

Descarríos del tratamiento psicoanalítico con pacientes suicidas *

*Glen O. Gabbard*¹

Cuando el Comité de Programación de la IPA me confirió el honor de ser seleccionado como el Orador de Apertura Norteamericano para el Congreso, yo dediqué algún tiempo a estudiar el significado del tema: ‘Trabajando en las Fronteras’. La palabra “fronteras” me inspiraba visiones de peligro, de jungla y de regiones no civilizadas donde ya no valen las restricciones de la sociedad. Una definición terminante me pareció particularmente oportuna: “La parte de un territorio que conforma el límite o límite extremo de las regiones pobladas o habitadas” (1993). Una segunda definición era aún más contundente: “Una barrera contra el ataque” (1993). En estos términos, una de las cuestiones planteadas a los psicoanalistas en este Congreso es identificar las regiones del más allá de la empresa psicoanalítica, donde somos vulnerables a ser atacados, hostigados por la jungla y puestos en riesgo por los peligros inherentes a nuestro trabajo. Mientras examinaba las peligrosas fronteras del psicoanálisis, yo asociaba con los “descarrilamientos” psicoanalíticos. Yo he visto cuando pacientes suicidas han sido gravemente mal manejados por psicoanalistas bien intencionados.

Mi carrera ha sido singular en algunos sentidos debido a mi interés de larga data por dos zonas discretas de la así llamada “ampliación del espectro” de esta, a veces, riesgosa frontera. Durante muchos años tuve un gran número de casos de pacientes suicidas con

* Preparado como un discurso de apertura para el Congreso de la Asociación Psicoanalítica, Toronto, Ontario, Julio 2003.

¹ Profesor de Psiquiatría, Facultad de Medicina Baylor. Analista Didáctico y Supervisor. Instituto Psicoanalítico Houston-Galveston.

patología de carácter grave, resistentes al tratamiento, que eran enviados a la Clínica Menninger como último recurso. También he dedicado mucho tiempo de mi vida profesional consultando, evaluando o tratando a terapeutas y analistas (en la última cuenta fueron más de 150) que cometieron serias violaciones de límites con sus pacientes.

He notado con preocupación creciente cuántas veces las más tremendas violaciones de límites son impuestas a algunos de nuestros pacientes suicidas más perturbados. Mientras nos resulta fácil a todos difamar a aquellos analistas que erraron su camino en la larga noche del alma que acompaña el tratamiento de pacientes suicidas graves con trastornos de personalidad, yo sugiero que nos abstengamos de cubrir con desprecio a aquellos colegas y, en vez, intentemos aprender algo de ellos. En estas situaciones de “frontera” extremas, a menudo descubrimos aquello que es la esencia humana del analista, despojado hasta los huesos como el Rey Lear aullando con desesperación. Estos colegas, que remontaron demasiado cerca del sol en su ciega omnipotencia y que quedaron chamuscados y en desgracia, se asemejan más a nosotros que lo que difieren.

Pacientes suicidas, por su misma naturaleza, tocan una especial vulnerabilidad que es un peligro ocupacional de los analistas. La mayoría de nosotros prefiere pensar en el trabajo analítico como en algo que no es un asunto de vida o muerte. Visualizamos a nuestro paciente ideal como una persona inteligente, reflexiva, atractiva (un poco como nosotros), que está perseguida por sus conflictos intrapsíquicos pero que está fuertemente motivada a comprender. Este tan anhelado paciente abraza la vida y quiere hacer cambios para poder vivirla en forma más plena. En contraste, los pacientes suicidas han determinado que la vida tiene poco para ofrecer, y el análisis es una propuesta dudosa. ¿Qué insight podría entonces transformar la vida en un viaje que valga la pena ser emprendido? Estos pacientes aceleran el pulso del analista al rechazar *a priori* la noción de que el trabajo analítico contiene el potencial para hacer que la vida valga la pena de ser vivida. Mientras que con frecuencia hablamos de estos pacientes como ubicados en la frontera de aquella “ampliación de espectro”, mi experiencia como supervisor de candidatos y como consultor de colegas, sugiere que estos pacientes son cada vez más frecuentes y que se han corrido desde la frontera al corazón de la civilización psicoanalítica.

En este contexto compartiré un relato preventivo del Dr. N., un

analista de algo más de 40 años, quien consultó conmigo hace mucho tiempo, luego de una horrorosa violación de límites. El Dr. N. me dio su permiso para publicar los detalles de este caso para que otros puedan aprender de ellos.

EL RELATO DEL DR. N

Jenny era una mujer profundamente angustiada de 35 años cuando fue a ver al Dr. N. Su primer reacción, al verla en la sala de espera, fue de que nunca había visto una mujer más hermosa. Cuando comenzó a contarle la saga de su trágica vida, el Dr. N se conmovió. En un momento, en la mitad de su relato, Jenny le dijo al Dr. N que se sentía atraída hacia él y si no podían interrumpir las sesiones así podrían salir juntos. El Dr. N le aclaró que no podían salir juntos porque la relación profesional ya se había iniciado y que volver atrás el reloj no era una opción. Desilusionada pero impávida, Jenny prosiguió a contarle al Dr. N cómo su madre la había torturado al encerrarla en un *closet* cuando niña. También describió los detalles de la relación sexual incestuosa con su padre entre los cinco y los doce años. Estas informaciones horribles pero punzantes conmovieron intensamente al Dr. N. A pesar de la adversidad de su niñez, ella era una mujer inteligente que había sido aceptada en la facultad de medicina que luego abandonó para convertirse en modelo.

A medida que progresaba el tratamiento, la transferencia sexualizada de Jenny hacia el Dr. N parecía disiparse. Sin embargo se angustió mucho después de algunas de sus sesiones y en cinco o seis oportunidades se desmayó en la sala de espera. El Dr. N estaba desconcertado. Se volvió depresiva y describió un deseo de muerte persistente durante toda la vida. También parecía disociar con frecuencia. Recurrentemente expresaba fantasías de matarse después de separarse de todos los que estuvieran cerca de ella. Tenía una convicción cabal de que ella era mala y sucia y que se hallaba más allá de la redención. Sin embargo le decía al Dr. N que se sentía tranquila cuando estaba con él y que tenía sueños consoladores acerca de él. Pasaba muchas sesiones en silencio durante las que le decía al Dr. N que él debía adivinar sus pensamientos.

