0	+!	0	+	2			
10		0	-	+	-!	0	+!	0	+	3			
Σ 0	2		2	2	5	1	6			18		Σ 0	2/25
Σ ±	1	3	1	1			1	1		8		Σ ±	
Tend. Sp. Gr.	3	3	3	3	5	1	7	1		26	Sy%	32/5	
Quant. Sp. Gr.										Σ!			
Dur										Dur	=	1	=
Moll										Moll	=	4	=
Σ Soz. +										Soz. Index	=	50	%
Σ Soz. -													

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{d_7^0 k_5^0}{h_3^0 s_3^0 e_3^0 h_3^0} \frac{p_1^+ m_1^+}{}$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{C_{m^+}}{6} : \frac{Sch_{p^+}}{4} : \frac{S}{0} : \frac{P}{0}$$

c) Triebklasse:

$$C_{m^+}$$

4) Trieblinnäs-Varianten:

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurosis: Ataque de pánico, angustia, autoexigencia, tristeza, llanto, autismo, exceso de responsabilidad.

Caracterial: Tendencia a la inhibición.

Psicosomático: Trastornos funcionales digestivos, dolores articulares, desmayos.

Psicopatía: Intentos de autolisis.

Psicosis

DIAGNOSTICO:

Caracterosis depresivo-obsesiva y síndrome de ataque de pánico e intento de autolisis.

SUJETO 15

SUJETO XVI-J. B., 18 años. Hombre.

Resumen de la enfermedad

Del paciente no se relatan trastornos durante la infancia. En realidad, ha vivido con su hermano desde los doce años hasta su ingreso en el Jean Sarrailh. Su madre muere cuando el tenía tres años y medio y luego vive con el padre y sus hermanos (de dos matrimonios diferentes). El padre es un enfermo alcohólico con embriagueces patológicas.

El paciente no es capaz de nombrar al padre sin alterarse. Al parecer, el paciente tenía que robar la llave del candado de la nevera, al padre, que éste cerraba con una cadena.

El paciente comenzó teniendo tics, en forma de guiños y muecas con carácter repetitivo, burlón, provocativo e imitativo, durante la pubertad.

Presenta un carácter hiperactivo, impositivo frente a los demás, dominador, representándose seguro de sí mismo, bromista, sádico y provocativo. Mantiene un tono eufórico y siempre dispuesto a liarse con otros para realizar actos transgresores, pues tiene capacidad para liderar en pandilla.

Cuando esta presentación hipomaniaca, la más habitual en él, se acrecienta, toma el cariz de crisis psicótica, con fuerte agitación, violencia e ideas persecutorias y vengativas, donde se incluyen ideas de alusión homosexual. Su contacto alterna entre el estado

inflativo y el paranoide, que al descompensarse, tanto produce crisis en forma de delirio interpretativo, como místico de influencia, ambos pasajeros pero que requieren internamiento en Hospital Psiquiátrico.

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		0	-	+	-	+	+	0	-	2			
2		0	-	+	0	-	+	0	±	3	2		
3		0	-	+	0	-	+	+	±	2	1		
4		+	+	-	+	-	-	-	±		1		
5		+	+	0	+	-	±	0	-	2	2		
6		+	+	-	0	-	+	-	+	1	1		
7		0	+	-	-	-	+	+	±	1	1		
8		0	+	0	-	-	+	0	±	3	1		
9		+	0	-	0	0	±	+	±	3	2		
10		+	+	-	+	0	-	+	-	1			
Σ 0		5	1	2	4	2		4		18		Σ 0	1'636
Σ ±		1		1			3		6		11	Σ ±	
Tend. Sp. Gr.		6	1	3	4	2	3	4	6			Σ 0	Sy% 3625
Quant. Sp. Gr.												Σ ±	
Dur												Dur	$\frac{1}{105} =$
Moll												Moll	$\frac{1}{105} =$
Σ Soz. +												Soz. Index	$= 30\%$
Σ Soz. -													

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{m_6^{\pm} k_6^0}{h_4 d_4 e_3 p_3} \cdot k_2 s_1$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{S_s^+}{5} : \frac{C_d^+}{2} : \frac{Sch k^-}{1} : \frac{P_e^-}{1}$$

c) Triebklasse:

$$S_s^+$$

Sintomas y rasgos de carácter:

Neurosis: Tics, Muecas.

4 Characterial: Relación de burla, euforia, provocación, suspicacia.

Psicosomático

Psicopatía: Transgresión, violencia que termina autoelimnándolo.

Psicosis: Vivencias megalománicas y persecutorias.

DIAGNOSTICO:

Characterosis de personalidad sádica e hipomaniaca y síndrome psicótico inflativo paranoide con actuación transgresora agresiva.

SUJETO XVII - L.K., 17 años, hombre.

Resumen de la enfermedad

El paciente es hijo único de madre soltera, que se casa cuando el hijo tiene dos años. Al tiempo deja la madre de trabajar y comenta sobre su hijo, "L. comenzó de repente a hablar repitiendo lo que yo decía". Resaltó que en la actualidad se revela esta tendencia en el paciente, en alguna ocasión, dando la impresión que busca centrar su atención sobre la conversación.

Cuando el paciente tiene cuatro años, muere su tía y el niño va solo, por propia decisión al cementerio.

En la guardería, se dice, provocaba a profesores y compañeros.

En esta misma época, una noche se encaminaba, en una pequeña bicicleta a la fábrica, diciendo que quería comprobar si su padre dormía allí. A los ocho años, las travesuras que repercuten en los vecinos, conllevan que se le encierre en casa.

El paciente recuerda, que de pequeño su padre le pegaba y él no sabía porqué. En otras ocasiones, realizaba travesuras que sabía que desencadenarían un castigo. De hecho, estas transgresiones, fugas de casa durante unos días, consumo de drogas, insultos y provocaciones, se van prodigando durante la pubertad. Este recuerdo lo narra, tras volver de una fuga del Centro, con una compañera y reclama un castigo, proponiendo ser encerrado y atado a la cama.

El paciente es de carácter activo, en lo mental,

se preocupa únicamente por la informática, lo que contrasta con una fantasía muy intensa y bastante fija, que consiste en desear ir a los Estados Unidos. De hecho, antes de su ingreso, había cogido una bicicleta (como de pequeño) y se presentó en el puerto de Havre, con el fin de coger un barco para ir a Nueva York y continuar luego a los Angeles.

Viste y se comporta como un chico "Rock and Roll" americano. Lo hace, porque su deseo de ir a América es para ser alguien y que luego podría llevarse a sus padres, "en América todo es diferente, los amigos, el trabajo...".

Habitualmente se muestra fuerte, activo, de apariencia segura, con aire aventurero e inquieto, intranquilo, se muerde las uñas y se coge a pequeños detalles.

Tiene varias cicatrices por pequeños accidentes y debido al acné juvenil.

Presenta una autoestima elevada, que contrasta con el deseo de ser de otra manera.

Las provocaciones que constantemente se prodigan, son reinterpretadas y dice "los otros me quieren mal, se meten conmigo, no tengo ni un solo amigo".

En el colegio no obtiene rendimientos positivos, tan solo en informática (como su tío) y es fácilmente vulnerable, no soporta que le digan que no realiza bien las tareas y, como decimos, tiene tendencia a huir o bien a provocar, eso sí, a través de unas vivencias e ideas sobrevaloradas de que le están haciendo daño a él, muy especialmente.

Preocupado también por la sexualidad, tiene miedo a tener relaciones heterosexuales y se pregunta (a través del test de Pata Negra) por su origen y por quién es su padre.

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		+	+	+	+	-	-	-	+		1		
2		+	+	+	0	-	0	-	+	2	1		
3		+	0	+	-	-	0	-	+	2	1		
4		+	0	+	+	-	-	-	+	1			
5		+	+	+	-	-	0	-	+	1	1		
6		+	+	+	-	-	0	-	+	1	1		
7		+	+	+	-	-	0	-	+	1	1		
8		-	+	+	-	-	0	-	+	1			
9		+	+	+	-	-	0	-	+	1	1		
10		-	+	+	-	-	0	-	+	1			
Σ 0			2		1		8			11			Σ 0 1'57
Σ ±		7								7			Σ ± 1'57
Tend. Sp. Gr.		7	2	0	1	0	8	0	0		18	Sy%	22'5
Quant. Sp. Gr.										Σ 1			
Dur										Dur = 1			
Moll										Moll = 1			
Σ Soz. +													
Σ Soz. -													
													Soz. Index = 73'46%

I. Triblinnäus-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{P_0^0 h_7^{\pm}}{S_2^+ h_{y_1}^{0-}} = \frac{d_0^- m_0^+ e_0^+ k_0^-}{C}$$

b) Latenzproportionen:

$$Sch\ k^- : S_2^+ : P_0^+ : C = \frac{8}{8} : \frac{5}{5} : \frac{1}{1} : \frac{0}{0}$$

c) Triebklasse:

$$Sch\ k^- - S_2^+$$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurosis: Ansioso, Detallista, Miedo a la sexualidad, Crisis de Identidad, Búsqueda de castigo.

Caracterial: Inflativo, Impositivo, Niega en él la responsabilidad, no soporta la frustración.

Psicosomática

Psicopatía: Actuador, Tendencia a la provocación, Transgresión, Fuga, Búsqueda de castigo.

Psicótico: Ideas sobrevaloradas de perjuicio.

DIAGNOSTICO:

Caracterosis narcisista-masquista y síndrome psicótico paranoide e impulsivo-actuador.

SUJETO XVIII - D.E., 19 años, mujer.

Resumen de la enfermedad

La paciente es hija única de un padre casado que no la reconoció, aunque luego, alguna vez la visitaba. La madre, que muere hace un año, se había vuelto a casar con un hombre divorciado y es al que llama papá. Tampoco la madre deseaba tener esta hija.

No se constatan, debido quizás también a la propia historia familiar, trastornos durante la infancia.

En los tres años anteriores de su incorporación al Centro Jean Sarrailh, hubo de ser ingresada en Hospital Psiquiátrico. Hace tres años, en la Sapletrière, con el diagnóstico de Bouffée delirante aguda.

Al año siguiente, tiene que ser intervenida de apendicectomía y a raíz de la operación entra en un estado de confusión, realizando falsos reconocimientos y diciendo que la quieren contagiar y matar.

