

John Terry Maltzberger, psicoanalista americano: contribuciones al desarrollo de los estudios sobre el suicidio y el autoataque

John Terry Maltzberger, American psychoanalyst: Contributions to the development of studies of suicide and self-attack

Mark J. Goldblatt, Benjamin Herbstman, Mark Schechter y Elsa Ronningstam

Boston Psychoanalytic Society and Institute

Resumen

John Terry Maltzberger (1933-2016) fue un psicoanalista estadounidense que ejerció una gran influencia en los estudios sobre el paciente suicida, y un especialista en suicidio cuyas contribuciones influyeron considerablemente en el psicoanálisis. Mediante su dedicación a la comprensión y el tratamiento de las personas suicidas ejerció una gran influencia en ambas áreas. A lo largo de una larga y productiva carrera, Maltzberger se centró en un área incómoda de la psique, esa esfera que impulsa el ataque a uno mismo. Su posición en el psicoanálisis destaca por su énfasis inicial en la experiencia subjetiva interna del paciente y la dinámica del compromiso terapéutico. Tenía un amplio abanico de conocimientos e intereses más allá del psicoanálisis y fue capaz de integrar las perspectivas de los estudios empíricos con su comprensión empática del material clínico y una sorprendente capacidad para hacer lúcidamente comprensibles procesos intrapsíquicos complejos e impenetrables.

Palabras clave: Suicidio, Contratransferencia, Autoataque, Trauma, Autorregulación, Regresión del Yo.

Mark J. Goldblatt, Profesor Clínico Asociado de Psiquiatría (a tiempo parcial), Harvard Medical School; Asociado Clínico, McLean Hospital; miembro docente de Boston Psychoanalytic Society and Institute. Benjamin Herbstman, Profesor de Psiquiatría (a tiempo parcial), Harvard Medical School; Psiquiatra Adjunto, McLean Hospital; candidato, Boston Psychoanalytic Society and Institute. Mark Schechter, Presidente del Departamento de Psiquiatría, North Shore Medical Center; Instructor de Psiquiatría (a tiempo parcial), Harvard Medical School; miembro de Boston Psychoanalytic Society and Institute. Elsa Ronningstam, Profesora Adjunta de Psicología (a tiempo parcial), Harvard Medical School; Psicóloga Clínica, McLean Hospital; miembro docente, Boston Psychoanalytic Society and Institute. Los autores son miembros del Boston Suicide Study Group

La correspondencia sobre este trabajo debe enviarse a los autores a Mark J. Goldblatt. 1105 Massachusetts Avenue, Suite 2C Cambridge, MA 02138. mark_goldblatt@hms.harvard.edu

Abstract

John Terry Maltzberger (1933–2016) was an American psychoanalyst who greatly influenced studies of the suicidal patient, and a suicidologist whose contributions significantly impacted psychoanalysis. Through his devotion to the understanding and treatment of suicidal people he exerted a major influence in both areas. Throughout a long and productive career, Maltzberger focused on an uncomfortable area of the psyche, that sphere that impels the attack on the self. His position in psychoanalysis stands out for his early emphasis on the patient's internal subjective experience and the dynamics of the therapeutic engagement. He had a broad range of knowledge and interests beyond psychoanalysis and was able to integrate perspectives from empirical studies with his empathic understanding of clinical material and a striking ability to make complex and impenetrable intrapsychic processes lucidly understandable.

Keywords: Suicide, Countertransference, Self-attack, Trauma, Self-regulation, Ego regression.

Artículo original traducido y publicado con autorización: Goldblatt, M., Herbstman, B., Schechter, M. y Ronningstam, E. (2018). John Terry Maltzberger, American psychoanalyst: Contributions to the development of studies of suicide and self-attack. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 66(5), 861-882, <https://doi.org/10.1177/0003065118801596>

Traducción: Marta González Baz

Revisión: Lola J. Díaz-Benjumea

Un panel en la reunión de invierno de 2016 de la Asociación Americana de Psicoanálisis, *¿Qué hay de americano en el psicoanálisis americano?* subrayaba que los psicoanalistas estadounidenses valoran las ideas nuevas y útiles, rechazan estar limitados por la autoridad, aceptan la incertidumbre y se aferran al optimismo sobre el futuro de su campo (Mullen, 2016). Esto describe acertadamente a Terry Maltzberger, impregnado de una profunda comprensión de los conceptos de Freud, educado en la psicología del Yo y abierto a ir a donde la experiencia clínica le lleve. Esta apertura llevó a Maltzberger a ampliar el rango de pensamiento analítico sobre el suicidio, más allá del Superyó punitivo de Freud, hacia una descripción de una lucha por mantenerse intacto frente a las tormentas afectivas traumatizantes. Su énfasis estaba en la experiencia subjetiva de los pacientes suicidas y de quienes los tratan. Al mismo tiempo, amplió el campo de la suicidología para incluir las ideas del pensamiento analítico.

Terry vino al este desde Cotulla, Texas, siendo joven. Después de sus estudios universitarios en Princeton, fue a la Harvard Medical School (Facultad de Medicina de Harvard) y a una residencia psiquiátrica en el Massachusetts Mental Health Center (Centro de Salud Mental de Massachusetts) a principios de la década de los sesenta. Fue allí, después del suicidio de un paciente interno en 1961, donde se desarrolló su trayectoria profesional. Se vio muy influenciado por sus mentores, Alvin Semrad e Ives Hendricks, así como por un grupo de residentes que incluía a Dan Buie, Gerry Adler y Ralph Engel. Valoraba lo que había aprendido de estas relaciones y se aferró a ellas durante toda su vida. A menudo hablaba de cosas que había aprendido en la residencia, y

en sus análisis, como si hubieran ocurrido ayer; ideas que obviamente permanecieron con él y continuaron influenciándolo.

Después de su residencia, Terry se convirtió en candidato en la Boston Psychoanalytic Society and Institute y realizó su segundo análisis. Se graduó del BPSI en 1970 y se unió a su cuerpo docente unos años después, enseñando en clases y talleres durante muchos años. De 1982 a 1985 presidió el cuerpo docente. En la Asociación Americana de Psicoanálisis desempeñó un papel decisivo en la creación y dirección (junto con Joan Wheelis) de un grupo de debate anual, “El tratamiento de pacientes suicidas”, que se celebró en la reunión de invierno de la APsaA, hasta que el deterioro de la salud limitó su participación. Fue también influyente en la convocatoria del primer Congreso Internacional sobre Suicidio y Psicoanálisis, celebrado en Hamburgo en 2001, y sigue influyendo aún hoy en el pensamiento psicoanalítico y la práctica psicoterapéutica alemanes. De manera análoga, en el segundo Congreso Internacional sobre Suicidio y Psicoanálisis, celebrado en Londres en 2006, fue orador plenario y colaborador influyente.

Terry fue un firme defensor del análisis, encontrando siempre la oportunidad de hablar de lo que había conseguido con sus análisis, y de lo que el análisis puede darnos a cada uno de nosotros personalmente y como clínicos. El compromiso de Terry con el psicoanálisis en el tratamiento de pacientes suicidas era evidente en su trabajo clínico, su enseñanza y sus escritos. Era un pensador integrador y realista acerca de las capacidades de los pacientes para tratar los factores estresantes que amenazan la vida. Terry se entrenó en la terapia conductual dialéctica (DBT) cuando tenía setenta años y entendió el valor de este modo de tratamiento para disminuir la conducta autodestructiva en pacientes con trastorno de personalidad límite. Aunque reconocía que los enfoques cognitivo y conductual eran a veces necesarios cuando se trabajaba con pacientes suicidas, nunca perdió de vista la importancia clínica de comprender la experiencia subjetiva del paciente y de prestar atención a la relación terapéutica y a la alianza del tratamiento.