Jenny llegó al consultorio en un momento especial de la vida del Dr. N. Había terminado su análisis un año antes de que ella comenzara su tratamiento con él. También había tenido una serie de

pérdidas recientes en los meses que precedieron la llegada de Jenny. Su hermana menor había muerto de cáncer, uno de sus más íntimos amigos había muerto en un accidente de moto y su novia había roto el noviazgo y se había mudado de la casa de él dos meses antes del inicio del tratamiento. El Dr. N estaba sitiado y me dijo, retrospectivamente, que probablemente no debería haber intentado tratar una paciente como Jenny en ese momento preciso de su vida. Puso en claro que si bien no estaba enamorado de ella, a menudo se sentía como un hermano mayor, protector, que estaba profundamente comprometido en salvarla de sí misma. Sintió que él había hecho un progreso cuando ella le dijo que él la había ayudado a dejar de vivir para los demás.

Las cosas luego tomaron un giro para peor. Después de aproximadamente tres años de tratamiento, Jenny comenzó a caer en silencios durante las sesiones. Oportunamente le dijo al Dr. N que terminaría el tratamiento y que se mudaría a otro lugar. Después de mucha persuasión por parte del Dr. N, Jenny finalmente reveló que había renunciado a su trabajo y regalado valiosas posesiones. Ante más indagación, finalmente confesó que había comprado un arma. Le anunció a su analista que la muerte sería un alivio. El Dr. N se desesperó. Comenzó prolongando las sesiones de una hora a dos y la veía al final del día para que las sesiones se realizaran bien entrada la noche. Cuando la veía durante sesiones dobles, sólo le cobraba por una.

El Dr. N estaba cada vez más preocupado porque la condición letal había llegado al punto de que ella ya no podía ser tratada como paciente ambulatoria. Se intentó con una variedad de medicación antidepresiva que tampoco dio resultado alguno. El sugirió que debía ser internada para salvarla del suicidio. La paciente rehusó la internación y rehusó ver a un consultor. No obstante, el Dr. N consultó para sí mismo con un respetado analista senior de su ciudad. Después de escuchar el relato, el consultor del Dr. N estuvo de acuerdo en que la internación probablemente no ayudaría porque la desesperación suicida de la paciente no estaba basada en una depresión aguda que podría ser levantada como resultado del tratamiento hospitalario. Además, ella atraía la benevolencia y lograba escurrirse de todo tipo de compromiso involuntario. Sabía aparecer mucho más saludable de lo que en realidad era cuando necesitaba convencer a algún juez de que la dejara ir. El consultor alentó al Dr. N a seguir trabajando analíticamente sobre su subyacente deseo de morir.

La paciente seguía insistiendo que ella no sufría de “depresión clínica”. Mas bien trataba de convencer al Dr. N de que ella era una persona horrible. Agobiado por las pérdidas recientes en su vida, el Dr. N estaba cada vez más desesperado. Él notaba que tenía una “pasividad desesperada” y que su pensamiento estaba embotado. En una oportunidad dijo que haría cualquier cosa con tal de evitar que se matara. Jenny contestó que lo único que podría ayudar sería que él le permitiera pasar una noche con él en su casa. Ella explicó que sufría de pesadillas de abuso físico y sexual que no podía manejar y que ansiaba tener la primera noche de sueño tranquilo de su vida. El Dr. N se negó y le explicó que dormir con una paciente no era ético. En respuesta a esta explicación directa, Jenny lo miró fríamente y le preguntó: “¿Qué es más importante? ¿Mi vida o sus estúpidas reglas éticas?”. El Dr. N se sintió afectado y, después de varias semanas más de tratar de razonar con ella, finalmente accedió a su pedido de pasar una noche con él. Lo racionalizó diciendo que esta medida radical quizás fuera la única posible para mantenerla con vida. También se dio cuenta que, desde su perspectiva personal, simplemente no era capaz de tolerar otra pérdida por muerte.

Durante la noche de esa transgresión de límites profesionales, él estableció las reglas básicas de que dormirían en camas separadas y que no habría contacto sexual. La paciente estuvo de acuerdo pero, cuando llegó el momento, ella fue a su cama durante la noche y le pidió de forma conmovedora si él no la podría sostener. Una cosa llevó a la otra y, finalmente, tuvieron relaciones sexuales. En palabras del Dr. N, “Ella me sedujo mientras que yo protestaba que debíamos mantener nuestros pijamas puestos”. El sabía que podía arruinar su carrera pero sostenía la fantasía de que podía estar salvándole la vida.

A la mañana siguiente Jenny le informó al Dr. N que ella había sabido todo el tiempo que finalmente él accedería a dormir con ella. Ella se sentía confiada en que los hombres la encontraban irresistible. El le dijo que lo que habían hecho estaba mal y que no podrían seguirse viendo. Ella le rogó que salieran juntos pero él le dijo que eso era imposible.

El Dr. N consultó conmigo algunas semanas después del episodio y me dijo que estaba atormentado por lo que había sucedido. Jenny le dijo que lo que era importante para ella era saber que él podía amarla a pesar de lo que sabía. Pero él se sentía torturado y empezaba a darse cuenta de que había un rasgo malicioso, sádico en Jenny que

a él se le había escapado. Me dijo que había notado su sadismo cuando le describía cómo había abandonado a otros hombres que estaban perdidamente enamorados de ella. Sin embargo, meditó acerca del hecho de que tenía un punto ciego en cuanto a su agresión hacia él.

Describió intensos sentimientos de culpa porque estaba comenzando a darse cuenta que él había actualizado su fantasía transferencial al acostarse con ella, repitiendo de esa manera el trauma del incesto perpetrado por su padre. El Dr. N me dijo que era durante las relaciones sexuales que él se había dado cuenta de que algo agresivo se estaba re-actuando (*re-enacted*).² Le preguntó acerca del control de natalidad. Él sabía que se había acostado con tres hombres diferentes y suponía que estaba tomando anticonceptivos orales. Jenny le dijo que no podía tener hijos e insistió en que eyaculara dentro de ella. El Dr. N sospechaba fuertemente de que ella estaba siendo deshonesto porque no había manera que supiera que no podía tener hijos. De repente él supo que ella lo quería tumbar. Se retiró y sintió una oleada de náuseas que lo envolvían. Se dio cuenta que había cometido un error de juicio garrafal. En medio de su angustia, sin embargo, hizo un comentario esclarecedor: “Por lo menos la he salvado del suicidio”.