Un año antes de su ingreso en el Centro, presenta trastornos del comportamiento, fuma y bebe, no mantiene un horario, ni acude regularmente al colegio. Se fuga unos días de casa y se muestra hiperactiva, volviendo a encontrarse en un estado confusional.

Actualmente le ocurre esto, con menor intensidad, pues su carácter activo y sensible, se incrementa ante, por ejemplo, el fracaso escolar, haciéndose preguntas sobre quién es, confundiéndose al nombrar las personas conocidas e incluso llegando a tener ideas de que la quieren perjudicar.

Salvo las fases más agudas, que se resolvieron con hospitalización psiquiátrica breve, luego continuaban sus dificultades de adaptación y del comportamiento, las constantes preguntas sobre su identidad.

Sus relaciones con los compañeros se convierten fácilmente en discusiones, donde ella discrimina radicalmente entre los que considera sus amigos y sus enemigos, mostrándose teatral y exagerada cuando busca tener razón.

A pesar de los tres años de evolución desde la presentación de las Bouffées delirantes, no muestra una evolución hacia una psicosis maniaco-depresiva.

Grundprofile (VGP)

Nr.	Soz. Wert	S		P		ScN		C		E 0	E ±	T Sp	Existenzform
		h	e	h <sub>g</sub>	e	b	p	d	m				
1		0	+	+	-	+	-	0	+	2	1		
2		+	0	+	+	±	±	+	0	0	3	2	
3		0	-	+	-	-	0	+	±	2	1		
4		+	+	0	-	±	-	-	+	1	1		
5		0	+	+	-	-	-	-	+	1			
6		-	0	+	+	±	+	-	+	1	1		
7		-	0	+	+	-	+	-	+	1	0	2	
8		-	0	+	-	-	+	-	+	1			
9		-	0	+	-	-	+	-	+	1			
10		±	0	+	+	-	0	-	+	2	1		
Σ 0		3	6	1			2	2	2	16			Σ 0 2'28
Σ ±		1			1	4			1	7			Σ ± 2'75
end. Sp. Gr.		4	6	1	1	4	2	2	3			23	Sy% 28'75
ant. Sp. Gr.										Σ 1			
Dur										1			
Moll										1/22			
Soz. +													
Soz. -													Soz. Index = 68%

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{S_6^0 h_4^0 k_4^{\pm-}}{M_3^{0+} d_2^{0-} p_3^{0+}} = e^+, h_1^-$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{Sh^-}{2} : \frac{Schp^+}{2} : \frac{Cd^-}{1} : \frac{P}{0}$$

c) Triebklasse: *cuatrivalencia*

$$Sh^- Schp^+ Cd^- P$$

4) Trieblinnäs-Varianten:

Síntomas y rasgos de carácter:

- Neurosis: Crisis de identidad, preguntas sobre quién es.
- Caracterial: Sensitiva en la relación, divide en buenos y malos a sus compañeros. Teatralidad
- Psicosomática
- Psicopatía: Consumo de drogas, Transgresión de horarios, Fugas de casa.
- Psicosis: Crisis psicóticas agudas

DIAGNOSTICO:

Characterosis "como si" y síndrome psicótico y actuador.

SUJETO XIX - B.D., 16 años, hombre.

Resumen de la enfermedad

La historia familiar, donde se desarrolla el paciente, consiste en una madre que se divorcia del padre del paciente, por violencia cotidiana y por tentativas de violación. Más tarde se vuelve a casar, pero con un homosexual, veinte años más joven que ella; la madre es inestable y dependiente del alcohol.

Tiene un hermano que ha estado en prisión por delincuente y proxeneta.

El paciente ha vivido a caballo entre la casa de la madre y la de los abuelos maternos.

En el colegio se mostraba agresivo, también fuera de él y en especial contra la madre. Pequeñas diferencias, enseguida le invitan a discutir y ponerse por encima de su contrincante, más en un tono teatral, gestualizando y gritando, que con intensa descarga agresiva.

Esta tendencia a dramatizar, recubre sus relaciones interpersonales, a veces mostrándose seguro, fantaseando sobre su propia historia e identidad (comenta hazañas, generalmente de delincuencia, exagerándolas o inventándolas, para darse importancia). Se propone como líder transgresor y mitómano.

También, presenta un contacto rígido, hipercontrolado, distante e incluso triste y deprimido, que contrasta con el anterior, más impositivo, siendo éste, más inhibido y escrupuloso.

Grundprofile (VGP)

N.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		+	±	0	-!	-!	0	0	+	3	1		
2		+	-	0	-	±	+	+	0	2	1		
3		+	-	+	-	-	+	0	±	1	1		
4		+	-	+	-!	±	+	0	-	1	1		
5		+	-	+	-!	±	+	0	±	1	2		
6		+	-	+	-	±	+	0	-	1	1		
7		+	-	+	-	±	+	0	±	1	2		
8		+	-	+	-!	±	+	0	+	1	2		
9		+	-!	+	±	±	+	0	0	2	1		
10		+	-	+	-	±	+	0	0	2	1		
Σ 0				2			1	9	3	15		Σ 0	1'15
Σ ±			1	1		8			3		13	Σ ±	1'15
Tend. Sp. Gr.		0	1	3	0	8	1	9	6			28	Sy% 35
Ant. Sp. Gr.										Σ!			
Dur.										Dur = 1			
Moll										Moll = 1'85			
Soz. +										Soz. Index = 43'13%			
Soz. -													

**I. Trieblinnäs-Verrechnung:**

a) Triebformel:

$$\frac{d_9^0 k_8^\pm}{\frac{h_6^0 e_3^{0+} s_1^{1-} p_1^{0+}}{h_0^- h_0^+}}$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{Sch_{p^+}}{7} : \frac{Ph_{ij}}{3} : \frac{C_{ui^+}}{3} : \frac{S_{h^+}}{1}$$

c) Triebklasse:

$$Sch_{p^+}$$

Sintomas y rasgos de carácter:

Neurosis: Rígido, Inhibido, Hipercontrolado, triste, Apagado.

↑ Caracterial: Teatralidad, Mitómano, Trangresor.

Psicosomático

Psicopático: Descargas agresivas.

Psicótico

DIAGNOSTICO:

Characterosis histórico-psicosténica y síndrome actaudor-impulsivo.

SUJETO XX - B.T., 19 años, mujer.

Resumen de la enfermedad

No hay recogidos antecedentes de la enfermedad durante la infancia, aunque destaca una compleja historia familiar.

La madre de la paciente se casa con S., viven juntos, pero A. va a la cárcel disfrutando de permisos periódicos. Sin embargo, la madre designa como padre verdadero a otro hombre, T., que luego se casa con la señora D. y que reconocen a la paciente, yéndose a vivir con ellos, aunque más tarde se divorciarían.

Unos años después, coincidiendo con la entrada en el Centro Jean Serrailh, su madre verdadera le comunica a la paciente, que ella no es hija ni del señor T. ni del señor A. sino de un tercer hombre que ha muerto.

Los años anteriores a su ingreso, la paciente muestra, dificultad para dialogar, enseguida quiere obtener lo que pide, tiene preferencia por actuar, es el cuerpo el que constantemente se mueve, tiene gran dificultad para retenerse y cuando no puede realizar lo que quiere, suele estallar en una crisis agresiva sobre la acción y le gusta ser idealizada como decidida y valiente, del mismo modo que idealiza a las figuras paternas, aunque a la vez, las provoca.

Lleva, en sus relaciones con los adultos, situaciones al límite, que terminan con agresiones y llanto, huidas, reclusiones en la habitación y gritos reivindicativos, para terminar con calma y arrepentimiento,

con tristeza.

Estas crisis, se desencadenan cuando su familia adoptiva tenían algún contacto con la familia de origen, muy especialmente. También, cuando hubo de separarse de la Institución.

Además solía tener quejas de dolores en el vientre y región ovárica, que cedían al prestarle atención. Es fácilmente sugestionable.

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		+	+	+	-	-	-	0	0	2	1		
2		+	+	0	-	-	+	0	-	2			
3		+	+	+	-	0	-	±	-	1	1		
4		+	+	-	-	-	-	0	0	2	1		
5		+	+	±	-	-	+	-	0	1	2		
6		±	0	0	-	±	±	0	0	4	3		
7		+	+	-	0	-	+	-	0	2			
8		+	-	+	-	-	+	0	0	2			
9		+	+	+	-	+	-	0	0	2	1		
10		+	+	-	-	+	+	0	0	2	1		
Σ 0			1	2	1	1		7	8	20		Σ 0	2
Σ ±		3		2		3	1	1			10	Σ ±	
Tend. Sp. Gr.		3	1	4	1	4	1	8	8		30	Sy %	37.5
Quant. Sp. Gr.										Σ!			
Dur										Dur	110		
Moll										Moll	1		
Σ Soz. +													
Σ Soz. -													
												Soz. Index	72.2%

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$m_4 d_8$
$e_4 k_4$
$s, hy, p_1$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{Phy^-}{3} : \frac{Sch p^+}{3} : \frac{Ss^+}{2} : \frac{C}{0}$$

c) Triebklasse:  $Phy^- Sch p^+ Ss^+ C$   
*Contrivale*

Sintomas y rasgos de carácter:

Neurótico

Caracterial: Provocación, agresiones, llanto, arrepentimiento, tristeza, Suele mostrarse decidida ante los iguales y admirativa y exigente ante el adulto.

Psicosomático: Trastornos digestivos y ginecológicos.

Psicopáticos: Descargas agresivas intensas. Gran tendencia a actuar.

Psicótico

DIAGNOSTICO:

Characterosis histórico-abandónica y síndrome impulsivo-agresivo.

SUJETO XXI - F.H. 19 años, mujer.

Resumen de la enfermedad.

La paciente había venido en su primera infancia emigrada, con su familia, desde Marruecos. El destino de algunos hermanos había sido la delincuencia y la cárcel, la familia se dispersa y tras la muerte de los padres, la paciente fue acogida por una familia y luego por un colegio.

Presentaba problemas relacionales, le gustaba arreglarse mucho y provocaba a los profesores y educadores. En una ocasión, ante las situaciones desencadenadas, a un educador se le rescindió el contrato, por entrar en el juego de seducción, que luego terminaba con rechazo a la hora del contacto sexual.