Terry nos ayudó a entender el suicidio como un fenómeno en sí mismo, que atraviesa el diagnóstico y las condiciones psiquiátricas; lo veía como algo relacionado con la enfermedad mental, pero no simplemente como un síntoma o resultado. Más bien, consideraba el suicidio como un proceso humano, una lucha, una crisis en un contexto vital, con una amplia gama de facetas profundamente subjetivas e interpersonales. Reconoció y normalizó los difíciles desafíos a los que se enfrentaba el terapeuta que trata a pacientes que luchan con impulsos suicidas, y ayudó a diseñar estrategias de tratamiento para alejar a los pacientes del suicidio y llevarlos a un compromiso más consolidado con la vida. En particular, dio a conocer que el suicidio puede tomar una gran variedad de caminos, y que cada paciente es único. Asimismo, subrayó que cada día terapéutica, que implica al paciente suicida y al psicoterapeuta, puede desplegarse de manera muy diferente. En esencia, prestó atención específicamente al individuo que lucha contra los pensamientos e impulsos suicidas, y dio prioridad a la experiencia subjetiva interna de dolor, miedo, angustia, rabia, vergüenza y desesperación que caracteriza al individuo que lucha contra el suicidio.

Lamentablemente, este artículo se escribió tras la muerte de Terry, una gran pérdida para nuestra comunidad y profundamente sentida por nosotros cuatro, para quienes fue mentor, supervisor y amigo. El estudio del suicidio fue el trabajo de la vida de Terry. Era extremadamente importante para él enseñar y apoyar a otros que continuarían esta exploración. Nos apoyó como consultor de nuestro trabajo con

pacientes suicidas y logró que cada uno de nosotros comenzara a estudiar y escribir sobre el suicidio desde una perspectiva psicoanalítica. Creó el Boston Suicide Study Group (Grupo de Estudio del Suicidio de Boston), que continúa sin él, guiado por sus ideales y objetivos. A continuación examinaremos sus principales contribuciones a la comprensión psicoanalítica de la mente suicida.

Odio contratransferencial

La primera publicación importante de Terry Maltzberger, que trataba del odio en la contratransferencia, fue escrita con Dan Buie (Maltzberger y Buie, 1974). Estos dos amigos cercanos y compañeros de residencia se quedaron perplejos y preocupados cuando un supervisor del Massachusetts Mental Health Center comentó que era vergonzante albergar sentimientos de ira contra los pacientes enfermos y deprimidos. En ese momento, las respuestas de odio a pacientes difíciles a menudo se trataban como vergonzantes, como indicativas de inmadurez en los aprendices, y no se hablaba de ellas entre colegas que se respetaban a sí mismos.

Los estudios de pacientes suicidas estaban en su infancia en ese momento. Tras las monumentales obras teóricas de Freud *Duelo y Melancolía* (1917) y *El Yo y el Ello* (1923), el tema del suicidio casi nunca fue un foco de atención. Se sumaron al campo importantes trabajos de Jones (1911, 1912), Zilboorg (1936, 1937, 1975) y Menninger (1933), pero el volumen de documentos analíticos que trataban de personas que se atacan y se suicidan era bastante pequeño.

Maltzberger y Buie decidieron arrojar luz sobre el inquietante asunto de la respuesta de odio del analista a su paciente. Su artículo sacudió a la audiencia psicoanalítica americana y europea para que reconociera la realidad del odio en la transferencia y el odio en la contratransferencia del analista. Las ideas que propusieron se han convertido en parte de lo que los psicoterapeutas aprenden ahora en la formación, aceptadas como principios subyacentes del compromiso psicoterapéutico. Su sofisticado pensamiento, ahora parte clave de la educación analítica, ha hecho que las respuestas contratransferenciales abandonen el ámbito de la vergüenza privada para ser más accesibles para la reflexión y el debate. Hoy en día es bastante común tratar estos sentimientos en la supervisión y la consulta.

Es evidente que Maltzberger y Buie estaban respondiendo a un problema con el que muchos analistas estaban luchando entonces: cómo reconocer y tratar los sentimientos que surgen en el analista, sentimientos que pueden describirse como contratransferencia, con todo su potencial útil y destructivo. Aunque el artículo no cita a Freud directamente, Maltzberger y Buie están reaccionando al concepto de contratransferencia de Freud al referirse a los "complejos y resistencias internas propias del analista", que surgen en respuesta a la transferencia del paciente (1910, pág. 145). Se considera que el paciente influye en el inconsciente del analista, por lo que un análisis personal permitiría al analista superar estos impedimentos.

"Hate in the Counter-Transference" (1949) de Winnicott, había dirigido la atención al odio producido en el analista en el tratamiento de individuos neuróticos y psicóticos. Sin embargo, el influyente artículo de Annie Reich "On Counter-Transference" (1951) es la primera referencia que citan Maltzberger y Buie, un artículo que refleja la opinión psicoanalítica dominante en aquel entonces de que los sentimientos intensos de un analista por un paciente indican problemas inconscientes no analizados en

el analista. Más tarde, en la década de los cincuenta, la noción de contratransferencia se amplió considerablemente bajo la influencia de los analistas kleinianos y llegó a reconocerse como un "concepto elegante y central en las técnicas psicoanalíticas modernas" (Hinshelwood, 1991). Se consideraba que la experiencia emocional del analista estaba significativamente determinada por la vida mental inconsciente del paciente.

Maltsberger y Buie reconocieron que hay dos personas implicadas en una relación terapéutica, con un toma y daca que puede tener consecuencias enormemente graves. Comprendieron que el odio transferencial que manifiestan los pacientes suicidas límite y psicóticos se relaciona con una profunda sensación de abandono (o la expectativa del mismo), un intenso deseo de cercanía, pero también un terror de la misma porque amenaza con la aniquilación por ser engullidos. Estos pacientes recurren a diversas operaciones defensivas que tienden a alejarlos de los demás, lo que los predispone a experimentar el odio en la transferencia que inevitablemente suscita el odio en la contratransferencia. Los pacientes suicidas tienden a evocar el sadismo de los demás, sobre todo porque es la única forma que tienen de relacionarse. Pueden mantener los lazos objetales solo en el modo sadomasoquista, que toleran razonablemente bien durante largos períodos de tiempo. Sin embargo, es probable que surjan crisis suicidas cuando se abandone la tortura y se produzca la retirada. Por muy indeseable y destructiva que pueda parecer una relación sadomasoquista, es mejor que no tener ninguna relación.

También reconocían que el odio es una mezcla de malicia y aversión. La malicia incluye el impulso sádico de torturar y atormentar, mientras que el componente de aversión implica un deseo de alejarse de la persona odiada y aborrecida. Cuando la aversión se mezcla con la malicia en forma de asco, el paciente parece detestable. El odio en la contratransferencia surge del ataque transferencial del paciente, que puede apuntar inequívocamente al narcisismo del terapeuta. Los terapeutas que no son conscientes de sus propias respuestas de odio pueden reaccionar de forma defensiva con respuestas antiterapéuticas.