DISCUSION

Este caso que involucra un error trágico de tratamiento psicoanalítico servirá como criterio para discutir una variedad de tratamientos seriamente fallidos en los cuales he intervenido como consultor. También haré referencia a observaciones realizadas en mi rol de analista o terapeuta de colegas que cometieron significativas violaciones de límites con pacientes suicidas. Algunos puntos se aplicarán directamente al caso del Dr. N, mientras que otros se referirán a una variedad de casos que no puedo discutir en detalle por razones de confidencialidad. Mientras que el ejemplo de Jenny y el Dr. N implica violaciones de límites de índole sexual, yo he visto muchas

² Hemos optado por colocar () siempre que el autor utiliza la palabra “enactment” o sus derivados, tanto por su complejidad etimológica (su doble acepción: promulgación de una ley y actuación o representación teatral), como por las diferentes conceptualizaciones de los psicoanalistas anglosajones dentro de las cuales el autor es un representante (N. del T.).

otras que, si bien no llegaron al contacto sexual, igualmente resultaron tremendamente destructivas para el paciente. En algunos casos, analistas preocupados han llevado pacientes suicidas a sus casas y los han tratado como si fueran miembros de la familia, los han invitado a salir de vacaciones familiares, a hacer compras y a compartir cenas en restaurantes locales. En otros casos, analistas trataron al paciente en forma gratuita, se involucraron en extensas conversaciones auto-reveladoras de sus propios problemas personales y mantuvieron numerosos contactos extra-analíticos con pacientes en lugares públicos o en la casa del paciente.

Se deben hacer tres aclaraciones antes de proseguir con la discusión. Primero, los lectores no deben descartar al caso del Dr. N como si fuera una aberración bizarra que raramente ocurre. El escenario que he descrito es desconcertantemente frecuente entre las violaciones de límites que yo he visto. Segundo, las violaciones de límites sexuales se cometen por diversas razones y el mal manejo de las tendencias suicidas son sólo uno de los muchos escenarios posibles (Gabbard y Lester, 1995; Gabbard y Peltz, 2001; Celenza y Gabbard, en imprenta). Por último, por supuesto que el suicidio puede ser mal manejado de maneras que nada tienen que ver con violación de límites, y no es mi intención minimizar la importancia de esos casos al enfatizar el escenario en esta comunicación particular.

DESIDENTIFICACION CON EL AGRESOR

Las vicisitudes del odio, venganza y fantasías asesinas han sido extensamente examinadas en la literatura acerca del suicidio (Asch, 1980; Chavrol y Sztulman, 1997; Hendin, 1991; Kernberg, 1975; Maltsberger y Buie, 1974, 1980; Menninger, 1933). No hay duda de que el suicidio tiene consecuencias enormemente destructivas sobre aquellos que quedan con vida. Miembros de la familia y amigos a menudo se sienten furiosos por lo que se les ha hecho a ellos. Amenazas de suicidio dentro del contexto del tratamiento analítico pueden ser vividas como un ataque directo a la competencia del analista y a su persona. En efecto, para un analista, el suicidio es la máxima herida narcisista. La paciente, en efecto, se está burlando de él. Analistas y terapeutas muchas veces están desolados después del suicidio de un paciente. Cuando colegas consultaron conmigo después del suicidio de uno de sus pacientes, algunos me dijeron que

estaban considerando seriamente dejar la profesión. Otros me confesaron que no piensan en otra cosa durante semanas mientras intentan encontrar en sus memorias algún signo del paciente que hubieran pasado por alto y que finalmente hubiera podido evitar que el suicidio ocurriera.

Las transgresiones de límites que ocurren con pacientes suicidas a menudo están directamente relacionadas con el mal manejo de la agresión y del odio. Más aún si el paciente suicida es víctima de un trauma infantil, como en el caso de Jenny. Pacientes como Jenny, que tuvieron relaciones sexuales incestuosas con un padre, fueron encerrados en un *closet* por una madre, o fueron sometidos a un sinnúmero de otras variaciones de “asesinato del alma” (Shengold, 1979), internalizan introyectos abusivos que los persiguen a través de toda la vida. El Dr. N reaccionó a esta historia y a la presentación clínica de la manera que lo haríamos muchos de nosotros. Estaba empeñado en demostrar que él era completamente diferente a los padres abusivos, haciendo todo lo posible para salvar al paciente del suicidio. Esta postura del analista, que yo rotulé en otra parte como “desidentificación con el agresor” (Gabbard, 1997), es un intento desesperado por rechazar toda conexión con una representación internalizada de objeto malo que atormenta al paciente. El analista puede ser insidiosamente invadido por el objeto abusivo e identificarse inconscientemente con él debido a presiones interpersonales sutiles o no tan sutiles por parte del paciente. Muchos pacientes que sufrieron abusos o privaciones severas en la infancia, encaran el análisis con la expectativa de que merecen ser compensados por su pasado trágico a través de un tratamiento extraordinariamente especial por parte del analista (Davies y Frawley, 1992). El marco terapéutico habitual, dentro del cual creamos un espacio analítico para el paciente, puede ser vivido por ellos como carente y hasta como sádico. Pueden insistir en que son necesarias demostraciones de afecto y preocupación más intensas a título de prueba de que el analista no es tan monstruoso como sus padres.

El Dr. N, como muchos de nosotros, estaba predispuesto a evitar ser transformado en el objeto malo que vive en el mundo interno del paciente. Como señalara Money-Kyrle (1956) años atrás, muchos de nosotros entramos en este campo intentando reparar inconscientemente nuestros propios objetos internos dañados de la infancia. Cuando nos esmeramos en reparar y, en vez, se nos acusa de destruir, nuestra formación reactiva profesional es desafiada de manera tal

que puede producir una ansiedad extraordinaria. Karl Menninger (1957) señaló alguna vez que las profesiones que se dedican a ayudar a los demás, ofrecen una oportunidad ideal para ocultar el sadismo. De una u otra forma siempre estamos reasegurándonos que nuestras motivaciones están fuera de cuestión porque elegimos pasar nuestros días en el negocio de comprender a los otros y a ayudarles a mejorar sus vidas. Una agenda inconsciente de limpiar la díada de odio y agresión, puede llevar al analista a escotomizar el sadismo en la transferencia. Retrospectivamente, el Dr. N se daba cuenta de que sólo podía ver los aspectos maliciosos de Jenny dirigidos hacia otros hombres –no hacia él.

Debido a este punto ciego, el sadismo de la paciente pudo “volar por debajo del radar” del Dr. N e invadirlo. Entonces el objeto abusivo adquiere residencia dentro del analista y opera fuera de su conocimiento, persiguiéndolo desde adentro. En el esfuerzo del Dr. N por rescatar a su paciente del suicidio, el objeto abusivo tomó posesión de él y gestionó una retraumatización de Jenny. Hasta el día de hoy, la malevolencia transmitida por Jenny y sus objetos internos continúa atormentando al Dr. N, que se preocupa a diario de que su carrera podría ser arruinada si Jenny decide hacer una demanda. De esta manera Jenny se insertó dentro del analista y actualizó una fantasía de que ambos no se separarían nunca. Así se convirtió en inolvidable. Reside dentro de él como una especie de objeto extraño y lo mancha con la misma maldad con la que ella se siente penetrada desde la infancia. Ahora el Dr. N se siente igualmente “sucio” y dañado.