Predominaba el coqueteo en sus relaciones interpersonales, se muestra desinteresado por los estudios y prefiere llevar una vida independiente y sin obligaciones. Cuando se enfrenta a la responsabilidad, reacciona llorando, gritando, diciendo que no se le presta ninguna ayuda.

A veces, en situaciones de presión, sufre de crisis de rabia y llanto, sobre todo cuando se propone brillar en algún aspecto, bien sea de los estudios (por los que se aficionó de manera creciente) como por la actividad teatral, a la que dedica buena parte de sus esfuerzos. Las temporadas de desánimo, de sentimiento de impotencia, de encontrarse sola y sin familia, desprotegida, la lleva a la inhibición y tristeza, mostrando un carácter

subdepresivo.

**Ungergrundprofile (VGP)**

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		0	0	-	+	-	+	0	-	3			
2		-	-	0	+	0	+	±	-	2	1		
3		±	-	0	+	+	+	±	-	1	1		
4		0	-	-	+	+	+	+	-	1	1		
5		-	-	-	+	+	+	-	-	0			
6		-	0	-	±	+	+	+	-	1	1		
7		-	0	±	+	±	+	+	-	1	2		
8		-	±	-	0	+	+	±	0	2	2		
9		-	-	0	+	+	+	0	-	2			
10		-	0	0	+	+	+	-	-	2			
Σ 0		2	4	4	1	1		2	1	15		Σ 0	2'142
Σ ±		1	1	1	1	1		2			7	Σ ±	
Tend. Sp. Gr.		3	5	5	2	2	0	4	1			22	Sy% 275
Quant. Sp. Gr.											Σ :		
Dur											Dur = 15 =		
Moll											Moll = 1 =		
Σ Soz. +												Soz. Index = 318%	
Σ Soz. -													

**I. Trieblinäus-Verrechnung:**

a) Triebformel:

$$\frac{S_s \ e_s \ d_4}{h_s \ h_{y_2} \ k_2}$$

$m_1$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{C_{m^-}}{3} : \frac{P_{hy^+}}{3} : \frac{S_{h^-}}{2} : \frac{Sch_{p^+}}{2}$$

c) Triebklasse:  $C_{m^-} - P_{hy^+} - S_{h^-} - Sch_{p^+}$   
*Custriaralvica*

Síntomas y rasgos de carácter:

**Neurosis:** Crisis de angustia, llanto y tristeza ante la responsabilidad.

**Caracterial:** Seducción, Teatralidad, Amabilidad, Autoexigencia y brillo.

- Psicosomática
- Psicopatía
- Psicosis

DIAGNOSTICO:

Characterosis histórico-depresiva y síndrome de neurosis de angustia y depresión.

SUJETO XXII - N.B., 18 años, mujer.

No se constatan trastornos de la paciente durante su infancia. Estaba bien adaptada al colegio, obteniendo magníficos rendimientos, así como aptitudes musicales; en el conservatorio realizó varios cursos de solfeo y piano.

Tiene una hermana que estudia psicología y con la que comparte habitación y amistad, mientras que con su hermano, diagnosticado de psicosis esquizofrénica, discute mucho, sobre todo en los tres últimos años.

La paciente tiene un carácter afable, respetuoso, pero distante. Su voz es fina y la expresión de su cuerpo es hierática. Sin embargo, esta rigidez se traspassa al hablar, siendo capaz de sonreír y de emocionarse, aunque ha de ser solicitada.

Este carácter, "tan educado", destaca del resto de los jóvenes de su edad, hasta el punto, de exagerarse en los dos últimos años; antes del ingreso en el El Centro. La inhibición, el retraimiento relacional se incrementaron, tendiendo a recluirse en casa y a empeorar en la escuela. Replegada sobre sí misma, prefería la soledad, sin lograr poder aislarse en su casa. La falta de individualidad en la casa se manifiesta en el detalle de que, para poder entrar o salir de su habitación (la que comparte con su hermana) ha de atravesar la de sus padres.

A pesar de esta tendencia introversiva y contenida, en la que nunca se detectaron trastornos psicóticos, la paciente, más bien obediencia y sumisa, sobre todo en relación a su hermano esquizofrénico, acabó

relevándose, pues al parecer, el hermano le prohibía todo: ver la televisión, escuchar la radio, sentarse en un determinado sillón,... la paciente comenzó a mostarse agresiva, llegando incluso a pelearse físicamente con el hermano y la gran frecuencia de estas discusiones, hacía insoportable la vida familiar.

La paciente alternaba su inhibición e introversión cargada de tristeza, con las explosiones agresivas, de preferencia, enfocadas hacia su hermano.

Se siente que no sirve para nada, culpable de no ser más resuelta e independiente, así como de sus afectos agresivos.

**Grundprofile (VGP)**

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	o	d	m				
1		-	-	0	+	+	+	-	+	1	1	2	
2		-	-	+	0	+	+	0	+	2	2	4	
3		-	-	+	0	-	+	-	+	1	1	1	
4		-	-	+	-	+	0	0	+	2	1	3	
5		-	0	+	+	-	+	-	-	1	1	2	
6		-	0	+	-	-	+	-	+	1	1	1	
7		-	0	+	+	-	+	-	+	1	2	3	
8		-	0	+	+	-	+	-	-	1	1	1	
9		-	-	+	+	+	+	-	+	1	1	1	
10		-	0	+	+	+	+	-	-	1	1	1	
Σ 0			5	1	2		1	2		11			Σ 0 1'375
Σ ±					2	2			4		8		Σ ±
end. Sp. Gr.	0	5	1	4	2	1	2	4			19	Sy% 23	
ant. Sp. Gr.										Σ!			
Dur										Dur = 1			
Moll										Moll = 1'85			
Soz. +										Soz. Index = 51'18%			
Soz. -													

**I. Triblinnäus-Verrechnung:**

a) Triebformel:

$$\frac{-0 \pm 0 \pm}{S_5 \quad h_4 \quad m_4}$$


---


$$k_2 \quad d_2 \quad e_1 \quad p_1$$


---


$$h_0$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{Sh^-}{5} : \frac{Pe^+}{3} : \frac{Cd^-}{2} : \frac{Sch p^+}{1}$$

c) Triebklasse:

$$Sh^-$$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurosis: Inhibición, Tristeza.

Characterial: Retraimiento, Aislamiento, Obediente, Sumisa.

Psicosomático

Psicopatía: Explosiones agresivas-

Psicótico

DIAGNOSTICO:

Characterosis psicasténica y síndrome de depresión inhibido-explosiva.

SUJETO XXIII - D.C. 18 años, hombre.

Resumen de la enfermedad

No tenemos datos de posibles síntomas durante su infancia, pues sus padres han muerto. Por esta razón, la hermana mayor ha ocupado el rol materno y el paciente, el paterno, respecto del resto de los hermanos.

El padre, alcohólico, muere cuando el paciente cuenta quince años, con lo que se ve obligado a ser a la vez adolescente y adulto. En cierto modo, esto se manifiesta en uno de sus síntomas, la voz bitonal, que se mantiene durante tres años. Tan pronto tiene una voz fina e infantil, como grave y de hombre.

El paciente comienza a tener grandes dificultades de adaptación al trabajo, quiere hacer las cosas a su modo, sin sujetarse a reglas, a las normas del taller de carpintería. De la misma forma, en su casa se muestra como un tirano, obligando a sus hermanos menores y a la hermana, a hacer lo que él manda, sin posibilidad de diálogo.

Piensa que siempre tiene razón y que si las cosas van mal en casa es por culpa de los demás, que se han propuesto estar en contra suya y que quieren acharlo de casa.

Estas ideas sobrevaloradas de perjuicio, se acompañan muy frecuentemente con ataques de cólera, gritos y peleas.

Fabula constantemente, dice que va a realizar un trabajo con el que ganará mucho dinero, un taller propio

de carpintería, que tan solo le falta la concesión de un crédito.

Otros periodos los pasa encerrado, ensimismado, como ausente, pero desadaptado al trabajo.

El paciente alterna entre mostrarse hiperresponsable y maduro, o caprichoso, exigente y tiránico, sintiéndose despreciado y herido si no se cumplen sus órdenes "tan acertadas".

Grundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	o	d	m				
1		-1	0	-	-	-	+	0	+	2	1		
2		+	+	-	0	-	-	0	+	2			
3		+	-	-	±	-	0	+	+	1	1		
4		+	-	0	±	-	-	+	±	1	2		
5		+	-	-	0	±	0	-	+	2	1		
6		0	-	0	±	-	-	0	+	3	1		
7		-	-	+	-	+	+	0	+	1			
8		-	+	0	0	-	+	-	+	2			
9		±	-	+	-	-	0	0	+	2	1		
10		+	0	±	-	+	-	0	0	3	1		
Σ 0		1	2	3	3		3	6	1	19		Σ 0	2'375
Σ ±		1		1	3	1	1		1	8		Σ ±	
Tend. Sp. Gr.		2	2	4	6	1	4	6	2		27	Sy %	33'75
Quant Sp Gr											Σ!		
Dur												Dur	$\frac{1}{1'10} =$
Moll												Moll	$\frac{1}{1'10} =$
Σ Soz. +												Soz. Index	$= 46'15\%$
Σ Soz. -													

I. Triebliniäus-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{h_1^{\pm 0} d_6^{0+}}{p_4^{\pm 0} e_4^{\pm 0} h_2^{\pm 0} s_2^{\pm 0} m_2^{\pm 0}}$$

$$\frac{-0 -0 + - +}{k_1^-}$$

b) Latenzproportionen:

$$C_{m^+} : S_{d_k^-} : P_{e^-} : S$$

$$4 : 3 : 2 : 0$$

c) Triebklasse:

Triválvica  
 $C_{m^+} S_{d_k^-} P_{e^-} S$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurosis

Caracterial:Altenancia:Inflación,Fabulación,Imposición,  
 Cólera y Retraimiento e hipermadurez.

Psicosomático:Voz bitonel.

Psicopatía:Descargas de violencia verbal,con blasfemias y peleas.

Psicosis:Ideas sobrevaloradas de perjuicio y fabulatorias.

DIAGNOSTICO:

Caracterosis : narcisita y síndrome psicótico paranoi-  
 de-actuador.

SUJETO XXIV - S.G., 17 años, hombre.

Resumen de la enfermedad.