Los terapeutas consideran que la malicia de la contratransferencia es más difícil de tolerar; sin embargo, cuando se filtra, por lo menos es interactiva y mantiene una conexión con el paciente. El terapeuta puede recuperarse de esta actuación (*enactment*), si está en sintonía con ella. Sin embargo, el componente de aversión lleva a la tentación de abandonar el tratamiento para evitar los sentimientos de odio en la contratransferencia. Existe una relación recíproca entre la intensidad del impulso aversivo y la incapacidad de tolerar deseos sádicos. Los impulsos maliciosos del terapeuta conducen a un aborrecimiento hacia el paciente pero implican una preservación de la relación. La aversión es una retirada emocional, a menudo sutil, y puede no ser percibida por el propio terapeuta, aunque normalmente es percibida por el paciente (consciente o inconscientemente) como un abandono. Intensifica su sensación de soledad y aumenta considerablemente el riesgo de suicidio. El odio del terapeuta en la contratransferencia es un indicador de la compulsión de repetición del paciente suicida a involucrar a otros en relaciones de odio y, en última instancia, ser rechazado. Si el terapeuta no logra dominar estas reacciones de odio, existe un alto riesgo de que los impulsos aversivos se actúen. El terapeuta evitará el compromiso con el paciente y se verá llevado a abandonar el tratamiento por completo, lo que invita al suicidio, puesto que estos pacientes tienen una gran incapacidad para tolerar el sentirse solos. Lo insidioso de esto es que puede adoptar la forma de una retirada sutil del analista respecto del paciente, a menudo fuera de la

conciencia del primero, pero palpable para el segundo, que está muy en sintonía con el grado de compromiso o abandono del analista, consciente o inconsciente.

Los sentimientos de odio generalmente se asocian con el tratamiento de pacientes suicidas, que luego provocan una respuesta de odio en el terapeuta. Central al ataque en la transferencia es el narcisismo del terapeuta: el deseo de saberlo todo, de amarlo todo y de curarlo todo. Las defensas inconscientes para proteger este estado narcisista idealizado pueden conducir al odio contratransferencial. El compromiso con los pacientes suicidas es un encuadre ideal para responder al odio contratransferencial: el terapeuta altamente motivado que quiere aliviar el dolor; el paciente con un sufrimiento insoportable, que se enfrenta repetidamente a la necesidad narcisista del terapeuta de ser el sanador omnisciente y la socava, lo que conduce inexorablemente al deseo de librarse del paciente. Paradójicamente, este pensamiento está incrustado en la terapia conductual dialéctica (DBT), que está creada en parte para contrarrestar y disminuir el odio en la contratransferencia.

Maltsberger y Buie sugieren varias opciones para reconocer y tratar estas experiencias en la contratransferencia. Cuando las circunstancias son favorables, el terapeuta puede obtener cierto grado de comodidad con estas respuestas temidas reconociéndolas, soportándolas y poniéndolas en perspectiva. Mediante la tolerancia y la contención de la contratransferencia, el terapeuta permite al paciente recordar el pasado sin *acting out*.

Desde la publicación de este artículo en 1974, la contratransferencia ha recibido cada vez más atención y ahora se entiende en el contexto de las diversas escuelas de pensamiento psicoanalítico. Maltsberger y Buie describen una noción más tradicional de la contratransferencia en la que la conciencia de esta permite evitar la actuación. Las perspectivas contemporáneas tienden a abordar la contratransferencia como una identificación proyectiva que es parte esencial del análisis.

Varias ideas sugeridas por Maltsberger y Buie han sido desarrolladas por otros. Sandler (1976) añadió el concepto de *responsividad de rol del analista*. Joseph (1978, 1983, 1985) describió la sensibilidad del analista a las actuaciones del paciente en la transferencia. El concepto de actuación se desarrolló más tarde para describir los intentos de los pacientes de actuar una fantasía transferencial que evoca la respuesta contratransferencial del analista como parte intrínseca del proceso analítico (Chused, 1991). Esta idea incipiente aparece en el artículo de Maltsberger y Buie y fue abordada más tarde directamente por Asch (1980), quien reconoció que los pacientes suicidas pueden proyectar en el analista el deseo de suicidarse. Ha quedado claro que el paciente está en sintonía con la mente del analista y su contenido. Irma Brenman Pick (1985) parece resonar con la descripción de Maltsberger y Buie del ataque transferencial del paciente, que, como se ha señalado, puede apuntar inequívocamente al narcisismo del terapeuta.

El artículo sobre el odio contratransferencial tuvo un efecto significativo en los analistas europeos, en particular en Alemania (Reinhard Lindner, comunicación personal, 2017). Curiosamente, el documento parece haber permitido a los analistas alemanes recuperar cierta perspectiva sobre los sentimientos de odio hacia sus pacientes tras los horrores de la psiquiatría nazi y los efectos intergeneracionales en el psicoanálisis alemán de la posguerra. Las reacciones contratransferenciales negativas se han convertido en un

tema importante en Alemania, especialmente en el tratamiento de pacientes límite (Kind, 1992; Lindner, 2008).

Gabbard y Wilkinson (1994) describieron otras formas de contratransferencia en las psicoterapias con pacientes suicidas, destacando la importancia de los límites, que ayudan a los pacientes a desarrollar la tolerancia a la frustración y la autoaceptación. El odio contratransferencial del paciente suicida puede reflejar no solo una respuesta al ataque del odio proyectado del paciente, sino también un odio hacia el propio analista o instituto analítico, o hacia el psicoanálisis mismo (Gabbard, 2003). Kravis (2013) enfatiza el acento que el psicoanálisis pone en las necesidades del analista. El ataque del paciente suicida a la posibilidad de que el análisis proporcione un cambio positivo también puede contribuir al odio contratransferencial.

Bond (1984) llegó a conclusiones similares a las de Maltzberger y Buie, y amplió la descripción del patrón típico de relación suicida para que se caracterizara por una experiencia de dependencia intensa, exacerbada por la pérdida de objetos, que lleva entonces a un sentimiento de *catástrofe narcisista*. Sugirió que la rabia contra el objeto, debida a la dependencia, se percibe como una amenaza. El riesgo de suicidio aumenta cuando la fantasía de relación subyacente – "Mientras esté atormentado, ella no me deja y significa algo para ella" – ya no es sostenible.

El artículo sobre el odio en la contratransferencia apareció en una interesante intersección de la teoría y la práctica psicoanalíticas. Los autores accedieron a un pozo de preocupación cada vez más profundo sobre lo que el analista estaba sintiendo y lo que podría significar. Su contribución fue parte de los continuos desarrollos en la teoría psicoanalítica que han permitido a los clínicos comprometerse con sus reacciones en lugar de evitarlas con vergüenza. Esto permite al terapeuta emplear útilmente estas experiencias difíciles para comprender a los pacientes, especialmente aquellos con patologías más graves, en particular los que se encuentran en el rango de funcionamiento límite y psicótico.

No se puede sobreestimar el alivio que sintieron los médicos en desarrollo al deshacerse de la carga de sentimientos vergonzosos que habían tenido que ocultar a sus supervisores, compañeros y tal vez incluso a su analista formador. En documentos posteriores, Maltzberger describió otros aspectos de la contratransferencia y su uso en el tratamiento de pacientes suicidas (véase, por ejemplo, Goldblatt y Maltzberger, 2009; Goldblatt, Herbstman y Maltzberger, 2014).

