

La clínica psicoanalítica convulsionada

Cap. 1 del Libro: “*Organizaciones fronterizas- Fronteras del psicoanálisis*”

Hugo Lerner y Susana Sternbach (Comp) Lugar Ed. 2007

Hugo Lerner¹

“Importa enunciar este hecho: el estudio psicoanalítico de la locura, sea cual fuere el significado de ésta, se realiza principalmente sobre la base del análisis de los llamados ‘casos fronterizos’ ...”. –Winnicott (1963)

Una aclaración inicial

Antes de abordar el tema quiero puntualizar que la sección acerca de la historia del concepto, así como las que tratarán el cuadro clínico, las estadísticas y algunas otras, son temas frecuentes en casi todos los libros que tratan sobre organizaciones fronterizas; pero a pesar de ser bien conocidos, no me pareció que deberían eludirse. Este libro también trata sobre este cuadro clínico, y si bien se abordan en sus capítulos diferentes problemáticas teórico-clínicas desde la perspectiva psicoanalítica, me pareció importante repasar algunos conceptos clásicos. Quienes tienen una lectura vasta de esta problemática, podrán pasarlos por alto; a aquellos otros que tienen un recorrido más reciente por estos territorios, seguramente les será útil y estimulante visitar las fuentes que se citan en los diferentes apartados.

Un poco de historia²

¹ hlerner@intramed.net.ar

² Podemos afirmar, sin temor a equivocarnos, que ya en la obra de Freud podemos encontrar algunos de los conceptos que contribuyeron al desarrollo de la teoría psicoanalítica en lo que respecta a la comprensión de la organización fronteriza. Si bien Freud no pensó el concepto de escisión en función de la patología fronteriza, indudablemente podemos usarlo para dar cuenta de muchos mecanismos y síntomas, ya que la escisión es central en estas patologías. Una vez más, comprobamos que las teorías de Freud nos resultan útiles en la actualidad para la comprensión de cuadros clínicos que él no describió.

La noción de *borderline*, organización fronteriza o patología límite no nació con el psicoanálisis, y en la literatura de nuestra disciplina comienza a ocupar un lugar a partir de la década de 1930. Su aparición ha cuestionado, de alguna manera, la nosología y la metapsicología clásicas e impulsó una ampliación de los conceptos teóricos. Este impulso no ha cesado hasta hoy, y es así como muchos colegas dedican gran parte de sus investigaciones a este cuadro clínico, que se fue convirtiendo en uno de los cuadros psicopatológicos de la contemporaneidad.

El paciente fronterizo tiene una indudable repercusión social y, paralelamente, en un rulo retroalimentado, la sociedad incide sobre él (Sternbach, S 2006). Los “ruidos” de la vida contemporánea, los “malestares en la cultura”, en síntesis, el contexto, contribuyeron al advenimiento de este cuadro. Como sabemos, dentro de las características de nuestra vida actual nos encontramos con una escurridiza instalación de los valores consensuados, reemplazados por desesperanza, vacío de sentido, sensación de futilidad, sentimientos de apatía; y todo esto se intenta contrarrestar muchas veces por medio de diferentes adicciones, conductas antisociales y delictivas, hetero y autoagresividad, etc. El enaltecimiento y la autoidealización narcisistas reemplazan a los sentimientos solidarios y los ideales culturales. Al mismo tiempo, al quedar desinvertidos sus objetos de identificación y de referencia, los pacientes fronterizos los buscarán con desesperación porque necesitan algo que los delimite, que les cree la “frontera” entre el yo y el contexto. Con frecuencia los padres están inhabilitados para imponer o proponer límites y objetivos, dado que ellos mismos probablemente recibieron las convulsiones provocadas por el impacto que les produjo el cambio social. En la sociedad actual, el modelo imperante juguetea livianamente con la transgresión de los valores éticos y culturales, y se convierte en el modelo que se ha de reproducir.

Ahora bien, si nos preguntásemos por qué el paciente fronterizo fue despertando este incesante interés tanto en la clínica como en la teoría psicoanalítica, y por qué la aparición de este cuadro en la nosología psicoanalítica ha sido posterior a Freud, deberíamos concluir, como él mismo lo afirmó, que en los comienzos el cuerpo teórico y clínico del psicoanálisis sólo podía dar cuenta de las llamadas “neurosis de transferencia”.

Por lo tanto, a aquellos cuadros clínicos que no producían transferencia les era inaplicable el método psicoanalítico.

Diferentes esquemas teóricos han comprobado la inexactitud de esto último, y fue éste, precisamente, uno de los cuadros que fueron forzando la ampliación del campo del psicoanálisis. Lo que sucedía es que Freud no tenía elementos teóricos para explicar estos cuadros clínicos “complicados”, no tuvieron cabida dentro de su modelo metapsicológico, y por lo tanto, no resultaba posible abordarlos terapéuticamente. Estas posiciones han sido sostenidas durante bastante tiempo y empezaron a variar con los interrogantes que muchos autores comenzaron a formularse acerca de la génesis de este cuadro y el destino de estos pacientes dentro de la clínica psicoanalítica. Interrogantes que continúan en la actualidad, y que nos llevan a posicionarnos frente a un conjunto de especulaciones que plantean distintas opciones como intentos de respuesta (Lerner y Nemirovsky, 1989).