La madre temió por la muerte del paciente, que además no deseaba, pues sus dos hijos anteriores, fallecieron cuando contaban cuatro y dieciocho meses. No recuerda ningún trastrono, solo cuando nació su hermana, "a los tres años y dos meses, lo recuerdo, porque le entraron muchos celos cuando ella nació". Esto lo dice la madre, que a la vez se define como angustiada, sobre todo porque su marido, "no me apoyaba, estaba siempre fuera de casa".

Los padres del paciente, tienen otra hija, seis años menor que el paciente, que muere cuando éste tiene diez años. En este tiempo, el paciente se muestra agresivo, insultante y rebelde contra los padres y también en la escuela, dice que va a matarse, no acepta correcciones de su conducta y está a veces muy triste y apagado.

Desde los trece años, su conducta empeora, realiza robos, mentiras graves ("he visto un accidente en la carretera con muchos muertos"), acusaciones y calumnias de sus compañeros, instiga conflictos y con sus padres, más con su madre, hace provocaciones y hurtos, que conllevan una tensión permanente y repetida.

A la vez se desarrolla una intensa vocación sacerdotal, en medio del clima religioso familiar. Gusta de acudir a funerales y le atrae el culto a los muertos.

Buena parte de las discusiones familiares están en torno al dinero. Es una persona que cuida su imagen corporal, arreglado, ordenado, cuidadoso, moralista, a la

vez que oculta sus deseos sexuales (espía a los demás, rasgos voyeristas) y evita que descubran sus transgresiones (hurto).

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		n	s	e	hy	b	p	d	m				
1		+	+	+	-	0	+	0	+	2	2	4	
2		-	+	+	-	-	-	0	+	1	1	2	
3		0	+	+	-	-	+	-	+	1	1	1	
4		0	0	+	-	+	0	-	+	3	1	4	
5		0	+	+	-	-	-	-	+	1	1	1	
6		0	+	+	-	+	0	-	+	2	1	3	
7		0	+	+	-	-	+	-	+	1	1	2	
8		-	+	+	-	-	-	-	+				
9		-	-	+	-	-	+	-	+				
10		-	+	+	-	-	-	-	+				
Σ 0		5	1			1	2	2		11			Σ 0 183
Σ ±			2			2	2			6			Σ ±
Tend. Sp. Gr.		5	3	0	0	3	4	2	0			17	Sy% 30.35
Quant Sp. Gr.										Σ I			
Dur										Dur	3.66		
Moll										Moll	1		
Σ Soz. +										Soz Index	59.46%		
Σ Soz. -													

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{h_5 p_4}{s_3 d_2} \\ e_0 h_0 w_0$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{C_{M+}}{2} : \frac{S_{S+}}{2} : \frac{Sch\ k^-}{1} : \frac{P}{0}$$

c) Triebklasse:

$$C_{M+} S_{S+} Sch\ k^- P \\ \text{Custivalvia}$$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurosis

Caracterial: Robos, mentiras groseras, calumnias, voyerista, ordenado, avergonzado, moralista.

Psicosomático

Psicopático: Explosiones agresivas, insultos.

Psicótico

DIAGNOSTICO:

Characterosis obsesiva y de perversidad y síndrome impulsivo-actuador.

SUJETO XXV - P.da S., 17 años, hombre.

Resumen de la enfermedad.

El paciente nació por césarea y unos meses más tarde muere su padre. Los primeros años dormía mal y a los dos años y medio padece de un eczema generalizado, por lo que estuvo hospitalizado durante seis meses, y a continuación, durante un mes, en una casa de reposo. Tenía que estar atado a la cama para que no se rascara.

La madre cuenta, que el niño, al volver a casa, estaba triste. La madre lo sabe, dice, porque ella también sufre de depresiones. Cuando murió el padre, se trasladaron, madre y sus tres hijos, desde Marruecos, donde vivían, a Francia.

Cuando el paciente tiene cuatro años, cambia, sale de aquel carácter triste e inhibido, mostrándose inquieto e hiperactivo, achacándosele la depresión que sufre la madre, cuando el paciente tiene seis años.

Sufre de neurosis hasta los doce años y su comportamiento transgresor es permanente, desobedeciendo en la escuela, peleándose con los compañeros y realizando pequeños robos y agresiones destructoras de objetos que hacen intervenir al tribunal tutelar, quedando bajo su supervisión.

Mientras tanto, la madre vivía con un hombre, del que dice "mi marido toma las travesuras de mi hijo, como ataques personales". Los conflictos en la pareja son importantes, pues, la madre acusa al marido de no ocuparse de él y ella dice: "yo le doy lo que me pide, para evitarme

problemas".

El conjunto de la familia acusa al paciente de ser responsable de los trastornos depresivos de su madre, en especial de uno que sufre cuando el paciente tiene catorce años. Desde esta fecha el hermano no volvió a dirigirle la palabra.

Consume alcohol y drogas, aunque no de forma continua, sigue realizando pequeños hurtos, mezclado en peleas callejeras y siendo además un experto luchador de judo.

Apenas acude al colegio. Impulsivo en sus reacciones, realiza frecuentes descargas violentas en la calle y en casa.

Persona muy sensible, de apariencia fuerte, salta con facilidad cuando hay cierta tensión en las relaciones impersonales. Se fuga con frecuencia.

Tiene una novia, en la actualidad, con la que mantiene un vínculo muy intenso, con relaciones heterosexuales con prácticas sado-masoquistas. La unión es de tal intensidad que estuvieron a punto de suicidarse juntos, tomándose medicamentos, cuando sabían que tenían que separarse, porque cada cual debía de partir a ciudades diferentes.

Ordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz. Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	h	o	d	m				
1		-	+	+	-	+	-	-	+				
2		-	±!	+	-	+	-	0	+	1	1	2	
3		+	-	+	+	0	-	0	±	1	1	2	
4		0	+	0	0	±!	-!	+	+	3	1	4	
5		-	±!	-	+	±	0	-	+	1	2	3	
6		+	+	-	-	-	+	0	-	1		1	
7		+	-	0	-	-	±!	0	+	2		2	
8		-	±	±	+	+	0	-	+	1	2	3	
9		0	-	±!	-	+	-	-	±!	1		1	
0		-	±	+	-	±	0	0	±!	2	2	4	
Σ 0		2		2	1	1	3	5		13			Σ 0 1144
Σ ±			4	1		3		1		9			Σ ±
nd. Sp. Gr.		2	4	3	1	4	3	5	1				Sy % 275
ant Sp. Gr.										Σ ±			
if										Dur = 1			
										Moll = 1/10			
Soz. +										Soz. Index = 4/9 %			
Soz. -													

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{d_s}{p_3 e_3 h_2, s_4 k_4} \\ h_4, m_1$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{C_{m+}}{4} : \frac{S_{h-}}{2} : \frac{P_{hy-}}{2} : \frac{S_{ch\bar{p}}}{1}$$

c) Triebklasse:

$$C_{m+} S_{h-} P_{hy-} S_{ch\bar{p}} \\ \text{Triválvica}$$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurosis

Caracterial: Relaciones inestables, cambios afectivos, relaciones sado-masoquistas.

Psicosomática: (en la infancia)

Psicopatía: Robos, peleas, agresiones contra objetos importantes, consumo de alcohol y otras drogas.

Psicosis

DIAGNOSTICO:

Caracterosis de perversidad sado-masoquista y síndrome impulsivo-actuador.

SUJETO XXVI - 17 años, hombre.

Resumen de la enfermedad.

El paciente vive en un hogar, donde los padres han pasado largos años, incluso tras divorciarse (hace tres años) con una relación de gran intensidad, peleándose, escribiéndose y declarándose el amor. Podríamos decir, de un patológico apasionamiento. El padre es un artista y la madre tiene una galería de arte.

Durante los últimos cuatro años, antes de su ingreso, el paciente ha incrementado sus alteraciones de carácter.

Su forma de ser, pasivo, dependiente, sobre todo de su madre, se manifiesta constantemente. Nunca protesta, nunca se muestra agresivo, de forma activa, pero tampoco se atiene, más que a sus propias costumbres.

Apenas acude a la escuela, no suele ducharse ni arreglarse, gusta de pasar muchas horas en cama y durmiendo hasta doce horas.

Se interesa por actividades artísticas, la pintura, y disfruta construyéndose un mundo aparte, donde se eviten los compromisos con los demás, con la realidad. Su conversación, breve, gira en torno a la paz, las flores, el campo, añorando un mundo diferente.

Se pasa el día aislado, imaginando un plácido mundo y rehusando participar en su entorno.

Otras veces, al hablar, gusta de hacer juegos de palabras, buscándole otro sentido.

Cuando se le presiona para comprometerse en la

escuela o en actividades de ocio, incrementa sus juegos imaginarios, por ejemplo "activités mar-itimes", traduce por "mere-inti-mes", bloqueando las relaciones. Otras veces, al sentir la intromisión, responde con ideas sobrevaloradas e inflactivas sobre si mismo.

Erdergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz. Wert	S		P		Sch		C		Z	E	T	Existenzform
		n	s	e	hy	a	o	d	m				
1		0	+	0	+	-	0	-	+	3	1	4	
2		0	+	0	+	±	0	-!	+	3	2	5	
3		0	+	±	-	±	0	-	+	2	2	4	
4		+	+	-	-	-	0	-	+	1		1	
5		0	±	-	-	±	0	±	+	2	3	4	
6		0	±	0	0	±	0	±	+	4	3	7	
7		+	0	0	+	-	-	-!	+	2		2	
8		+	±	-	0	-	0	±	+	2	2	4	
9		0	±	-	+	0	0	-	±	3	2	5	
0		0	-	0	0	+	0	±	+	4	1	5	
Σ 0		7	1	5	3	1	9			26			Σ 0 162
Σ ±			4	1	2	4		4	1		16		Σ ±
end. Sp. Gr.		7	5	6	5	5	9	4	1			42	Sy% 52'5
ant. Sp. Gr.										Σ'			
Dur										1			
Moll										1			
Soz. +													
Soz. -													Soz Index 46'8"

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{Pa \ h_2 \ R_6}{Ss \ h_2 \ K_5 \ d_4}$$

m,

b) Latenzproportionen:

$$\frac{Sch \ K^-}{4} : \frac{Cu^+}{3} : \frac{Ss^+}{2} : \frac{Phy^-}{1}$$

c) Triebklasse.  $Sch \ K^- \ Cu^+ \ Ss^+ \ Phy^-$   
Tivalvira

Sintomas y rasgos de carácter:

Neurosis

Characterial: Contacto pasivo, reclusión en sí mismo, en la fantasía se prodiga, incluso relacionalmente. Dejadéz y afición a dormir y evitar la realidad.