Perturbaciones en la autorrepresentación y la negación del cuerpo en el suicidio

Terry Maltzberger se centró inicialmente en la enfermedad de Huntington y abordó las diversas formas en que nuestros cuerpos nos traicionan (Maltzberger, 1961). Más tarde pasó al estudio del suicidio y se centró en cómo traicionamos a nuestros cuerpos (Maltzberger, 1988, 1993; Maltzberger y Buie, 1980). Se interesó particularmente en la cuestión de cómo la persona con pensamientos suicidas supera la pulsión natural del cuerpo para la autopreservación y la vida. Conceptualmente, puede ser más fácil entender cómo una mente puede atacarse a sí misma que ver cómo una mente puede atacar a su propio cuerpo. Podemos escuchar la mente autoatacante dimensionalmente en la conversación de nuestros pacientes deprimidos consigo mismos, empezando por el suave "¡No puedo creer que hayas dicho eso!" o "¡No puedo creer que hayas hecho eso!" o "¿En qué estabas pensando?" y progresando hasta "¡Idiota!" o, peor,

"¡Estúpido pedazo de mierda!" Si bien estos pensamientos son crueles, el cuerpo aún se conserva en esta línea de autoataque. Otra cosa es que la mente ataque a su propio cuerpo, diciendo, en efecto, "Eres un inútil, deberías morir". Terry estaba particularmente interesado en comprender lo que sucede en un estado suicida en el que un individuo reniega de su propio cuerpo, lo ataca y, en el caso del suicidio, lo mata.

Terry Maltzberger sugirió que la ruptura entre el cuerpo y el *self* y la pérdida de cohesión personal son cruciales para la dinámica subyacente del suicidio. Las personas que padecen un trauma y abandono tempranos a menudo internalizan un objeto destructivo o una madre crítica introyectada. Este introyecto crítico se fusiona entonces con la representación corporal negada, dejando a los pacientes con un objetivo corporal al que dirigir su pánico y su rabia. La fusión entre la representación corporal y el objeto intolerable, odiado e internalizado hace más fácil que el individuo actúe contra su propio cuerpo en el acto de suicidio (Maltzberger y Buie, 1980). Esta fusión puede conducir a fantasías psicóticas en las que un "*self* ejecutivo" planea un ataque contra el "*self* corporal" (Maltzberger, 1993). Como resultado de esta división, el suicidio puede ser conceptualizado como la matanza de un enemigo en defensa propia (Maltzberger, 1993, 2004), un intento de deshacerse de una parte intolerable del Yo que matará o será matada "la autoaniquilación total puede ser la consecuencia del suicidio; no es primordialmente la intención en la fantasía" (Maltzberger y Buie, 1980, p. 70).

Terry postuló un complejo *self* interno que incluía: (1) una representación corporal; (2) una representación intelectual; (3) una representación de sentimientos; (4) un sentido subjetivo del *self*; y (5) una autorrepresentación que juzga (Maltzberger, 1993 p. 162). El "*self*" es la suma de estas partes. Cuando los individuos experimentan un trauma temprano, su representación corporal puede escindirse y ser rechazada como una parte "no-yo". El trauma lo predispone a uno a un trastorno límite de la personalidad, a un trastorno de personalidad múltiple y a una actitud indiferente o de odio hacia el *self* (Maltzberger, 1993).

Terry consideraba el suicidio como el resultado de estas dinámicas de internalización perturbada. Los fallos en el desarrollo conducen a estados intensamente dolorosos de soledad. Las personas que caen presas de estos estados no los consideran estados, como tales, sino más bien experiencias emocionales intolerables que nunca se aliviarán (Adler y Buie, 1979). Durante el desarrollo normal, los niños alcanzan un hito importante cuando pueden utilizar de manera fiable la memoria *evocadora*. El trauma y el abandono durante el desarrollo comprometen la capacidad de tener una memoria evocadora sólida. En otras palabras, no hay nada ni nadie que puedan evocar en momentos de angustia, dejándolos solos, sufriendo con un dolor intolerable. Este déficit los hace vulnerables a otras pérdidas y traumas que, a su vez, crean experiencias de soledad y pánico que invitan al suicidio.

Maltzberger y Buie (1980) sugirieron que los traumas y el abandono en la primera infancia contribuyen a alteraciones en la representación del *self* y a la negación del cuerpo, ambos factores que facilitan el suicidio. En "The devices of suicide: Revenge, riddance, and rebirth" (Los dispositivos del suicidio: venganza, liberación y renacimiento), describen el suicidio como un fenómeno en el que el individuo es considerado incapaz de identificarse e interiorizar a una *madre reconfortante*. Las personas que carecen de las herramientas para hacer frente a los afectos abrumadores e intolerables sin este objeto interiorizado y tranquilizador que se pueda conjurar cuando sea necesario, tienden a ser autoatacantes y, en última instancia, autodestructivos cuando

se perciben a sí mismos como insostenibles. Terry consideraba esta sensación de profunda soledad como una invitación al suicidio: "una experiencia más allá de la esperanza. ...Esta ansiedad es la ansiedad de aniquilación: pánico y terror. La gente hará cualquier cosa para escapar de esta experiencia" (Maltsberger, 1988, p. 50).

Terry Maltsberger amplió estas ideas para desarrollar una teoría del suicidio que subraya la importancia del cuerpo (1993). Donde Buie y Adler veían pacientes luchando contra la soledad y la ausencia de introyectos tranquilizantes, Maltsberger veía pacientes luchando contra una profunda sensación de vacío, que él conectaba con el cuerpo. Además de la experiencia de la soledad abrumadora, los pacientes suicidas luchan con una profunda sensación de *vacío*, que Terry reconocía como un vacío somático. En la soledad, uno debe luchar contra el pánico y el terror de que no haya nadie. En el vacío, sin embargo, el problema es más interno: uno siente que él mismo está vacío o es irreal o que no tiene nada dentro de sustancia ni de valor. Describe esto vívidamente en un documento fundamental: "Confusion of the body, the self, and others in suicidal states" (Confusiones del cuerpo, el yo y los otros en los estados suicidas) (Maltsberger, 1993).

Las quejas sobre el vacío casi siempre se refieren al *self* corporal, y la mayoría de las veces, los pacientes que dicen tales cosas hablan metafóricamente. Sin embargo, este no es siempre el caso; preguntar a veces muestra que el paciente está convencido de que le falta una víscera. Otros afirman con confianza que en algún lugar del tronco o del abdomen existe un agujero vacío real del que emanan los afectos más dolorosos. Como sus hermanos y hermanas hipocondríacos, estos pacientes sufren de distorsiones cuerpo-*self*. No pueden reunir un sentido subjetivo de cohesión personal. [p. 151]

El cambio de Terry de centrarse en la soledad al vacío subraya la importancia del cuerpo y la pérdida de cohesión personal con una distorsión cuerpo-*self* en los estados suicidas. Terry fue influenciado por su amigo y colega Israel Orbach, quien demostró que los individuos suicidas experimentan: 1) menos sensibilidad al dolor físico, 2) menos placer corporal, 3) más actitudes y sentimientos corporales negativos y 4) una mayor tendencia a disociarse de sus cuerpos, todo lo cual disminuye la función protectora natural del cuerpo (Orbach, 2003).

Las experiencias negativas de cuidado en la primera infancia influyen en la percepción que los adolescentes suicidas tienen del cuerpo y pueden conducir a una experiencia negativa de sí mismos (Orbach, 2003; Orbach y otros, 2006). Maltsberger (1993) desarrolló este tema con más detalle: "no es ilógico suponer que el abuso que sufren estos pacientes en el curso del desarrollo interfiere con el desarrollo y la integración de una imagen corporal estable, y que es un factor causante de los tipos de escisión y distorsión del cuerpo que creo que contribuyen al suicidio"; llamaba a estos individuos suicidas "huéspedes inquietos de sus cuerpos" (p. 50).