De ahí que otra manera de comprender lo ocurrido entre Jenny y el Dr. N va más allá de su proyección de un objeto abusivo dentro del analista. Se la podría ver como habiendo proyectado una auto representación de niña sucia y dañada dentro del Dr. N. En este escenario de relaciones objetales, ella se identifica con el objeto interno abusivo y destruye al Dr. N de la misma manera que ella fue destruida por sus padres. Padres que abusan de sus hijos puede ser que envidien secretamente su infancia e inocencia (Grotstein, 1992) y quieran estropearlos a través del incesto. De manera análoga, el paciente inconscientemente identificado con el padre abusivo, puede desear estropear aquello que es percibido como la pureza sin tacha del analista al alentar una violación de límites. Imputar estas motivaciones inconscientes al paciente, desde ya que no libera al analista de la responsabilidad de actuar éticamente, más allá de cuales sean los deseos que el paciente traiga al tratamiento.

Las ansiedades inconscientes del analista suelen estar en el meollo de los impasses que se producen con pacientes suicidas. Estas ansiedades pueden estar relacionadas con un agudo sentimiento de la propia vulnerabilidad frente a la intensa destructividad del paciente. Muchos analistas sienten que su reputación quedará arruinada si un paciente se suicida. Otros pueden tener ansiedades primarias relacionadas con el abandono. Rosenfeld (1987) señaló que en situaciones de impasse, los analistas pueden manejar sus ansiedades entrando en colusión con un aspecto de la personalidad del paciente mientras que escinden o “compartimentalizan” todas las demás dimensiones del paciente. De esta manera, reacciones transferenciales-contratransferenciales psicóticas se pueden rigidizar y el analista puede paralizarse. Una serie de terriblemente engañosas actuaciones (*enactments*) no ortodoxas puede parecer ser la única salida posible.

La contrapartida del odio transferencial es, por supuesto, el odio contratransferencial. Uno de los peores escenarios que derivan del mal manejo de la agresión por parte del analista es que el odio contratransferencial hacia el paciente quede sin ser descubierto. Esta negación puede llevar a actuaciones (*enactments*) que son desastrosas (Maltzberger & Buie, 1974). Los analistas pueden comunicar inconscientemente a sus pacientes que no quieren verlos más y llegar a olvidar las citas. Un analista hasta llegó a irse de vacaciones sin informarle a su paciente de su inminente ausencia hasta el día anterior a su partida. En efecto, algunos suicidios hasta podrían precipitarse si los pacientes perciben que los analistas los rechazan (Hendin, 1991). Federn (1929), alguna vez observó soslayadamente que “sólo aquél cuya muerte es deseada por alguien se mata a sí mismo” (citado en Asch, 1980, p. 56). Ese “alguien” puede ser el analista.

Parte de la furia y desesperación del analista puede ser una respuesta directa al fracaso del paciente a mejorar, frustrando así su esfuerzo omnipotente de curar. Celenza (1991) describió un terapeuta que no toleraba sentimientos contratransferenciales negativos cuando el tratamiento estaba en un impasse y tampoco podía soportar la transferencia negativa del paciente. El terapeuta se embarcó en una relación sexual con la paciente como un intento inconsciente de pasar por alto todos los sentimientos negativos en ella y en sí mismo, añorando poder fomentar una transferencia idealizada. Searles (1979) también señaló que involucrarse sexualmente con pacientes puede ser la consecuencia de un anhelo terapéutico del analista. Como reacción a la frustración ante la falta de mejoría del paciente, el

analista puede caer en la ilusión de que una copulación mágica curativa lo transformará. El Dr. N, por ejemplo, se mantuvo aferrado a la creencia mágica de que su sumisión a relaciones sexuales con Jenny le salvaron la vida.

FRACASO DE LA MENTALIZACION Y COLAPSO DEL ESPACIO ANALITICO

En este tipo de colusión actuada (*enacted*) por el Dr. N y Jenny, el espacio lúdico del análisis colapsa. Jenny no ve al Dr. N “como si” fuera su padre. Se *convierte* en su padre y el acto incestuoso debe ser repetido. El Dr. N, a su vez, se descarrila con respecto a los aspectos fundamentales de la situación analítica y falla en el reconocimiento de la dimensión “como si” contratransferencial y simplemente actúa el rol del padre. En este escenario el objeto del Dr. N (Jenny) está identificado concretamente como una parte proyectada del sujeto (el analista). De esta manera, el analista se relaciona con la paciente como si la paciente fuera una parte del self (Gabbard y Lester, 1995). Se pierde la diferencia entre el símbolo y el objeto y ambos miembros de la díada sucumben a una forma de simbolismo concreto en el que hay una ecuación directa entre el símbolo y lo simbolizado (Segal, 1957).

En estas situaciones de impasse, hay una *folie à deux*, una psicosis compartida en la transferencia y contratransferencia. La psicosis se circunscribe a la díada e involucra una específica, pero limitada, falla en la prueba de realidad que no se generaliza a otras situaciones. De hecho, el Dr. N era capaz de mantener tratamientos competentes con otros pacientes mientras erraba con el tratamiento de Jenny. Esta *folie à deux* refleja un ataque al pensamiento del analista relacionado directamente a los deseos destructivos del paciente. Tal como observa Rosenfeld (1987) en sus discusiones sobre impasses: “Los analistas a veces tienden a enredarse en una determinada forma de pensar que en realidad implica no pensar”.

En la percepción del Dr. N de Jenny como parte del self, también estaba demostrando una falla en la mentalización que es común en impasses con pacientes suicidas. Perdió la noción de que la visión que tenía Jenny del suicidio y de la tendencia suicida difería por completo de la suya. El Dr. N estaba ansioso por su estado suicida, lo veía como una crisis y hacía cuanto podía para disuadirla. Jenny,

mientras tanto, pensaba en el suicidio como algún tipo de salvación. Era una salida a una desesperación insoportable. La desarrolló cuando niña como la única posibilidad para poder trascender al sentimiento de encierro producido por una relación incestuosa. Había, por lo tanto, un aspecto adaptativo en su fantasía suicida que lograba preservarle un sentimiento de control y coherencia y que la proveía de la fuerza para seguir viviendo.