Psicosomática

Psicopatía

Psicosis: Ideas sobrevaloradas sobre sí mismo.

DIAGNOSTICO:

Characterosis esquizoide pasivo-agresivo y síndrome psicótico de sobrevaloración-inflativos.

SUJETO XXVII-F.D., 19 años, mujer.

Resumen de la enfermedad

Desde la temprana infancia, la paciente es atendida por una familia de acogida, junto a su hermana, pues el padre, alcohólico, había muerto, y la madre se dedicaba a la prostitución, además de tener un trastorno de carácter que la llevaba a permanecer encerrada en su casa.

Parece que hasta los trece años, no se detectan alteraciones a destacar, permaneciendo bien adaptada en el medio escolar y en la familia de acogida.

A los quince años, conoce a su madre, que le da dinero y la invita a seguirla en la "vida fácil".

Sus rasgos de carácter se acentúan, se vuelve más retraída, distante, desinteresada. Dice que no puede concentrarse y va empeorando en los estudios. Tiene que realizar un ingreso psiquiátrico por Bouffée delirante.

Su forma habitual de ser, es inhibida, desinteresada, aunque suspicaz y propensa a desvalorizar las cosas. Más bien callada y evita las relaciones sexuales por dinero, pues su futuro es incierto, sin trabajo y con dificultades para encontrarlo.

Se abandona pasivamente a que las instituciones, como hasta ahora, se ocupen de ella. Se muestra fría al contacto interpersonal y se abandona pasiva y dependiente a quien se ocupe de ella y le procure algún cuidado.

Erdegrundprofile (VGP)

Nr.	Soz. Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	o	d	m				
1		+!!	-	0	-	0	-	-	-	2			
2		+	+	±	0	-	-	0	+	1	1		
3		+	+	0	-	-	-!!	+	+	1			
4		0	+	±	-	-	0	+	+	2	1		
5		+	0	+	-	-	-	-	±	1	1		
6		0	-!	-	±	+	-	0	+	2	1		
7		+	-	-	+	±	-!	+	+		1		
8		+	-!	-	0	0	-	+	±!!	2			
9		+	+	-	+	+	-	-	-				
10		+	-	-	+	-	-	+	+				
Σ 0		2	1	2	2	2	1	2		12		Σ 0	
Σ ±				2	1	1			1		5	Σ ±	2'4
Tend. Sp. Gr.		2	1	4	3	3	1	2	1		17	Sy%	26'5
Quant. Sp. Gr.										Σ 1			
Dur										Dur	1		
Moll										Moll	1'35		
Σ Soz. +													
Σ Soz. -													
													Soz. Index = 303%

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{e_4 h_1 y_3 k_2}{h_2 d_2} P_1 m_1$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{S_s^-}{1} : \frac{P_{hy}^-}{1} : \frac{S_{sch}^-}{1} : \frac{C_{m.}}{1}$$

c) Triebklasse: Custriválvica

$$S_s^- P_{hy}^- S_{sch}^- C_{m.}+$$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurosis

Caracterial: Desinterés, evita el contacto, callada, inhibida, pasiva y dependiente.

Psicosomática

Psicopatía: Sexualidad en venta.

Psicosis: Bouffée delirante

DIAGNOSTICO:

Caracterosis esquizoide-dependiente y síndrome psicótico-paranoide.

SUJETO XXVIII- V.C., 18 años, mujer.

Resumen de la enfermedad.

Los primeros trastornos se registran en la pubertad, con una tendencia a inhalar cola. A los trece años, realizó una intoxicación voluntaria con cola, quería matarse, aunque no sabe explicar porqué.

A partir de esta época, crece el absentismo escolar, además de tener dificultades de relación. Es provocativa, vivaracha, le gusta discutir y tener siempre la razón. Se va deslizando paulativamente a ambientes marginales.

Su ánimo es, habitualmente, eufórico, con una sonrisa permanente al contacto, algo crispada. Habla con rapidez, a veces con dificultades en seguir el hilo de la conversación, ,tendencia a generalizar (Rorschach) pero con buena inteligencia (Waiss). La gran intolerancia a la autoridad, le lleva a autolesionarse, en general para pedir ayuda, a la vez que hace transgresiones, como fugas, donde realiza consumo de drogas y provocaciones sexuales, con un tinte de realización sado-masoquista y otras veces con verdaderas situaciones de peligro.

Su afectividad es variable y cambiante, con dificultad para reflexionar y para la introspección. No le gusta hablar de su propia historia, ni de la de su familia, llena de dificultades.

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T T So	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		-!	0	+	-	±	+	+	0	2	1	3	
2		-	±	0	-	+	0	0	+	3	1	4	
3		-	±	+	-	+	0	0	+	2	1	3	
4		0	±	+	-	±	+	-	+	1	2	3	
5		-	-	+	-	+	+	0	+	1		1	
6		-	±	-	-	+	+	±	+		2	2	
7		+	±	+	-	+	0	-	+	1	1	2	
8		-	+	+	-	±	0	-	+	1	1	2	
9		-	-	+	-	+	+	±	+		1	1	
10		-	-	+	0	±	+	0	+	2	1	3	
Σ 0		1	1	1	1		4	4	1	13			Σ 0 = 1'18
Σ ±			5			4		2			11		Σ ±
end. Sp. Gr.		1	6	1	1	4	4	6	1			24	Sy% 30
Quant Sp. Gr.										Σ: 1			
Dur										Dur = $\frac{1}{1'22} = \frac{1}{1'22}$			
Moll										Moll = $\frac{1}{1'22} = \frac{1}{1'22}$			
Soz. +										Soz. Index = 69'04%			
Soz. -													

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{d_e s_e}{k_4 p_4}$$

$$h, e, h_y, m,$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{C_{m+}}{5} : \frac{S_{h-}}{5} : \frac{P_{h_y e+}}{0} : \frac{Sch_{k p+}}{0}$$

c) Triebklasse:  $C_{m+} S_{h-}$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurosis

Caracterial: Euforia, hiperactividad, depresiones autoagresivas.

Psicosomática

Psicopatía: Autolesiones, drogas, sexualidad perversa.

Psicosis.

DIAGNOSTICO:

Caracterosis hipomaniaca y síndrome depresivo-actuador-tóxico y sexual-

SUJETO XXIX-C.C., 18 años, mujer.

Resumen de la enfermedad.

No se constataban trastornos durante la infancia. La niña presentaba un carácter bondadoso y obediente.

La paciente, comenzó a engordarse después de la pubertad.

Su carácter es hipersensible, se piensa que se burlan de ella por ser gorda.

Es muy exigente consigo misma, en sus estudios y en sus relaciones con los demás. Se siente antipática, autodespreciándose y a la vez, suele estallar en sollozos cuando no la consideran tal como ella espera.

Muy sensible al contacto, tan pronto se acerca sonriente, como interpreta un gesto o un desaire como grave ofensa.

Esta sensibilidad es prácticamente constante y con mucha frecuencia se la encuentra llorando y lamentándose de perjuicios sufridos.

De este modo, en los últimos tres años, ha ido perdiendo efectivamente en el rendimiento escolar y se ha ido retrayendo, todavía más, de las relaciones sociales.

Ha presentado cuatro episodios de intensa angustia, con agitación motora e ideas de perjuicio, que han necesitado de breves internamientos psiquiátricos.

Fordegrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T So	Existenzform
		h	e	e	hy	h	p	d	m				
1		+!	0	+	-!	+	-	-	-	1	1		
2		+	-	+	-!	0	-	+	+!	1	1		
3		+	0	+	-	+	-	0	+	2	1	3	
4		+	+	+	-!	-	0	-	0	2	2		
5		0	-	0	-!	-	+	+	+!	2	1	3	
6		+	±	+	-	-	0	0	+	2	1	3	
7		+!	0	0	-!	0	+	-!	+	3	3		
8		+!	+	0	-!	-	+	-	+	1	1		
9		+	0	+	-!	0	0	-	+	3	3		
10		+	±!	+	-!	0	+	-	0	2	1	3	
Σ 0		1	4	3		4	3	2	2	19			Σ 0 4'75
Σ ±			2			1		1		4			Σ ± 4'75
tend. Sp. Gr.		1	6	3	0	5	3	3	2		23		Sy% 28'75
Quant. Sp. Gr.										Σ 1			
Dur										Dur = 1			
Moll										Moll = 1'35			
Σ Soz +													
Σ Soz -													Soz. Index = 38'59%

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{S_c K_s}{e_3 P_3 d_3 m_2} \cdot h_1$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{S_{h+}}{5} : \frac{P_{hy-}}{3} : \frac{Sch_{p-}}{2} : \frac{C_{ent+}}{1}$$

c) Triebklasse:

$$S_{h+}$$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurosis: Autodepreciación, exigente consigo misma. Crisis de llanto y lamento.

Caracterial: Sensitiva en la relación. Retracción social.

Psicosomático: Bulimia.

Psicopático: Descargas de agitación.

Psicótico: Ideas de perjuicio, sobrevaloradas y delirantes.

DIAGNOSTICO:

Caracterosis sensitivo-paranoide y síndrome psicótico paranoide y depresivo con bulimia.

SUJETO XXX-M.R.M., 17 años, mujer.

Resumen de la enfermedad.

No se recogen alteraciones durante la infancia de la paciente.

Desde los trece años muestra un carácter discoloro, rebelde. Se pelea con su padre, pues suele llegar a deshora.

Ha comenzado a decir que quiere estudiar bachillerato, en lugar de formación profesional de peluquería. No logra obtener buenos rendimientos y debe abandonar. Esto trae problemas familiares, pues la paciente no cumplía con el horario de estudio y además, a los quince años, mantenía relaciones sexuales con un chico, cuestión que exasperaba especialmente a la madre.

Constantemente exige dinero, solo realiza alguna ayuda en las tareas de la casa, si le dan dinero. Logra que la madre le compre vestidos y ropa cara, a escondidas del padre que es de carácter mucho más ahorrador.

Se muestra seductora en el contacto interpersonal, no gusta que se la contradiga, se siente rechazada y suele llorar, e incluso realiza un intento de suicidio con fármacos, como llamada al apoyo.

Tiene celos de su hermana, porque obtiene más ventajas de sus padres.