Jung (1912) creía que para la mayoría, el cuerpo es un lugar de seguridad en el que nos sentimos seguros del mundo exterior. Sin embargo, para muchos pacientes suicidas, el cuerpo no es tal refugio. Puede ser experimentado como una prisión en la que uno está confinado indefenso, de la cual se desea apasionadamente la fuga. Puede experimentarse como un edificio lleno de gente donde otros presionan. Puede ser experimentado como un lugar aterrador plagado de bichos, o una sala desconocida en la que los espíritus malignos o los monstruos entran y salen del *self*. Puede ser experimentado no como una parte del *self* en

absoluto, o, si lo es, no se experimenta como un *self* esencial, sino como una parte del *self* desechable, de la que no es letal escapar, al menos para el *self* esencial, que es mental [Maltzberger, 1993, p. 50].

Tanto Orbach como Maltzberger creían que esta pérdida de la función protectora del cuerpo hace más probable que los pacientes actúen por impulsos suicidas, una idea que más tarde se convirtió en parte esencial de la teoría interpersonal del suicidio de Joiner (2005). Aunque no existe un vínculo directo con las formulaciones de Maltzberger, el trabajo de Joiner parece estar relacionado en algunos sentidos. Joiner considera que la experiencia de *pertenencia frustrada* es una de las condiciones críticas que hacen más probable el suicidio (Joiner, 2005; Van Orden et al., 2010). La pertenencia frustrada está estrechamente relacionada con (y tal vez sea simplemente otra forma de describir) el concepto psicoanalítico de soledad, que Terry había reconocido desde hace mucho tiempo como una experiencia desesperada e intolerable que puede precipitar el pensamiento y la conducta suicidas (Adler y Buie, 1979). Maltzberger (1988) describió la soledad como "una experiencia más allá de la esperanza [...] Esta ansiedad es la ansiedad de la aniquilación: pánico y terror. La gente hará cualquier cosa para escapar de esta experiencia" (p. 50). Es cualitativamente diferente del sentirse solo, un estado en el que uno puede sentirse triste y extrañar a los demás, pero puede evocar fácilmente sus imágenes y recuerdos y sentir la conexión. En un estado de soledad, uno ya no tiene la capacidad de experimentar la cercanía y el cuidado de los demás, aunque estén presentes y disponibles. Aunque Terry creía en la necesidad de *pertenencia*, dio prioridad a la experiencia subjetiva interna; lo importante no es simplemente formar parte de un grupo o comunidad, sino la experiencia personal de una conexión genuina con los demás.

Las experiencias subjetivas traumáticas y el suicidio

En su obra posterior, Maltzberger conceptualizó el trauma como una dimensión adicional de la experiencia subjetiva del individuo suicida que afecta al procesamiento interno de un acontecimiento vital externo:

la esencia de la experiencia traumática no es la abrumadora estimulación sensorial en sí misma, sino, más bien, el fracaso de la mente para dominar los acontecimientos mentales a los que da lugar el mundo exterior, y la conmoción emocional que despiertan. [...] El trauma requiere además una experiencia afectiva (subjetiva) aplastante que acompaña al insulto causativo mientras que el paciente es incapaz de escapar de él. (Maltzberger et al. 2011, p. 671)

Al relacionar la traumatización afectiva con las crisis suicidas, Terry subrayó el sufrimiento emocional y la impotencia que experimenta el individuo antes y durante un intento de suicidio. El concepto de *destrucción mental* (Baumeister, 1990) capta la concretización y el estrechamiento constrictivo del pensamiento del individuo durante una crisis suicida. Terry dirigió nuestra atención a la experiencia subjetiva que el paciente tiene del afecto intenso y abrumador de la autodesintegración y la regresión del Yo (Maltzberger, 2004). Subrayó la capacidad deteriorada del individuo para la regulación de los afectos y el procesamiento de las emociones, un tema que más recientemente ha recibido gran atención desde varias perspectivas, entre ellas la genética, la neuropsicológica y los problemas de apego temprano. La consideración por parte de Terry del espacio subjetivo interno del individuo suicida como foco de conexión y exploración

en la psicoterapia apoya la búsqueda de significado del paciente, fomenta la resistencia y mejora el procesamiento de los afectos.

Evaluación del riesgo de suicidio

Para evaluar el riesgo de suicidio de un individuo, Maltzberger (1988) ofreció una variación radical de la lista habitual de factores de riesgo. Describiendo cómo escuchar las perturbaciones y otros signos sutiles de la fragmentación de una representación del *self*, esbozó cinco componentes para evaluar el riesgo de suicidio. En primer lugar, evaluar las respuestas pasadas del paciente al estrés, especialmente a las pérdidas, ya que estas probablemente predecirán las respuestas futuras. En segundo lugar, evaluar la vulnerabilidad del paciente a tres afectos que amenazan la vida: la soledad, el autodesprecio y la rabia asesina. Tercero, determinar la naturaleza y la disponibilidad de recursos de sostenimiento exteriores. Cuarto, explorar la emergencia y la importancia emocional de las fantasías de muerte: ¿qué imagina el paciente que sucede cuando muere? Y, por último, en quinto lugar, evaluar la capacidad del paciente para el juicio de realidad, cuyo deterioro es una señal de psicosis. Dado que los trastornos en la representación del *self* son la clave común subyacente en el suicidio, Terry aconsejaba a los clínicos que buscasen signos de crisis mental mientras reconocían al individuo con dolor en la sala de consulta.

Terry lamentaba el estado actual de las cosas en los estudios sobre suicidio y, por extensión, lo que se valora en la evaluación contemporánea del riesgo de suicidio. "El énfasis en el cálculo y el análisis estadístico de grandes conjuntos de datos", escribió, "continúa aumentando. Mientras que hace 50 años se daba más énfasis a la idiosincrasia individual de los pacientes, esto ya no es cierto. El detalle, no la *gestalt* general, rige el día. La era de las listas de comprobación, los cuestionarios y las tablas está de lleno sobre nosotros" (Maltzberger et al., 2015). Citaba a W. B. Cameron (1963) cuando decía que "no todo lo que cuenta puede ser contado, y no todo lo que puede ser contado cuenta", y continuaba:

Por supuesto, contar es indispensable, pero a veces puede obstaculizar un pensamiento más profundo y productivo. La condición humana no puede reducirse a una serie de factores de riesgo y correlaciones; el impulso hacia el empirismo, tan útil como es por un lado, corre el riesgo de ahogar otras formas de entender a las personas por el otro. ...necesitamos liberarnos de la constricción del diagnóstico general y homogeneizante. Necesitamos más informes que reflejen las experiencias más profundas de nuestros pacientes, incluyendo más investigación cualitativa. (Maltzberger et al., 2015)

Algunas escalas desarrolladas recientemente intentan ahora captar la experiencia subjetiva del paciente suicida. La *Suicide Trigger Scale* (Escala de Desencadenamiento de Suicidio) (Yaseen et al., 2010) incluye elementos que califican la "desesperanza frenética", el "desbordamiento rumiativo" y la "somatización casi psicótica" como factores importantes en la evaluación del riesgo de suicidio.