En la novela premiada en 1961, *The Moviegoer*, de Walker Percy, la crónicamente suicida Kate le ofrece una lección al protagonista Binx Bolling: “Todos creen que yo me voy a suicidar. Qué chiste. Por supuesto que la verdad es exactamente lo opuesto: el suicidio es lo único que me mantiene viva. Cuando todo lo demás falla, lo único que tengo que hacer es considerar el suicidio y en dos segundos estoy alegre como si fuera boba. Pero si *no* pudiera matarme –ah, entonces me mataría. Puedo estar sin Nembutal o sin misterios de asesinatos pero no sin suicidio”.

La tendencia suicida y el acto de suicidio no son la misma cosa. La tarea del analista consiste en ayudarle al paciente a distinguir entre actos impulsivos y fantasía (Gabbard y Willkinson, 1994; Lewin y Schulz, 1992). Muchos pacientes con trastornos de personalidad graves y extensos traumas infantiles son verdaderamente potencialmente suicidas y el riesgo debe ser evaluado cuidadosamente. No estoy minimizando la potencial letalidad de estos pacientes. El analista no puede actuar nunca como un caballero frente a amenazas de suicidio. Lo que estoy sugiriendo es que una excesiva ansiedad en torno al riesgo puede interferir con la capacidad del analista de pensar con claridad acerca de las funciones y significados de la fantasía de suicidio del paciente. La falla en la mentalización del Dr. N llevó a un camino auto-destructivo basado en una lectura equivocada de los intentos suicidas de Jenny. El Dr. N no fue capaz de asistir a Jenny en la construcción de una dimensión simbólica donde fantasía y acción se diferencian. Es interesante destacar que durante un encuentro de seguimiento, siete años después del episodio sexual, el Dr. N se enteró de que Jenny todavía no había intentado suicidarse.

OMNIPOTENCIA Y PERDIDA

En una era en la que pensamos que la psicología del analista es por lo menos tan importante como la del paciente, debemos tomar en

consideración el estado mental del Dr. N durante el período en que se produjo la transgresión de límites. Durante el año anterior él había finalizado su análisis, había perdido su hermana que murió de cáncer, había perdido su mejor amigo en un accidente de moto y había sido abandonado por su novia. Su dolor estaba fresco y la perspectiva de otra pérdida, la de su paciente, le era demasiado abrumadora. El Dr. N luchaba con su inexperiencia o vulnerabilidad que lo hacían particularmente susceptible a hacerse responsable de la paciente. Quizás no pudo evitar la pérdida de los seres queridos en su vida personal, pero sí tuvo la oportunidad de reparar los fracasos imaginarios hacia ellos salvando a la paciente. Como respuesta a sus ansiedades depresivas, las defensas maníacas hicieron su aporte y él se convirtió en un empecinado salvador de la paciente. La omnipotencia de esta postura escapó a su conocimiento en ese momento, pero fue adquiriendo una creciente conciencia a medida que reflexionaba acerca de lo que había sucedido. El Dr. N me escribió algunos años después de verme: “Yo sigo con la tendencia a creer que el amor puede curar, que puedo corregir males psicológicos con fuerza de voluntad y carisma personal pero soy conciente de las inevitables limitaciones/errores de ese punto de vista, de la necesidad de jugar con esta noción de utilidad omnipotente y lo que significa en cuanto a mi propia necesidad de ayuda y la necesidad del paciente de un otro omnipotente”. Su fracaso en insistir en la internación cuando él estuvo convencido que ella estaba a punto de matarse, es un ejemplo de esta convicción de que sólo él podía salvar la paciente. Al menos, colegas en un equipo hospitalario hubieran podido ayudarle a contemplar estrategias alternativas y a tomar suficiente distancia del caso para reflexionar más a fondo sobre su colusión contratransferencial.

Tal como suele suceder con otros casos de serias violaciones de límites, parece haber habido un “calce” singular entre el Dr. N y Jenny. El tenía una vasta necesidad inconsciente de curar a través del amor y de ahí a actuar (*enact*) una forma particular de relación objetal, a saber: un sanador omnipotente y una paciente agradecida (Gabbard, 2000a). Los padres del Dr. N se divorciaron en los primeros años de su infancia y él dedicó mucho tiempo de su juventud tratando de rescatar a su madre de la depresión y la desdicha. Siempre sintió que su madre salía con hombres que no eran lo suficientemente buenos para ella. El Dr. N observó que Jenny se parecía mucho a su madre y, retrospectivamente, él pudo ver cómo

estaba re-actuando (*re-enacting*) su intento de rescate de la infancia con Jenny. Podemos sospechar que su parecido con la madre podría haberla convertido en más prohibida y aún en más seductora. La paciente, por el otro lado, tenía una intensa necesidad de frustrar esta actuación (*enactment*) y destruir su afán terapéutico así como su reputación profesional. Cuanto más frustraba ella sus esfuerzos para curar, más escalaba él en sus intentos heroicos de cambiarla. El carácter singular de este “calce” se ve reflejado en el hecho de que el Dr. N jamás había incurrido en otra violación seria de límites durante su carrera. Después del episodio con Jenny, él decidió retomar análisis. No informa de ninguna violación posterior en los años que siguieron al tratamiento de Jenny.

Los analistas que entran en este tipo de *folie à deux* con un paciente suicida a menudo se olvidan de qué es el análisis. Se convence de que su conocimiento analítico y su entrenamiento son inútiles y que es su *persona* la que va a salvar al paciente. Este paradigma de rescate puede tomar la forma de un modelo deficitario en el cual el analista se convence de que algún tipo de provisión compensará aquello que faltó en la infancia (Gabbard y Lester, 1995). En el caso del Dr. N la noción de llenar un déficit se concretó en el acto de insertar su pene en la vagina de la paciente. Esta regresión de la fantasía a la inserción corporal concreta es emblemática de cómo analistas en estas situaciones pueden entrar en un estado mental psicótico. Este estado primitivo alterado los puede llevar a tomar las fantasías y deseos de los pacientes en forma completamente literal.

La sexualización en estas situaciones puede reflejar una defensa frenética contra el sentimiento de muerte. Sentimientos de no-ser han sido bien descritos en la literatura sobre el incesto (Bigras y Biggs 1990; Gabbard, 1992). El sentimiento de sí mismo de la víctima de incesto es severamente dañado en el transcurso del desarrollo y pueden resultar profundos sentimientos de muerte. Los analistas pueden sentir sentimientos similares, sobre todo cuando el paciente se desliga y queda absorbido en la tarea de planear el suicidio (Gabbard, 1992). La sexualización puede ofrecer la esperanza de traer vida y excitación a paciente y analista por igual —un esfuerzo inútil para reavivar un tratamiento que está inactivo (Coen, 1992; Gabbard, 1996).