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz. Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Y Sp	Existenzform
		n	s	e	hy	k	p	d	m				
1		-1	+	0	-	-	0	+	+	2	1		
2		-1	0	+	-	-	+	0	+	2			
3		-1	-	+	0	-	+	0	+	2			
4		-	+	-	-1	+	+	-	+	1			
5		0	0	+	-	-	+	-	+	2	1		
6		0	+	-	-	-	+	0	+	2			
7		0	0	+	-1	-	+	-	+	2			
8		+	+	-	-	-	+	-	+				
9		-1	+	-	-	-	+	0	+	1			
10		0	+	0	-	-	0	+	+	3	1		
Σ 0		4	3	2	1		2	4		16		Σ 0	4
Σ ±			1					2	1		4	Σ ±	4
Tend. Sp. Gr.		4	4	2	1	0	2	6	1		20	Sy%	25
Quant. Sp. Gr.											Σ'		
Dur											Dur	1	
Moll											Moll	1/22	
Σ Soz. +											Soz. Index		= 53,6%
Σ Soz. -													

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{d_6 h_4 s_4}{e_2 p_2 h_4 m_1 k_0}$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{C_{m+}}{5} : \frac{SchK}{2} : \frac{Phy-}{1} : \frac{S}{0}$$

c) Triebklasse:

$$C_{m+}$$

Sintomas y rasgos de carácter:

Neurosis: Celos, Depresión, Agitación.

Caracterial: Seductora, rebelde, no tolera la frustración, tristeza, depresión agitada con intento de autolisis  
Voracidad y exigencia siempre insatisfecha.

Psicosomática

Psicopatía

Psicosis

DIAGNOSTICO:

Characterosis histero-depresiva y síndrome de crisis de angustia y depresión agitada.

SUJETO XXXI-CH.D., 17 años, mujer

Resumen de la enfermedad

La paciente es una hija deseada, de un padre que sufría trastornos depresivos, estando en tratamiento psicoanalítico durante dos años y medio, hasta que nace la paciente.

No era buena para comer, vomitaba con cierta frecuencia. Tenía muchos celos de hermano, "el preferido de su padre" y que la madre describe como egoísta y con carácter rígido, sospechando que tuviera problemas psicológicos.

No se destacan otros rasgos durante la infancia. En la pubertad, comienza a engordarse. Hace un viaje a Inglaterra (hace tres años) y disfruta bebiendo, fumando haschich, saliéndose de su habitual comportamiento ordenado y cumplidor, siempre activa y bien humorada.

Al año siguiente, una tía paterna se suicidó, lo que le afectó mucho, mostrándose más callada y algo apagada. A la vez empezó a preocuparse por el cuerpo, se puso a régimen y adelgazó trece kilos.

Sufre de una interrupción en la regla y una crisis intensa de angustia, con pánico a morirse, insomnio y sentimiento de despersonalización.

Su carácter alterna, entre la rebeldía activa y el estar apagada. Gusta de cuidarse el cuerpo, hace pesas y gimnasia, con dificultades sobre su reconocimiento sexual, aunque a la vez mantiene relaciones heterosexuales.

Erdegrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		+	0	0	-	±	0	-	+	0	1		
2		0	-	0	-	±	+	-	+	1	2		
3		-	-	±	-	+	+	0	+	1	1		
4		-	-	+	-	+	+	0	+	1			
5		-	-	+	-	+	+	-	+				
6		-	-	+	-	+	+	0	+	1			
7		-	-	+	-	0	+	0	+	2			
8		-	-	+	-	+	+	0	+	1			
9		-	-	+	0	+	+	0	+	2			
0		-	-	+	-	+	+	0	+	1			
Σ 0		1	1	2	1	1	1	7		14		Σ 0	4
Σ ±				1		1				3		Σ ±	4
ind. Sp. Gr.		1	1	3	1	3	1	7	0			17	Sy% 21'25
ant. Sp. Gr.													
jr												Dur	1
oll												Moll	2'63
Soz. +												Soz. Index	57'44%
Soz. -													

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{d_7 e_3 k_3}{h_1 S_1 Ph_1 P_1} m_0$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{C_{m+}}{7} : \frac{S_{chp+}}{2} : \frac{Ph_{-}}{2} : \frac{S}{0}$$

c) Triebklasse:

$$C_{m+}$$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurosis: Angústia, pánico, despersonalización.

Caracterial: Alternancia entre un tono hiperactivo, con pequeñas transgresiones y apagamiento. Rebelde a las normas.

Psicosomática: (engordar-adelgazar)

Psicopatía

Psicosis

DIAGNOSTICO:

Caracterosis hipomaníaca y síndrome de crisis de angustia y despersonalización.

SUJETO XXXII-V.L., 16 años, mujer.

Resumen de la enfermedad

La paciente, a los tres o cuatro años, nos dice su familia, presentaba dificultades para comer.

Es una niña inteligente, exigente, de buen rendimiento escolar y sensibilidad musical.

A los doce años presenta un síndrome de anorexia mental, perdiendo muchos kilos, no llegando a producirse la menarquía.

Su carácter se muestra caprichoso, muy dependiente de sus padres y a través del T.A.T., se observa, un sentimiento de ser retenida por la madre y un intenso odio al padre, con fuerte sentimiento de culpa.

La paciente no se desarrolla físicamente como es propio a su edad, no quiere hablar de la sexualidad, ni de hacerse mayor. Habla y se comporta en la relación, de manera infantil, sus gestos son como de una niña simpática y seductora, buscando ser amada y apoyada.

Hay una detención del crecimiento del cuerpo y del desarrollo de los signos sexuales, que requieren una vigilancia endocrina.

Erdergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz. Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		+	+	+	-	-	0	0	+	2	2		
2		+	+	+	-	-	0	+	+	1	1		
3		+	±	0	-	-	0	0	+	3	1		
4		+	+	-	-	-	0	-	+	1	1		
5		+	±	-	-	-	0	0	+	2	1		
6		+	±	0	-	-	0	0	+	3	1		
7		+	±	-	-	-	0	0	+	2	1		
8		+	±	0	-	±	0	-	+	2	2		
9		+	±	0	-	±	0	0	+	3	2		
10		+	±	-	-	±	0	-	+	1	2		
Σ 0				4			10	6		20		Σ 0	142
Σ ±			10	1		3					14	Σ ±	
end. Sp. Gr.		0	10	5	0	3	10	6	0		34	Sy%	42.5
ant. Sp. Gr.												Σ!	
Dur												Dur = 1	
Moll												Moll = 1	
Soz. Index												Soz Index	41.7%

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\begin{array}{r}
 + - 0 \\
 S_{10} P_{10} \\
 \hline
 d_c^0 e_s^0 k_s^+ \\
 \hline
 M_0^+ h_0^+ h_0^-
 \end{array}$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{S_h^+}{10} : \frac{Sch_k^-}{7} : \frac{Cu^+}{6} : \frac{Phy^-}{5}$$

c) Triebklasse:  $Cu^+ Phy^-$   
 $S_h^+ Sch_k^- Cu^+ Phy^-$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurosis

† Carácter: Infantil, caprichosa, dependiente, deseosa de ser apoyada.

† Psicósomática: Detención crecimiento corporal, detención desarrollo sexual, síndrome anoréxico.

Psicopatía

Psicosis

DIAGNOSTICO:

Characterosis infantil y síndrome de anorexia.

SUJETO XXXIII-H.O., 17 años. Mujer

Resumen de la enfermedad

La paciente es hija única, que sufre de eczema atópico, entre los cuatro y dieciocho meses.

De pequeña no dormía bien, teniendo angustia para dormirse, antes de coger el sueño. Quería irse a la cama de los padres.

Faringitis de repetición, sobre todo en la pubertad, que le ha llevado a padecer faringitis crónica.

Desde los once años reaparece el eczema escoriáceo profuso, por el cuerpo y la cara. Más tarde, la madre nos comenta, que cuando nació su hija, tenía una idea que le angustiaba "pensaba que me la iba a comer, con lo que no podía acercarme a ella". Vemos la intensidad de esta fantasía canibalística.

La paciente se desarrolla precozmente, en la primera adolescencia, estando perfectamente conformada a los catorce años. El padre tiene temores por el desarrollo y posible sexualidad de su hija. Más tarde mantendrá relaciones homosexuales esporádicas.

Además, la paciente tiene un carácter exigente, irritable, por lo general algo distante e inafectivo, aunque educado, y otras veces, con una intensidad afectiva que rechaza apoyo y protección, llegando a realizar reiterados intentos de suicidio, generalmente con fármacos. Realiza conductas autolesivas, como cortes en la piel y se muestra triste e incomprendida.

Ordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		I	Z	T	T Sp	Existenzform
		n	s	e	hy	h	p	d	m					
1		+	+	0	-	-	0	-	+	2	1			
2		+	+	0	-	0	0	-	+	3				
3		+	+	0	-	-	0	-	+	2	1			
4		0	0	-	-	+	0	-	+	3				
5		+	+	+	-	+	0	-	-	1	1			
6		0	+	0	+	-	0	+	+	3	2			
7		-	+	+	+	+	0	-	+	1	2			
8		-	+	+	+	+	0	-	+	1	2			
9		-	+	+	-	0	+	+	0	2	2			
10		0	+	+	0	+	+	-	+	2	2			
Σ 0		3	1	4	1	3	8		1	20			Σ 0	1'53
Σ ±		2		2	1	4	1	2	1		13		Σ ±	
end. Sp. Gr.		5	1	6	2	6	9	2	2		33		Sy%	41'25
end. Sp. Gr.														
dur													Dur	1'22
mot													Mot	1
Soz. +													Soz. Index	56'52%
Soz. -														

I. Triebinnäus-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{p_9 k_6 e_6}{h_5 h_2 d_2 m_1} S_1$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{S_{5+}}{4} : \frac{Phy^-}{4} : \frac{Sch k^-}{3} : \frac{C}{0}$$

c) Triebklasse:  $S_{5+}, Phy^-, Sch k^-, C$   
Triválvica

Síntomas y rasgos de carácter:

Neürosis: Tristeza.

† Caracterial: Exigente, irritable, distante y con afectividad depresiva y lamentos.

† Psicossomática: Eczema escoráceo profuso.

Psicopatía: Reiterados intentos de suicidios, conductas homosexuales esporádicas.