Terry reconocía la "restricción de medios" como un área en la que los estudios fenomenológicos han sido de gran valor. El riesgo de suicidio disminuye cuando se restringe el acceso a medios mortales, como las armas de fuego o los puentes (Yip et al., 2012). Si bien este hallazgo puede parecer contrario a la intuición, dada la probable presunción de que una persona suicida simplemente encontrará un medio alternativo,

Terry entendió que los suicidios no siempre se producen debido a la depresión, sino que pueden tener lugar en momentos de ira incontrolable, rabia, paranoia, intoxicación y angustia abrumadora (Maltsberger, 1988). A diferencia de la depresión, que suele ser crónica e inamovible, estos efectos tienen muchas más probabilidades de aumentar y disminuir, y si se restringe el acceso a medios mortales en el momento de mayor riesgo, puede que el paciente no vuelva a encontrarse en una situación tan precaria y de tan alto riesgo.

Narcisismo, autorregulación y suicidio

Terry Maltsberger también exploró el suicidio como un proceso autorregulador. En los pacientes con narcisismo patológico o trastorno narcisista de la personalidad, el suicidio puede tener diferentes funciones y significados subjetivos más allá de terminar con la vida de uno. Él sugirió que el suicidio puede cumplir una función protectora de la autoestima, proporcionando una sensación de superioridad, triunfo o control y dominio de las condiciones inmanejables o intolerables. El suicidio puede tener la función de preservar el sentido del honor y la integridad, como medio para escapar o evitar la humillación real o anticipada, incluyendo fracasos o pérdidas dolorosas (Ronningstam y Maltsberger, 1998; Ronningstam, Weinberg y Maltsberger, 2008). Terry también sugirió que las fantasías suicidas pueden, paradójicamente, sostener la vida, contribuyendo a una sensación de control e importancia subjetiva en situaciones difíciles de la vida. Como tales, pueden impedir la intención y la acción suicidas (Maltsberger et al., 2010). Sin embargo, en estados de ira, con ansias de venganza asociadas a las amenazas percibidas y a la derrota inminente, los actos suicidas pueden ser inmediatos y mortales (Maltsberger y Ronningstam, 2011).

Comprensión psicoanalítica del suicidio: el descenso al suicidio

En "The Descent into Suicide" ("El descenso al suicidio"), Maltsberger (2004) describe en un lenguaje vívido el estado suicida que experimenta el paciente desesperado y en rápida regresión. Ese artículo profundizó en la comprensión de Terry Maltsberger de los estados autodestructivos. El *self* adulto emerge a través de procesos de introyección e identificación que pueden preservar una sensación más o menos continua de autocontinuidad. Esta sensación, que funciona a lo largo del tiempo, ayuda al individuo a mantener el apego a los otros, a preservar una inversión emocional positiva en el *self*, a regular los afectos, a diferenciar entre lo imaginario y lo real y a modificar las representaciones del *self* y de los objetos a través de procesos de internalización. Terry creía que los daños repetidos al *self*, particularmente en la infancia, deterioran acumulativamente la capacidad de crear y mantener vínculos amorosos y corroen la capacidad de mantener la esperanza frente a la adversidad. En ausencia de recursos internos suficientemente robustos (objetos buenos) para mantener la esperanza y reforzar la autoestima positiva, los pacientes se lanzan a cualquier recurso externo que puedan conseguir para mantenerse en equilibrio afectivo y conservar la autoestima (Maltsberger, 1993).

En "The Descent into Suicide" Maltsberger describe la experiencia del paciente de una crisis suicida, y hace hincapié en el papel de la regresión del Yo en los estados suicidas. Con la ayuda de un cuento de Edgar Allen Poe, Terry describe lúcida y vívidamente la ruptura del *self* que lleva a su destrucción final. Su descripción de esta trágica cascada es cautivadora y bastante aterradora, contada de una manera que roza lo

poético. El *self* se rompe cuando la intensa desesperación y otros efectos agonizantes inundan al individuo. La incapacidad de mantener el funcionamiento del Yo frente a este ataque conduce a un colapso suicida. Explica la experiencia subjetiva del paciente suicida que se desmorona de una manera que es vívidamente descriptiva y notablemente clara. Utiliza *A descent into the Maelstrom (Un descenso al Maelström)* de Poe (1841) como metáfora para describir los efectos catastróficos de verse atrapado en la desesperanza de las corrientes suicidas: se compara al pescador con el Yo casi paralizado, el barco con el *self*, atrapado en corrientes catastróficas (los afectos) que giran hacia la destrucción. Identifica cuatro etapas temporales en la ruptura del *self* y las ilustra con pasajes de la historia de Poe: (1) diluvio afectivo; (2) esfuerzos por dominar el diluvio afectivo; (3) pérdida de control y desintegración; (4) esquemas grandiosos para la autopreservación mediante el desechar el cuerpo.

En la primera etapa, este torrente de angustia, (o dolor psíquico), se acumula y se vuelve insoportable e indica un inminente colapso suicida.

Y luego bajamos con un barrido, un deslizamiento y una caída, que me hizo sentir enfermo y mareado, mientras caía de la cima de alguna montaña alta en un sueño. Pero mientras estábamos arriba, eché una rápida mirada alrededor, y esa mirada fue suficiente [...] El remolino del Moskoe-strom estaba justo enfrente a un cuarto de milla de distancia [...] Involuntariamente cerré los ojos con horror.

En la segunda etapa el paciente trata desesperadamente de evitar que la espiral lo arrastre más abajo. Puede utilizar mecanismos para hacer frente a esta crisis inminente. Algunos recurren a otros en busca de ayuda. Otros se disocian de su angustia emocional, ya sea mediante defensas impulsadas internamente o mediante la contribución externa del uso de drogas y alcohol. Aquellos que toman la decisión de suicidarse parecen experimentar una sensación de calma y dominio mientras llevan a cabo sus planes mortales. Algunos ocultan deliberadamente su desesperación porque no quieren que nadie interfiera en sus estrategias suicidas.

Puede parecer extraño, pero ahora, cuando estábamos en las mismas fauces del golfo, me sentí más tranquilo que cuando nos acercábamos a él. Habiendo decidido no esperar más, me libré de gran parte del terror que me acobardaba al principio [...] Empecé a reflexionar sobre lo magnífico que era morir de esa manera, y lo tonto que era por mi parte pensar en una consideración tan insignificante como mi propia vida individual, en vista de tan maravillosa manifestación del poder de Dios.

En la tercera etapa el paciente experimenta una sensación de desmoronamiento acompañada de un intenso horror y miedo, abrumándose y dando paso a la desesperación.

Damos vueltas y vueltas [...] volando más que flotando, metiéndonos gradualmente más y más en el medio del oleaje y luego más y más cerca de su horrible borde interior [...] giramos y giramos, no en un movimiento uniforme, sino en giros y sacudidas mareantes.

Finalmente, en la cuarta etapa, los pacientes se sienten atrapados en un dolor inmanejable, y sienten que se desintegran. Los pacientes suicidas recurren entonces a fantasías mágicas para salvarse de la aniquilación psíquica. Generalmente se imaginan que pueden separar sus selves mental y físico matando sus cuerpos. En términos psicoanalíticos, el funcionamiento del Yo falla masivamente, resultando en un colapso

narcisista con pérdida del juicio de realidad, auto-fragmentación y fracaso del Yo. Este artículo único describe claramente, y con gran detalle, cómo el yo puede descomponerse y atacar al cuerpo en una crisis suicida.