La sexualización puede, sin embargo, ocasionar una capitulación auto-destructiva en el paciente. El Dr. N era completamente concien-

te de que se estaba sacrificando a sí mismo para salvar a la paciente. Otros analistas, también, se sacrificarán masoquísticamente a un paciente suicida como una forma de demostrar el alcance de su preocupación (Gabbard y Lester, 1995). Algunos de nuestros colegas se hacen famosos por tratar a pacientes “imposibles” que ningún otro analista trataría. Si bien muchos de estos colegas son analistas dotados, parece circular un subgrupo que transcurre su vida profesional recreando una situación que muchas veces refleja interacciones problemáticas con sus propios padres. Pueden estar intentando demostrar su propio mérito ante padres que rechazan o que son emocionalmente distantes, o pueden estar re-trabajando abandonos tempranos. Al someterse al paciente, ellos pueden abrigar una grandiosidad secreta, hasta una identificación con Cristo, en la que se ven a sí mismos como sufriendo por los pecados de los demás al servicio de transformar a los otros. Esta postura masoquista puede reflejar el terror de repetir una pérdida de objeto temprana en sus propias vidas. Su disponibilidad para arriesgar sus carreras puede ser vista como el menor de los males cuando se lo confronta con otra pérdida más. En tiempos en que tuvieron que soportar pérdidas personales recientes, los analistas pueden estar particularmente predispuestos a salvar al paciente a cualquier precio en vez de tener que enfrentar otra variante de pérdida de objeto que ya los viene aterrorizando.

El Dr. N, por ejemplo, estaba dispuesto a violar su código ético. Extendió los horarios, dejó de cobrar por el tiempo adicional, y gratificó el deseo de la paciente de dormir con él en un esfuerzo heroico de demostrar que le importaba lo suficiente para tratar de salvar su vida. Sabía perfectamente que el resultado podía ser la pérdida de su profesión. Aquello que para un observador ajeno era una obvia recreación del incesto, era interpretado por el analista como noble sacrificio.

Siempre he pensado que hay una ironía especial en la manera en que son racionalizadas las violaciones de límites con pacientes suicidas graves. La exposición razonada para las intervenciones no analíticas que llevan a uno al declive resbaladizo de la violación de límites es que sólo las salidas radicales del marco analítico son factibles de llegar al paciente. La ironía está en que estos pacientes muy traumatizados y gravemente perturbados son justamente aquellos que requieren un vínculo contenedor pero claramente circunscrito dentro del tratamiento para evitar la retraumatización y la ausencia de límites de sus situaciones infantiles.

No estoy, por supuesto, argumentando a favor de la rigidez en el acercamiento a pacientes perturbados que padecieron traumas infantiles. Siempre he defendido la flexibilidad en el tratamiento de estos pacientes (Gabbard, 1997; Gabbard y Lester, 1995; Gabbard y Wilkinson, 1994). Un entorno de *holding* empático y firme es esencial. Lo que estoy enfatizando es que en el nombre de la flexibilidad se racionalizan tremendas transgresiones de límites sin consideración por el hecho de que simplemente se actúan (*enact*) los traumas infantiles en vez de contenerlos y comprenderlos a través del proceso analítico.

CONCLUSIONES

¿Qué es lo que podemos aprender de estos descarríos trágicos del tratamiento psicoanalítico? Debemos comenzar siendo claros en cuanto a que no podemos nunca culpar al paciente por las transgresiones del analista. El paciente no tiene un código de conducta profesional y está autorizado a probar los límites del setting analítico. Como Betty Joseph (2001) observó una vez: “El paciente tiene todo el derecho de seducir al analista. El analista no tiene ningún derecho a dejarse seducir.” Sin embargo, la amenaza de suicidio se insinúa dentro de la psiquis del analista de una forma que es singular en nuestra experiencia. Nos encara de frente con los límites de lo que podemos hacer como analistas. Una lección obvia de estos casos es que el análisis puede no ser el tratamiento adecuado para ciertos pacientes letales, y que se deben considerar otras medidas. Cuando sea necesario, debemos valernos de la experiencia de colegas con conocimientos de psicofarmacología, terapia electroconvulsiva y tratamiento psiquiátrico hospitalario. Todos nos beneficiamos de un límite más permeable entre psiquiatría y psicoanálisis en estos casos. A veces sobreestimamos el poder del tratamiento psicoanalítico.

En otras situaciones también nosotros pensamos demasiado poco en el análisis. Los analistas pueden estar demasiado dispuestos a abandonar el poder de la contención y comprensión y lanzarse de cabeza a cometer desatinos. El Dr. N recordó que abandonó la interpretación sistemática de la transferencia hostil de Jenny. Observó con vergüenza que gran parte de su trabajo interpretativo estaba dirigido a sus relaciones con otros hombres. Cuando, en el segundo año, ella comenzó a “aburrirse” con el tratamiento, él indagó acerca

del enojo hacia él, pero Jenny negó toda hostilidad. En las últimas semanas del tratamiento, él le dijo que se sentía torturado. Ella le respondió de una forma superficialmente dulce que no quería causarle daño o preocupación. Jenny le dijo al Dr. N que debería sentirse orgulloso de haberla mantenido con vida durante tanto tiempo y que no era culpa de él si ella había sido arruinada tempranamente en la vida. Retrospectivamente él reconoció que se trataba de un “ardid de manipuleo”.

Otra lección que se puede aprender del examen cuidadoso de estos casos es que nosotros analistas tenemos una gran dosis de ambivalencia con respecto a la práctica del psicoanálisis. Nuestro amor por el análisis esta constantemente amenazado por nuestro odio inconsciente hacia el análisis (Steiner, 2000). Nosotros soportamos una presión en nuestro trabajo que tiene su costo. Exigimos una autodisciplina que pocas otras profesiones pueden igualar. El rol analítico es vivido a veces como un chaleco de fuerza del cual añoramos escapar. El Dr. N no está sólo en su secreta fantasía de que el amor puede ser más efectivo que el tratamiento. En muchos casos el odio también está azuzado por profundos resentimientos hacia nuestro analista didáctico o instituto de psicoanálisis (Gabbard y Lester, 1995).