Psicosis

DIAGNOSTICO:

Characterosis histero-masoquista y síndrome depresivo y psicossomático.

SUJETO XXXIV-F.L., 18 AÑOS. HOMBRE.

RESUMEN DE LA ENFERMEDAD

El paciente nace tres semanas antes de tiempo. La madre había estado encamada durante el embarazo, para evitar un parto precoz. Antes de quedarse embarazada del paciente, había tenido varios falsos embarazos.

Vivían en Costa de Marfil, por razones de trabajo del padre. Cuando el paciente tenía cuatro años, se negaba a ir al jardín de infancia. Tenía miedo, sobre todo por las noches, diciendo que se le aparecía entre las cortinas, un hombre negro, reclamando dormir con sus padres. Dejó de ir a la escuela y la madre, profesora, le daba clases, pero cuando le llegó el tiempo de escribir, se puso a hacerlo.

En Costa de Marfil no tenía amigos. La familia se traslada a Francia cuando el paciente tenía nueve años.

Se incorpora al colegio y se adapta con dificultad.

La relación con los compañeros es brusca. Tiene muchos conflictos a partir de los catorce años. Es un chico fuerte que trata de imponerse. Muy sensible, cuando se plantea una dificultad con un compañero, enseguida se siente dañado y avasallado. La discusión cobra una fuerte intensidad afectiva, junto a la creencia de tener razón y de que los demás le quieren hacer daño, desencadenándose una relación violenta y angustiosa, por lo que tuvo que ser ingresado en el Hospital Psiquiátrico.

Cuando suceden estas crisis más intensas, posteriormente, el paciente se siente apesadumbrado. Tiene

dificultades para controlar sus impulsos, mostrándose muy susceptible y discutiendo inmediatamente, dado que siempre cree tener la razón.

Ordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz. Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	Σ So	Existenzform
		n	s	e	hy	k	p	d	m				
1		+	+	+	+	-	-	0	+	1	2		
2		+	+	-	-	-	-	0	+	1			
3		+	+	+	-	-	0	0	+	2			
4		0	+	-	-	±	-	0	+	2	1		
5		+	-	+	-	-	-	+	+		1		
6		+	+	±	-	-	0	0	+	2	2		
7		+	-	-	0	-	-	+	+	1			
8		+	-	+	-	-	-	0	+	1			
9		+	±	-	-	-	-	0	+	1	1		
10		0	-	0	±	-	0	0	+	4	1		
Σ 0		2		1	1		3	8		15		Σ 0	1'875
Σ ±			3	3	1	1				8		Σ ±	
fend Sp. Gr.		2	3	4	2	1	3	8	0		23	Sy%	28'75
Quant Sp Gr												Σ'	
Dur												Dur	$\frac{1}{1'25}$
Moll												Moll	$\frac{1}{1'25}$
Σ Soz. +												Soz. Index	48'14%
Σ Soz. -													

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{d_8^0 \quad e_4^{+-}}{s_3^+ \quad p_3^{0-} \quad h_2^{0+} \quad k_2^{0-} \quad l_1^{+-}} = m_0^+$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{C_{wt}^+}{8} : \frac{Schk^-}{2} : \frac{Phy^-}{2} : \frac{Sh^+}{1}$$

c) Triebklasse:

$$C_{wt}^+$$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurosis

Caracterial: Susceptibilidad relacional

Psicosomático

Psicopatía: Descargas agresivas y violentas.

Piscosis: Ideas sobrevaloradas de perjuicio.

DIAGNOSTICO:

Characterosis paranoide y síndrome explosivo-paranoide.

SUJETO XXXV- D.D., 18 años, hombre

Resumen de la enfermedad

El paciente ha sido, durante su infancia, un niño bien adaptado, sin aparentes trastornos.

Con la adolescencia, comienza a decir que está aburrido, vacío, se dedica a jugar al golf y destaca. Piensa firmemente que llegará a ser un gran campeón.

A la vez que se incrementa el sentimiento de vacío, de no encontrar gusto por nada, empeoran los estudios y aumentan los conflictos familiares, que le exigen que trabaje más. Por otra parte, algunos días abusa del alcohol y acaba entrometiéndose con personas en los bares, en ocasiones provocando situaciones que terminan con lesiones en su persona. Así transcurre el periodo de trece a dieciseis años, en que ingresa en el centro J.Sarrailh.

Habitualmente se siente triste, desgraciado, "como si no sintiera nada", sin saber porqué, sin ser capaz de hablar de sí mismo y únicamente busca la protección de los demás, lamentándose de su malestar.

ndergrundprofile (VGP)

Soz. Wert	S		P		Sch		C		I 0	I ±	T I So	Existenzform
	h	s	e	ny	k	p	d	m				
1	+	0	+	0	-	±	0	+	3	1		
2	+	-	-	-	0	+	+	0	2			
3	0	-	-	+	-	+	+	-	1			
4	-	-	+	-	+	±	+	+		1		
5	0	±	+	±	-	-	+	0	2	2		
6	0	+	+	±	0	±	-	0	3	2		
7	+	-	-	-	-	+	0	+	1			
8	+	-	±	-	0	+	0	0	3	1		
9	0	±	±	+	-	+	-	0	2	2		
0	+	±	-	0	±	±	0	0	3	3		
Σ 0	4	1		2	3		4	6	20		Σ 0	166
Σ ±		3	2	2	1	4				12	Σ ±	
nd Sp Gr	4	4	2	4	4	4	4	6			32 Sy%	40
ent Sp Gr											Σ'	
											Dur = 166 =	
											Moll	1
Soz. -											Soz. Index	61,9%

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{M_6^0}{d_4^0 p_4^+ k_4^+ h_4^{I0} h_4^+ s_4^0} \\ e_2^+ - +$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{Cd^+}{2} : \frac{Pe^-}{2} : \frac{Sch}{0} : \frac{S}{0}$$

c) Triebklasse: *Custiválvica*  
 $Cd^+ Pe^- Sch S$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurosis: Inhibición, tristeza, vacío.

Caracterial: Busca el apoyo de los demás, tendencia a lamentarse.

Psicosomática

Psicopatía: Abuso esporádico de alcohol y peleas.

Psicosis

DIAGNOSTICO:

Characterosis abandonica y síndrome depresivo y actuador.

SUJETO XXXVI, -C.H., 17 años, mujer.

Resumen de la enfermedad.

Cuando llega la menarquia, de ser niña obediente y sumisa, cambia tanto en sus rendimientos en la escuela, que decaen, cuando habían sido excelentes, así como en sus hábitos de la limpieza, en el escoger las comidas y sobre todo en sus ropas. Se produce una autoafirmación, en oposición a los criterios de su madre.

Las relaciones familiares se van haciendo más difíciles, mostrándose dependiente y exigente, a la vez que agresiva, reinvicativa y manipuladora.

Se siente insegura de si misma, suele estar callada, inhibida, tímida aunque le gusta atraer la atención. Cuando habla, pocas veces, su voz es suave, se sonroja con facilidad y, paradójicamente, habla tres lenguas.

Se mira durante horas en el espejo, se acicala y depila, dudando sobre si es una verdadera mujer.

Además tiene dificultades en la coordinación del cuerpo (sin que responda a ningún trastorno orgánico), tiene pesadillas y suele no poder dormir bien, desvelándose a veces y otras sin poder conciliar el sueño.

Presenta signos de angustia sobre quien es, "como si estuviera cambiando", y en ocasiones, "tengo miedo de que mi madre me vigile", ha llegado a oír la voz de ella, yendo por la calle, "como si me dijera que no debo ir por aquella calle".

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		+	+	+	-	-	+	-	-		1		
2		±	0	+	0	-	0	-	+	3	1		
3		0	+	+	-	-	0	-	+	2			
4		0	+	+	-	+	0	-	+	2	1		
5		±	0	+	-	-	±	-	+	1	2		
6		0	+	+	-	-	+	-	±	1	1		
7		+	+	0	-	-	0	-	+	2			
8		+	0	+	-	-	0	-	+	2			
9		0	0	+	-	-	±	±	+	2	2		
10		-	0	+	±	-	±	-	+	1	2		
Σ 0		4	5	7	1		5			16		Σ 0	1'6
Σ ±		2		1	1	1	3	1	1		10	Σ ±	
Tend. Sp. Gr.		6	5	2	2	1	8	1	1		26	Sy%	32'5
Quant. Sp. Gr.										Σ!			
Dur										Dur	1		
Moll										Moll	1'5		
Σ Soz. +													
Σ Soz. -													Soz. Index = 63'40%

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{p_i^0 h_i^0 s_s^0}{e_2^+ h_2^-} \frac{d_1 u_1^+ k_1^-}{k_1^-}$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{Sch_{K^-}}{7} : \frac{S_{S^+}}{1} : \frac{P}{0} : \frac{C}{0}$$

c) Triebklasse:

$$Sch_{K^-}$$

Síntomas y rasgos de carácter:

- Neurosis: Inhibida, callada. Se mira al espejo y duda sobre su identidad sexual. Despersonalización.
- Caracterial: Reivindicativa, agresiva. Distante.
- Psicosomática: Dificultades en coordinación del cuerpo.
- Psicopatía
- Psicosis: Ideas sobrevaloradas de perjuicio.

DIAGNOSTICO:

Characterosis "como si" y síndrome psicótico paranoide.

SUJETO XXXVII-F.C., 17 años, hombre.

Resumen de la enfermedad.

No se registran trastornos durante la infancia, más que reacciones alérgicas en la piel, que han continuado durante la adolescencia.'

Hace tres años que comenzó a quejarse de cansancio, de mareos, de que no podía estudiar más de un rato , que se sentía fatigado. Fue abandonando los estudios, lo que causó conflictos familiares, pues no reconocían su malestar.

El paciente refiere, que nunca se encontraba a gusto, casi siempre angustiado, con dolores diversos, de cabeza, en la espalda, en las piernas, temiendo padecer una grave enfermedad.

En varias ocasiones sufrió de intenso pánico, "como si me fuera a morir", se sentía extraño y raro.

Es una persona que se exige a si mismo y que quiere que se le reconozca inmediatamente, tal como él espera. Se muestra inhibido , respetuoso, pero, en su fuero interno, se siente menospreciado.