Después de Freud, el énfasis había estado en el Superyó crítico y hostil como agente etiológico en el suicidio. Briggs (2006) sugiere que existe un arco que vincula la teoría del suicidio en desarrollo de Freud y la descripción de Maltzberger de la regresión del Yo en los estados de trauma. Las ideas de Freud en desarrollo sobre la regresión suicida, iniciadas en *Duelo y Melancolía* y desarrolladas posteriormente en "Lo `siniestro'", mostraban que un estado de autodesintegración es un aspecto crucial de la dinámica suicida. Introdujo la idea de un aspecto delirante o temporalmente psicótico del suicidio, en el que el placer y la realidad son superados por la compulsión a la repetición.

Fowler et al. (2012) examinaron la evidencia empírica que apoya el uso de una formulación psicodinámica de las crisis suicidas como se describe en "The Descent into Suicide". Presentaron los resultados de un estudio que evaluaba el Índice de Riesgo Implícito de Suicidio (Implicit Risk for Suicide Index, IRSI) y una escala de Rorschach estrechamente alineada con el modelo de Maltzberger. Su estudio evaluaba los factores de riesgo de desbordamiento del afecto, odio a sí mismo y fragmentación, y fantasías grandiosas. Identificaron correctamente al 87% de los pacientes internos que hicieron un intento de suicidio médicamente grave dentro de los sesenta días posteriores a la administración del Rorschach (Fowler, Hilsenroth y Piers, 2001). Encontraron que el IRSI, especialmente cuando se integraba con el modelo de Maltzberger, era útil para comprender las vulnerabilidades subyacentes de los pacientes que carecen de una forma efectiva de comunicar verbalmente su experiencia interna.

La conceptualización del suicidio como un descenso puede requerir más aclaraciones cuando se aplica a los diagnósticos psiquiátricos. Se está prestando cada vez más atención al proceso de decisión y a los aspectos agenciales implicados en las acciones suicidas, especialmente en las personas con trastornos de la personalidad (Broz y Münster, 2015). Para algunos pacientes, las acciones suicidas pueden aparecer ostensiblemente en la segunda etapa del descenso. La reactividad y la impulsividad relacionadas con experiencias vitales subjetivamente devastadoras (por ejemplo, el abandono en pacientes con trastorno límite de la personalidad y los fracasos o impulsos de venganza en el caso de los trastornos narcisistas de la personalidad) pueden dar lugar a acciones suicidas (Lieb et al., 2004; Blasco-Fontecilla et al., 2009; Ronningstam, Weinberg y Maltzberger, 2008).

La decisión de poner fin a la propia vida puede tener un efecto organizador en las emociones intensas y abrumadoras, independientemente de si conduce a un acto impulsivo inmediato o a una acción retardada y minuciosamente planificada. Este tipo de proceso suicida difiere del suicidio en los trastornos depresivos mayores, los trastornos por consumo de sustancias o los trastornos psicóticos, en los que los estados de afecto graves y abrumadores provocan la desintegración y fragmentación del *self*, junto con intensos impulsos autodestructivos.

"The Descent into Suicide" se hizo eco de los trabajos anteriores y los amplió. Funcionalmente, al menos, los pacientes suicidas suelen estar engañados. Movidos por la convicción de falsas creencias, e impulsados por el dolor mental, entran en acción, convencidos de que los demás estarían mejor sin ellos, o que los otros los quieren muertos. Algunos están convencidos de que al suicidarse vivirán una mejor vida después

de la muerte (Maltzberger y Buie, 1980). Las personas vulnerables al suicidio tienen una capacidad disminuida de regulación de los efectos. En los estados traumáticos, las tormentas de afecto intenso y doloroso que no se pueden soportar pueden exceder la capacidad del Yo para protegerse y disminuir la esperanza frente a la adversidad. En estos estados, cuando se excede la capacidad máxima del Yo, y la mente se ve desbordada por una sensación inmanejable, se producen varias consecuencias graves. Puede producirse una regresión cuando la organización del *self* cede y la mente se rompe (Baumeister, 1990; Maltzberger, 2004). La función sintética del Yo -su función integradora y armonizadora- falla; la autocohesión se debilita; las representaciones del *self* y de los objetos se rompen y se confunden; los pacientes no pueden diferenciar adecuadamente entre ellos y el contenido de sus mentes y el de las de los demás. La prueba de realidad falla a medida que el Yo se rompe.

Maltzberger elaboró una teoría del suicidio que va más allá del Superyó punitivo de Freud, hacia una descripción de un *self* que lucha por permanecer intacto frente a las traumáticas tormentas de afecto tan comunes en los estados suicidas. Esta teoría parece sustentada por la investigación empírica y prepara el terreno para una mayor comprensión de los estados en los que el *self* corporal se considera separado del *self* experiencial y se trata o maltrata como otro en un esfuerzo por evitar la desintegración del *self*.

Conclusiones

Terry Maltzberger pasó toda su vida estudiando a pacientes suicidas. Amplió nuestro conocimiento conectando el psicoanálisis con el estudio de los pacientes suicidas, incluyendo aquellos con patologías más severas, en niveles de funcionamiento psicóticos, límites y narcisistas. Incorporó la contratransferencia como un indicador legítimo de la experiencia terapéutica, describiendo los efectos de los pacientes suicidas en el terapeuta y reconociendo que las actuaciones contratransferenciales pueden resultar fatales para el paciente. Amplió el concepto de autoataque para incluir las respuestas al deterioro del Yo y a la autodesintegración, incluida una ruptura del *self* que permite al paciente que sufre atacarse y quitarse la vida.

Terry Maltzberger desempeñó un papel decisivo al impulsar el psicoanálisis para explicar conceptos, teorías e hipótesis relativas al suicidio, especialmente en lo que se refiere a los afectos, las defensas y las vulnerabilidades caracterológicas que ahora son fundamentales para la comprensión actual del suicidio. Más recientemente, algunos aspectos de su trabajo se han convertido en el foco de verificaciones empíricas con implicaciones directas para el tratamiento.

Referencias

- Adler, G. y Buie, D. H. (1979). Aloneness and borderline psychopathology: The possible relevance of child development issues. *International Journal of Psychoanalysis*, 60, 83–96.
- Asch, S. S. (1980). Suicide and the hidden executioner. *International Review of Psychoanalysis*, 7, 51–68.
- Baumeister, R. F. (1990). Suicide as escape from *self*. *Psychological Review*, 97, 90–113.