Este odio inconsciente hacia el rol y trabajo del analista a menudo está relacionado, en parte, con envidia al paciente. La asimetría del setting analítico es tal que la devoción por las necesidades del paciente y por las preocupaciones del paciente conforman una necesidad ética. Indudablemente es un lujo contar con la atención plena de otro ser humano cuatro o cinco veces por semana durante una hora por vez. Nosotros analistas a veces podemos estar añorando recibir una atención similar. Ferenczi, por ejemplo, observó que él estaba tratando de dar a sus pacientes aquello que no había recibido de su madre (Dupont, 1988). La situación analítica, sin embargo, empeora este problema al agravar la herida del analista. En otras palabras, a medida que Ferenczi continuaba dando a sus pacientes, sólo podía sentir su propia carencia con mayor agudeza. El finalmente ensayó con experiencias de análisis mutuo, tratando de obtener del paciente algo a cambio que pudiera satisfacer sus propias necesidades. Hay que reconocerle que más adelante abandonó esa experiencia cuando vio que estaba cargada de problemas.

Sin embargo, en mis años de consulta con casos de violaciones de límites, me ha llamado la atención con cuánta frecuencia se invoca

el análisis mutuo de Ferenczi como racionalización para compartir el diván con el paciente y revelar problemas personales del analista. El manejo del odio en la díada también parece formar parte de esta variedad de actuación (*enactment*). Friedman (1995) señaló que a partir de los escritos de Ferenczi se puede inferir la relación entre el análisis mutuo y el odio persecutorio. Ferenczi reconoció que su estilo forzado, exageradamente amable frustraba el esfuerzo del paciente por desprenderse de su odio persecutorio. De ahí que comenzó con el análisis mutuo porque le permitía revelar su odio hacia el paciente y ser perdonado por ello. Ferenczi sentía que el analista debía aceptar las proyecciones de odio del paciente y luego confesarlas al paciente. Desgraciadamente, él también consideraba que el odio es esencialmente irreal y potencialmente manejable a través del amor irresistible del analista. Sin embargo, según observa Friedman (1995): “La afirmación de que alguna forma de amor pueda ser una adecuada y/o respuesta curativa al sufrimiento del paciente sólo produce una escalada en la demanda del paciente, ocasionando presiones insostenibles en el analista que inducen una increíble tensión” .

Otra lección que se desprende de Ferenczi y del caso del Dr. N, así como también de otros tratamientos mal conducidos, es que muchos pacientes suicidas están buscando un “objeto suficientemente malo” (Gabbard, 2000a; Rosen, 1993). Estos pacientes necesitan desesperadamente que el analista contenga el introyecto abusivo que los carcome por dentro y les causa sufrimiento. Los analistas que no permiten ser convertidos en objetos malos sólo invitan al paciente a escalar sus esfuerzos para conseguir odio y agresión dentro de la díada (Fonagy, 1998 Gabbard, 2001). Es deber del analista resistir a la fuerza magnética de desidentificarse con el agresor. Debemos reconocer que hay aspectos del paciente que son irritantes, molestos, destructivos y abusivos, y nosotros debemos ser capaces de ser dueños de nuestras reacciones. El rol del analista es ser odiado y comprender ese odio, no negar proyectivamente los estados afectivos displacenteros y verlos en figuras parentales (u otras) fuera del consultorio.

El caso del Dr. N también ilustra el hecho de que la consulta, aunque ayude, no es la panacea. Podemos elegir un analista que nos diga lo que queremos escuchar. Podemos corromper el proceso ocultando ciertos aspectos del tratamiento. Podemos ignorar el consejo del consultor. Podemos creer secretamente que nadie fuera

de la cuasi incestuosa díada de analista y analizando puede comprender los rasgos especiales y singulares de un determinado paciente suicida (Gabbard, 200b). La consulta puede ser extremadamente valiosa en estos casos pero sólo si el analista elige un supervisor que pueda ver la situación desde una nueva perspectiva y que le esté permitido compartir esa perspectiva con el consultante.

Hay una línea divisoria delgada entre deseos altruistas de ayudar a nuestros pacientes y anhelos omnipotentes de curarlos. Debemos evitar la cuasi delirante convicción de que sólo nosotros somos capaces de ayudar al paciente y que es nuestra singular individualidad, más que nuestros conocimientos y técnica, que es útil. Hasta debemos aceptar que dentro de nuestras limitaciones como analistas, vamos a perder algunos pacientes. Este reconocimiento nos puede ayudar a evitar escenarios de capitulación masoquista en el que nos sacrificamos a nosotros mismos en un ciego y grandioso esfuerzo de salvar a otro.

Muchos de nosotros desatendemos el cuidado de nosotros mismos mientras nos formamos como analistas. Cuando se entrena a guardavidas o instructores de seguridad acuática lo primero que se les enseña es que ellos mismos deben estar seguros antes de salvar a la víctima que se ahoga. Si no se dirige la atención a este tema, puede ocurrir que los ahogados sean dos en vez de uno. Nos podemos beneficiar de esta filosofía por la forma en que entrenamos a nuestros analistas. Debemos atender nuestras vidas personales y asegurarnos que nuestras propias necesidades estén satisfechas antes de intentar salvar a otros. Un mensaje obvio que surge de estudiar estos casos es que los pacientes suicidas pueden arrastrarnos hacia abajo con ellos a pesar de nuestros más heroicos esfuerzos. Es nuestro deber asegurarnos que hacemos todo lo posible para mantener nuestras cabezas por encima del agua.

BIBLIOGRAFIA

- ASCH, S. S. (1980) Suicide and the hidden executioner. *Int. Rev. Psychoanal.*, 7: 51-60.
- BIGRAS, J. & BIGGS, K. H. (1990) Psychoanalysis as incestuous repetition: some technical considerations. In *Adult Analysis in Childhood Sexual Abuse*, ed. H.B.
- LEVINE. HILLSDALE, N J. *The Analytic Press*, pp. 35-41.
- BROWN, L. (ED.) (1993) *The New Shorter Oxford English Dictionary on Historical Principles*. Vol. 1. Oxford: Clarendon Press, p. 1034.
- CELENZA, A. (1991) The misuse of countertransference love in sexual intimacies between therapists and patients. *Psychoanalytic Psychology*, 8: 501-509.
- CELENZA, A. & GABBARD, G.O. (in press): Analysts Who Commit Sexual Boundary Violations: A Lost Cause? JAPA.
- CHAVROL, H. & SZTULMAN, H. (1997) Splitting and the psychodynamics of adolescent and young adult suicide attempts. *Int. J. Psychoanal.*, 78: 1199-1208.
- COEN, S. J. (1992). *The Misuse of Objects*. Hillsdale, NJ: The Analytic Press.
- DAVIES, J. M. & FRAWLEY, M.G. (1992). Dissociative processes and transference-countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of adult survivors of childhood sexual abuse. *Psychoanalytic Dialogues*, 2: 5-36.
- DUPONT, J. (ED.) (1988) *The Clinical Diary of Sándor Ferenczi*. (M. Balint & N.Z. Jackson, Trans.). Cambridge, MA: Harvard Univ. Press.
- FONAGY, P. (1998) An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. *Bull. Menninger Clin.*, 62: 147-169.
- FRIEDMAN, J. (1995). Ferenczi's clinical diary: on loving and hating. *Int. J. Psychoanal.*, 76: 957-975.
- GABBARD, G.O. (1992). Commentary on "Dissociative processes and transference-countertransference paradigms" by Jody Messler Davies and Mary Gail Frawley. *Psychoanalytic Dialogues*, 2:27-47.
- (1996). *Love and Hate in the Analytic Setting*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- (1997). Challenges in the analysis of adult patients with histories of childhood sexual abuse. *Canadian Journal of Psychoanalysis*, 5: 1-25.
- (2000a). On gratitude and gratification. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 48: 697-716.
- (2000b) Consultation from the consultant's perspective. *Psychoanalytic Dialogues*, 10: 209-218.