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		0	+	-	-	-!	-	0	+	2			
2		-	+	+	0	-	-	0	+	2	1		
3		-	+	+	-	+	-	0	+	1	2		
4		0	-	+	-	-	-	+	+	1			
5		-	-	+	-	0	+	+	+	1	2		
6		0	-	0	+	-	-	+	+	2	1		
7		-	-	+	0	-	+	0	+	2	1		
8		-	+	+	0	-	+	0	+	2	2		
9		-	-	+	-	-	-	+	+				
10		-	-	-	-	-	-	+	+				
Σ 0	3			1	3	1		5		13		Σ 0	144
Σ ±		3		1	1	1	3				9	Σ ±	
Tend. Sp.Gr.	3	3		2	4	2	3	5	0			Sy %	34'37
Quant. Sp.Gr.										Σ !			
Dur										Dur = 1			
Moll										Moll = 1'85			
Σ Soz. +												Soz. Index	53'84%
Σ Soz. -													

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{h_3^0 s_3^+ p_3^+ k_2^- e_2^+}{m_0^+}$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{C_{ut}}{5} : \frac{P_{e^+}}{2} : \frac{S_{d_{k^-}}}{1} : \frac{S}{0}$$

c) Triebklasse:

$$C_{ut}^+$$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurosis: Despersonalización, angustia flotante, somatizaciones conversivas.

Caracterial: Inhibido, se siente menospreciado, no reconocido.

Psicosomático: Alergia en la piel, cansancio.

Psicopático

Psicótico

DIAGNOSTICO:

Characterosis depresiva y síndrome conversivo-despersonalizador.

SUJETO XXXVIII-E. J., 18 AÑOS. HOMBRE.

Resumen de la enfermedad.

Hace dos años, antes de ingresar en el Centro Jean Sarrailh, el paciente se ha ido aislando, siendo más solitario y menos hablador.

Prefiere quedarse solo en la habitación, escuchando música, rechazando los compromisos con la realidad. Dice que hay mucha agresividad entre las personas.

En el colegio evita las relaciones con los compañeros, aunque ha tenido algunos contactos homosexuales.

Tiene dificultad para expresar lo que le pasa, a veces se expresa a través del cuerpo: con frecuencia tiene cólicos intestinales, ante situaciones de exámenes, así como crisis conversivas.

Tendencia intensa a replegarse sobre sí, tarda en responder a lo que se le pregunta, sintiéndose fácilmente agredido. En ocasiones tiene crisis de agitación, en los que dice, que él, como Jesucristo, quiere la paz, que todos debemos comportarnos con armonía con el padre Dios.

Estas expresiones suelen ser intelectualizaciones para evitar el compromiso personal, pero en ocasiones forman parte de creencias delirantes pasajeras.

Vordergrundprofile (VGP)

N.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		0	±	±	0	-	-!	0	+	3	2		
2		+	±!	+	0	+	-!!	0	+	2	1		
3		-	±	-	+	-	-	0	+	1	1		
4		-	±!	+	0	+	-	-	+	1	1		
5		±	±!	0	+	-	-	0	±	2	2		
6		-	-	-	±!	0	±	0	+	2	1		
7		+	±!	+	±!	0	-	0	0	3	1		
8		+	±	±	+	0	0	0	-	3	2		
9		-	-	-	+	+	-	-	+				
10		+	+	+	±	-	-	-	-				
Σ 0		1		1	3	3	1	7	1	17			Σ 0 154
Σ ±		1	6	2			1		1	11			Σ ±
Tend. Sp. Gr.		2	1	3	3	3	2	7	2		28	Sy%	43'75
Quant. Sp. Gr.													
Dur													Dur = 128 =
Moll													Moll 1
Σ Soz. +													Soz. Index = 38'09%
Σ Soz. -													

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{d_7^0 \pm}{S_6^+}$$

$$\frac{K_3^0 \quad h_3^0 \quad e_3^+ \quad h_2^{-+}}{u_2^+ \quad P_2^-}$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{C_{u^+}}{5} : \frac{S_{k^+!}}{4} : \frac{S_{d_{p^-}}}{1} : \frac{P}{0}$$

c) Triebklasse:

$$C_{u^+}$$

Sintomas y rasgos de carácter:

Neurosis: Conversión.

Caracterial: Retraimiento, vida interior. Sentimiento de que no agreden.

Psicosomática: Cólicos intestinales.

Psicopatía: Contactos homosexuales.

Psicosis: Delirio pasajero de tema místico.

DIAGNOSTICO:

Characterosis esquizoide y síndrome psicótico y conversivo.

SUJETO XXXIX-G. E. 18 AÑOS. HOMBRE.

Resumen de la enfermedad.

No se destacan trastornos durante la infancia, salvo de que la madre tenía la fantasía de que su hijo podía padecer una enfermedad mental, pues había enfermos en su familia.

A los trece años, comienza a consumir haschich, alcohol, incluso L.S.D., describiendo vivencias de despersonalización frecuentes.

Los padres vivían juntos, a pesar de tener vidas separadas, el paciente tuvo que ser llevado en dos ocasiones al servicio de urgencias, por presentar un estado de agitación y confusión, en el que refería pensamientos y percepciones que van oscilando entre el delirio y la realidad.

El padre es quien logra controlarlo y acompañarle, y al único que obedecía en este estado.

Estas crisis, de tipo Bouffée delirante, que ceden en uno o dos días, fueron desencadenada, por la separación de su novia.

Fuera de estos momentos, el paciente logra una buena adaptación, es inteligente y simpático, aunque mantiene contactos superficiales, temiendo la dependencia y gustando de dibujar e imaginar a solas, viajes e historias que relaciona con su vida y disfruta en su intimidad.

Vordergrundprofile (VGP)

f. Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		±	0	-	±	-	-	-	+	1	1		
2		0	+	+	-	-	-!	0	+!!	2			
3		0	+	0	±	0	-	±	+	3	2		
4		+	0	±	-	+	0	-	+	2	1		
5		0	0	+	-	+	-!	0	+	3			
6		+	0	-	-	+	-	-	+	1			
7		+	+	+	-	0	-	0	+	2			
8		+	-	+	-	0	±	-	+	1	1		
9		+	-	0	-	±	-	0	+	2	1		
10		+	+	-	-!	0	0	0	+	3			
Σ 0		3	4	2		4	2	5		20		Σ 0	3'33
Σ ±					1	2	1	1	1		6	Σ ±	
Tend. Sp. Gr.		3	4	3	2	5	3	6	0			26	Sy% 32'5
Quant. Sp. Gr.												Σ!	
Dur												Dur	= 1/10 =
Moll												Moll	1
Σ Soz. +												Soz. Index	= 43'13%
Σ Soz. -													

I. Triblinnäus-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{d_6^{0\pm} k_5^{0\pm}}{s_4^0 h_3^0 e_3^0 p_3^0 hy_2^{\pm-}} \\ m_0^+$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{C_{m+}}{6} : \frac{Schp-}{2} : \frac{Phy-}{1} : \frac{Sk+}{1}$$

c) Triebklasse:

$$C_{m+}$$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurosis: Vivencia de despersonalización.

Caracterial: Fantasía esquizoide

Psicosomático

Psicopático: Consumo de drogas.

Psicosis: Ideas delirantes pasajeras. Pensamiento mágico.

DIAGNOSTICO:

Caracterosis esquizoide y síndrome psicótico y tóxico-fílico.

SUJETO XL R. R. , 17 AÑOS. MUJER.

Resumen de la enfermedad.

Ha sido desde pequeña una buena y obediente niña. Por lo general dependiente de la madre que la hacía confidente de los problemas que tenía con su marido.

Inteligente, con buenos rendimientos escolares, exigente consigo misma, piensa que le tenían envidia sus compañeros , debido a sus buenas notas.

Hace dos años, antes de ingresar en el Jean Sarrailh, le resultaba imposible ir al colegio, lo intentaba, pero temía que se rieran de ella, que se burlaran.

En casa se mostraba agresiva, sobre todo con la madre, que se alarmó mucho debido al cambio de carácter. A la vez se siente impotente para seguir adelante, triste e inhibida, se encierra en su casa durante dos meses.

Luego, se recupera, se muestra más segura de sí misma, reanuda sus estudios y sufre, al poco tiempo, una recaída semejante, con fobia a salir de casa y tristeza, cree que no sirve para nada y al llegar a la puerta del colegio, con esfuerzo voluntariosa, tiene que darse la vuelta pues teme que se burlen de ella, teniendo que abandonar los estudios.

En su habitación, se siente algo más segura, pero con temor a perder el control de sí misma y de sus pensamientos.

Vordergrundprofile (VGP)

Nr.	Soz.-Wert	S		P		Sch		C		Σ 0	Σ ±	T Sp	Existenzform
		h	s	e	hy	k	p	d	m				
1		+	-	0	-	-	+	0	+	2	1		
2		+	+	0	0	-	±	0	+	3	3		
3		0	-	+	-	-	+	0	+	2			
4		+	-	-	-!	+	+	0	+	1	2		
5		+	-	+	-	-	+	0	+	1			
6		+	-	+	-	-	+	0	+	1			
7		+	-!	0	-	-	+	0	+	2			
8		+	0	0	-	-	+	0	+	3	1		
9		+	-	+	-	-	+	-	+				
10		+	-	+	-	-	+	-	+				
Σ 0		1	1	4	1			8		15			Σ 0 214
Σ ±		2	1			1	3				7		Σ ±
Tend. Sp. Gr.		3	2	4	1	1	3	8	0			22	Sy% 3437
Quant Sp Gr.													
										Dur	1		
										Moit	190		
Σ Soz. +													Soz. Index = 57.14%
Σ Soz. -													

I. Trieblinnäs-Verrechnung:

a) Triebformel:

$$\frac{d_8^0 e_4^0}{h_3^+ p_3^+ s_2^{0+} h_1^- k_1^-} = m_0^+$$

b) Latenzproportionen:

$$\frac{C_{m+}}{8} : \frac{P_{h_1^-}}{3} : \frac{S_{d_1 k_1^-}}{2} : \dots$$

c) Triebklasse:

$$C_{m+}$$

Síntomas y rasgos de carácter:

Neurosis: Tristeza, fobia a las relaciones.

Caracterial: Temor a que se burlen, susceptibilidad a ser agredida. Inhibición y retraimiento social y agresividad. Temor de despersonalización.

Psicosomática

Psicopatía

Psicosis

DIAGNOSTICO:

Caracterosis narcisista-fóbico y síndrome depresivo-fóbico.