- Blasco-Fontecilla, H., Baca-Garcia, E., Dervic, K., Perez-Rodriguez, M. M., Lopez-Castroman, J., Saiz-Ruiz, J. y Oquendo, M. A. (2009). Specific features of suicidal behavior in patients with narcissistic personality disorder. *Journal of Clinical Psychiatry*, 70, 1583–1587.
- Bond, M. (1984). The use of consultation in the treatment of suicidal patients. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy*, 10, 117–130.
- Briggs, S. (2006). Consenting to its own destruction. A reassessment of Freud's development of a theory of suicide. *Psychoanalytic Review*, 93, 541–564.
- Broz, L. y Münster, D. (Eds.). (2015). *Suicide and agency: Anthropological perspectives on self-destruction, personhood, and power*. Ashgate.
- Cameron, W. B. (1963). *Informal sociology: A casual introduction to sociological thinking*. Random House.
- Chused, J. F. (1991). The evocative power of enactment. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 39, 615–639.
- Fowler, J. C., Hilsenroth, M. J., Groat, M., Biel, S., Biedermann, C., y Ackerman, S. (2012). Risk factors for medically serious suicide attempts: Evidence for a psychodynamic formulation of suicidal crisis. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 60, 555–576.
- Fowler, J. C., Hilsenroth, M. J., y Piers, C. (2001). An empirical study of seriously disturbed suicidal patients. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 49, 161–186.
- Freud, S. (1910). The future prospects of psycho-analytic therapy. En *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. XI, pp. 139-152). The Hogarth Press.
- Freud, S. (1917). Mourning and melancholia. En *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. XIV, pp. 237-258). The Hogarth Press.
- Freud, S. (1919). The “uncanny.” En *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. XVII, pp. 219-256). The Hogarth Press.
- Freud, S. (1923). The ego and the id. En *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. XIX, pp. 3-63). The Hogarth Press.
- Gabbard, G. O. (2003). Miscarriages of psychoanalytic treatment with suicidal patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 239–261.
- Gabbard, G. O. y Wilkinson, S. M. (1994). *Management of countertransference with borderline patients*. American Psychiatric Press.
- Goldblatt, M. J., Herbstman, B. y Maltzberger, J. T. (2014). Superego distortions and self-attack. *Scandinavian Psychoanalytic Review*, 37, 15–23.
- Goldblatt, M. J. y Maltzberger, J. T. (2009). Countertransference in the treatment of the suicidal patient. En D. Wasserman y C. Wasserman (Eds.), *Oxford textbook on suicidology and suicide prevention: A global perspective* (pp. 389–394). Oxford University Press.
- Hinshelwood, R. D. (1991). *A dictionary of Kleinian thought*. Aronson.
- Joiner, T. (2005). *Why people die by suicide*. Harvard University Press.
- Jones, E. (1951). On dying together. En *Essays in applied psychoanalysis: Vol. I. Miscellaneous essays* (pp. 9–15). Hogarth Press. (Obra original publicada en 1911)
- Jones, E. (1951). An unusual case of dying together. En *Essays in applied psychoanalysis: Vol. I. Miscellaneous essays* (pp. 16-21). Hogarth Press. (Obra original publicada en 1912)
- Joseph, B. (1978). Different types of anxiety and their handling in the analytic situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 59, 223–228.
- Joseph, B. (1983). On understanding and not understanding: Some technical issues. *International Journal of Psychoanalysis*, 64, 291–328.

- Joseph, B. (1985). Transference: The total situation. *International Journal of Psychoanalysis*, 66, 447–454.
- Jung, C. G. (1947). *Psychology of the unconscious*. Dodd, Mead & Co. (Obra original publicada en 1912)
- Kind, J. (1992). *Suizidal: Psychoökonomie einer Suche*. Vandenhoeck & Ruprecht.
- Kravis, N. (2013). The analyst's hatred of analysis. *Psychoanalytic Quarterly*, 82, 89–114.
- Lieb, K., Zanarini, M. C., Schmal, C., Linehan, M. M. y Bohus, M. (2004). Borderline personality disorder. *Lancet*, 364, 453–461.
- Lindner, R. (2008). Männer und Suizidalität. En M. Wolfersdorf, T. Bronisch y H. Wedler (Eds.), *Suizidalität: Verstehen, Vorbeugen, Behandeln* (pp. 100–115). S. Roderer Verlag
- Maltsberger, J. T. (1961). Even unto the twelfth generation: Huntington's chorea. *Journal of the History of Medicine & Allied Sciences*, 16, 1–17.
- Maltsberger, J. T. (1988). Suicide danger: Clinical estimation and decision. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 18, 47–54.
- Maltsberger, J. T. (1993). Confusion of the body, the *self*, and others in suicidal states. En *Suicidology: Essays in honor of Edwin S. Shneidman* (pp. 148–171). Aronson.
- Maltsberger, J. T. (1997). Ecstatic suicide. *Archives of Suicide Research*, 3, 283–301.
- Maltsberger, J. T. (2004). The descent into suicide. *International Journal of Psychoanalysis*, 85, 653–667.
- Maltsberger, J. T. y Buie, D. H. (1974). Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. *Archives of General Psychiatry*, 30, 625–633.
- Maltsberger, J. T. y Buie, D. H. (1980). The devices of suicide: Revenge, riddance, and rebirth. *International Review of Psychoanalysis*, 7, 61–72.
- Maltsberger, J. T., Goldblatt, M. J., Ronningstam, E., Weinberg, I. y Schechter, M. (2011). Traumatic subjective experiences invite suicide. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 39, 671–694.
- Maltsberger, J. T. y Ronningstam, E. (2011). Rumpelstiltskin suicide. *Suicidology Online*, 2, 80–88.
- Maltsberger, J. T., Ronningstam, E., Weinberg, I., Schechter, M. y Goldblatt, M. J. (2010). Suicidal fantasy as a life-sustaining recourse. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis & Dynamic Psychiatry*, 38, 611–624.
- Maltsberger, J. T., Schechter, M., Herbstman, B., Ronningstam, E. y Goldblatt, M. J. (2015). Suicide studies today: Where do we come from? What are we? Where are we going? *Crisis*, 36, 387–389.
- Menninger, K. (1933). Psychoanalytic aspects of suicide. *International Journal of Psychoanalysis*, 14, 376–390.
- Mullen, G. (2016). Don't fence me in: What is American about American psychoanalysis? *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 64, 1225–1234.
- Orbach, I. (2003). Suicide and the suicidal body. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 33, 1–8.
- Orbach, I., Gilboa-Schechtman, E., Sheffer, A., Meged, S., Har-Even, D. y Stein, D. (2006). Negative bodily *self* in suicide attempters. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 36, 136–153.
- Pick, I. B. (1985). Working through in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 66, 157–166.
- Poe, E. A. (2000). A descent into the maelstrom. En T. O. Mabbott (Ed.), *Tales and Sketches: Vol. I. 1831–1842* (pp. 574–597). University of Illinois Press. (Obra original publicada en 1841)

- Reich, A. (1951). On counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 32, 25–31.
- Ronningstam, E. y Maltzberger, J. T. (1998). Pathological narcissism and sudden suicide-related collapse. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 28, 261–271.
- Ronningstam, E., Weinberg, I. y Maltzberger, J. T. (2008). Eleven deaths of Mr. K. *Psychiatry: Interpersonal & Biological Processes*, 71, 169–182.
- Sandler, J. (1976). Countertransference and role-responsiveness. *International Review of Psychoanalysis*, 3, 43–47.
- Van Orden, K. A., Witte, T. K., Cukrowicz, K. C., Braithwaite, S., Selby, E. A. y Joiner, T. E. (2010). The interpersonal theory of suicide. *Psychological Review*, 117, 575–600.
- Winnicott, D. W. (1949). Hate in the counter-transference. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69–74.
- Yaseen, Z. S., Katz, C. E., Johnson, M. S. y Galyner, I. (2010). Construct development: The Suicide Trigger Scale (STS-2), a measure of a hypothesized suicide trigger state. *BMC Psychiatry*, 10, 110–111.
- Yip, P. S. F., Caine, E., Yousuf, S., Chang, S., Wu, K.-C. y Chen, Y. (2012). Means restriction for suicide prevention. *Lancet*, 379, 2393–2399.
- Zilboorg, G. (1936). Differential diagnostic types of suicide. *Archives of General Psychiatry*, 35, 270–291.
- Zilboorg, G. (1937). Considerations on suicide, with particular reference to that of the young. *American Journal of Orthopsychiatry*, 7, 15–31.
- Zilboorg, G. (1975). Some aspects of suicide. *Suicide & Life-Threatening Behavior*, 5, 131–139.