- (2001) Psychodynamic psychotherapy in borderline personality disorder: a contemporary approach. *Bull. Menninger Clin.*, 65: 41-57.
- & LESTER, E. P. (1995) *Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis*. New York: Basic Books.
- & PELTZ, M. (2001) Speaking the unspeakable: Institutional reactions to boundary violations by training analysts. *J. Amer. Psychoanal. Assn.* 49:659-673.
- & WILKINSON, S. M. (1994) *Management of Countertransference With Borderline Patients*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- GROTSTEIN, J. (1992) Commentary on "Dissociative processes and transference-countertransference paradigms" by Jody Messler Davies and Mary Gail Frawley. *Psychoanalytic Dialogues*, 2:61-76.
- HENDIN, H. (1991) Psychodynamics of suicide, with particular reference to the young. *Am. J. Psychiatry*, 148: 1150-1158.
- JOSEPH, B. (2001) Personal communication.
- KERNBERG, O. F. (1975) *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*. New York: Jason Aronson.
- LEWIN, R. A. & SCHULZ, C. G. (1992) *Losing and Fusing: Borderline and Transitional Object and Self Relations*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- MALTSBERGER, J. T. & BUIE, D. H. (1974) Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Arch. Gen. Psychiatry*, 30: 625-633.1
- (1980) The devices of suicide: revenge, riddance, and rebirth. *Int. Rev. Psychoanal.*, 7: 61-72.
- MENNINGER, K. A. (1933) Psychoanalytic aspects of suicide. *Int. J. Psychoanal.*, 14: 376-390.
- (1957) Psychological factors in the choice of medicine as a profession. *Bull. Menninger Clin.*, 21: 51-58.
- MONEY-KYRLE, R. E. (1956) Normal counter-transference and some of its deviations. *Int. J. Psychoanal.*, 37: 360-366.
- PERCY, W. (1961/1998) *The Moviegoer*. New York: Vintage Books.
- ROSEN, I. R. (1993). Relational masochism: the search for a bad-enough object. Presented to the Topeka Psychoanalytic Society. January 21.
- ROSENFELD, H. (1987) *Impasse and Interpretation*. London: Tavistock.
- SEARLES, H. F. (1979) *Countertransference and Related Subjects: Selected Papers*. Madison, CT: Int. Univ. Press.
- SEGAL, H. (1957) Notes on symbol formation. *Int. J. Psychoanal.*, 38: 391-397.
- SHENDGOLD, L. (1979) Child abuse and deprivation: soul murder. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 27:533-559.
- STEINER, J. (2000) Book review of A Mind of One's Own: A Kleinian's View

GLENN O. GABBARD

of Self and Object by R.Caper. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 48: 637-643.

Traducido al castellano por Cristina Kundegraber.

Glen O. Gabbard
The Menninger Clinic, Box 829
Topeka KS 66601
Estados Unidos

GLEN O. GABBARD — *Descarrios del tratamiento psicoanalítico con pacientes suicidas*

Resumen: El autor describe una frontera particularmente peligrosa en el paisaje psicoanalítico —a saber, el tratamiento de pacientes suicidas con graves trastornos de personalidad. Utilizando un ejemplo clínico de violaciones de límites tremendas por parte del analista, él describe peligros latentes específicos que conducen al mal manejo de las expresiones de desesperación suicida de los pacientes. Estos incluyen desidentificación con el agresor, fracaso de la mentalización, colapso del espacio lúdico analítico, reacciones a pérdidas en la vida personal del analista, omnipotencia, envidia del paciente y capitulación masoquista. El autor enfatiza las singulares vulnerabilidades que acompañan al tratamiento analítico de esos pacientes.

Descriptores: Contratransferencia. Encuadre psicoanalítico. Folie à deux. Identificación. Identificación con el agresor. Psicoanalista. Sesión psicoanalítica. Suicidio. Supervisión. Transferencia.

GLEN O. GABBARD – *Descarrios de tratamiento psicoanalítico con pacientes suicidas*

Summary: The author describes a particularly perilous frontier on the psychoanalytic landscape –namely, the treatment of suicidal patients with serious personality disorders. Using a clinical example of egregious boundary violations by an analyst, he describes specific countertransference pitfalls that lead to mishandling the patients' expressions of suicidal despair. These include disidentification with the aggressor, failure of mentalization, collapse of the analytic play space, reactions to loss in the analyst's personal life, omnipotence, envy of the patient, and masochistic surrender. The author emphasizes the unique vulnerabilities that accompany analytic treatment of such patients.

Key words: Countertransference. Psychoanalytic setting. Folie à deux. Identification. Identification with the aggressor. Psychoanalyst. Psychoanalytic session. Suicide. Supervision. Transference.

GLEN O. GABBARD – *Decrailement du traitement psychanalytique avec des patients suicides*

Résumé: L' auteur décrit une frontière particulièrement dangereuse au champ psychanalytique: il s' agit du traitement des patients suicides avec de graves troubles de personnalité. Employant un exemple clinique de graves violations de limites de la part de l' analyste, il décrit des périls latents spécifiques qui mènent à mauvaises interventions par rapport aux expressions de désespoir suicide des patients. Parmi eux, desidentification à l' agresseur, échec de la mentalisation, effondrement de l' espace ludique analytique, réactions aux pertes dans la vie personnelle de l' analyste, toute-puissance, envie du patient et capitulation masochiste. L' auteur remarque les singulières vulnérabilités qui accompagnent le traitement de ces patients.

Mots clés: Contretransfert. Cadre psychanalytique. Folie à deux. Identification. Identification avec l' agresseur. Psychanalyste. Séance psychanalytique. Suicide. Analyse de contrôle. Transfert.