Frente a una hipotética pregunta de lo que ocurría con estos pacientes en el proceso psicoanalítico, diferentes aproximaciones teóricas y diferentes autores (como Winnicott, Fairbairn, Balint, Kohut, Green, McDougall, Roussillon etc.) ampliaron y modificaron conceptos centrales de la teoría “oficial”, de los paradigmas aceptados hasta ese momento. Fue así que comenzaron a aparecer nuevas concepciones acerca de la técnica y la metapsicología, que muchas veces complementaron las clásicas y otras se apartaron de ellas.

Entre los últimos años de la década de 1930 y en la de 1940, muchos psicoanalistas (especialmente en Estados Unidos) comenzaron a interesarse por sujetos a quienes se consideraba “pacientes difíciles”, pero que no reunían los requisitos para ser diagnosticados como esquizofrénicos y, por otro lado, se encontraban lo suficientemente perturbados para emplear con ellos una psicoterapia psicoanalítica clásica. Quienes se dedicaron a estudiar estos trastornos “anómalos” que no “encajaban” en las descripciones nosológicas de ese momento, y que más adelante fueron llamadas “organizaciones fronterizas”, utilizaron para ellas distintas denominaciones: estructura “preesquizofrénica” de la personalidad (“D. Rapaport” “M. Gill” y “R. Schafer”), “caracteres psicóticos” (“J. Frosch”), “estados fronterizos” (“R. Knight”), “personalidad fronteriza” (“D. Rapaport y M. Gill”). Stern, en 1938, introdujo el término *borderline*, a partir de estudios derivados de la clínica, y dijo que estos pacientes padecían de una “hemorragia mental”, definida como una intolerancia al

dolor psíquico. Por respeto a la historia, debemos recordar que el término *borderline* apareció por primera vez en 1884, con el psiquiatra inglés “Hughes”, que distinguió a los estados *borderline* de la locura. Los definió como “personas que pasaban permanentemente de uno al otro lado de la línea”.

También puede suponerse que aquellos autores que hablaron de “esquizofrenia ambulatoria” (“G.Zilboorg”) o de “esquizofrenia pseudoneurótica” (“P. Hoch” y “P.Polatin”) se estaban refiriendo a las organizaciones fronterizas. Asimismo, cabe suponer que las “personalidades como si” (“H.Deutsch”), “las estructuras esquizoides de la personalidad” (“R. Fairbairn”) y los “casos graves de distorsiones yoicas” (“M.Gitelson”) igualmente apuntaban a este cuadro clínico.

Grinker (1968) realizó un intento de sistematización diagnóstica realizando un análisis estadístico de alrededor de sesenta pacientes internados en instituciones psiquiátricas. De este estudio se extrajeron algunas conclusiones que aún tienen vigencia, como ser la división de los pacientes fronterizos en cuatro subgrupos, desde aquellos con predominio de sintomatología psicótica (*border* psicótico) a aquellos otros con predominio de sintomatología neurótica (*border* neurótico). Entre estos grupos se encuentran otros dos: uno en que prevalecen los afectos negativos y las dificultades para mantener vínculos interpersonales estables (Tipo II) y otro en que prevalece la falta de identidad y determina que estos pacientes busquen “tomar prestada” la identidad de otros sujetos (Tipo III). Sintetizando, podemos describir la tipificación de Grinker y sus características sustanciales en el siguiente esquema:

Tipo I: Paciente fronterizo psicótico

- A) Conducta inadaptada e inapropiada
- B) Problemas con la prueba de realidad y sensación de la propia identidad
- C) Conducta negativa y expresión abierta de enojo

Tipo II: Síndrome fronterizo central

- A) Afecto negativo central

- B) Compromiso vacilante con los otros
- C) Actuación del enojo
- D) Identidad propia inherente

Tipo III: Grupo “como si”

- A) Tendencia a copiar la identidad de otros
- B) Falta de afecto
- C) Conducta más adaptada
- D) Relaciones poco genuinas y carentes de espontaneidad

Tipo IV: Paciente fronterizo neurótico

- A) Depresión anaclítica
- B) Ansiedad
- C) Rasgos neuróticos y narcisistas

En este estudio dirigido por Grinker se encontraron también características comunes en los pacientes fronterizos más allá del subtipo, como ser: a) el enojo como el afecto predominante; b) dificultades para mantener una identidad cohesiva; c) trastornos en los vínculos interpersonales; d) predominio de la depresión.

A partir de este estudio se arribó a una conclusión importante: que este cuadro clínico era visiblemente diferente a la esquizofrenia y que los pacientes con organización fronteriza no se deterioran y evolucionan hacia un cuadro esquizofrénico, sino que permanecen “establemente inestables” (Schmiderberg, 1947).

La patología *borderline* fue abordada básicamente por la escuela inglesa y la norteamericana, hasta que Green incursionó en este terreno (Green, 1975). Y esto se debió, según sostuvo el mismo Green (2000), a que entre los años 1953 y 1970, época de indudable hegemonía lacaniana en Francia, había una prohibición implícita de interesarse por el yo con el riesgo de ser acusado de un “*ego-psychologist*”. Esta postura, afirma Green, produjo una parálisis y un atraso en los estudios sobre el yo, mientras que en Estados Unidos, por el contrario, estos estudios se multiplicaron: “Si no hubiera existido la

prohibición de reflexionar sobre el yo y si Francia no hubiese seguido como un solo hombre el dictamen de Lacan de que el yo era el producto de las identificaciones especulares del sujeto –cosa que es, ¡pero no únicamente!- y si, por último, hubiéramos tenido el valor, justamente, de abordar su análisis de otra manera, pues bien, es probable que no hubiéramos sufrido el retraso que acumulamos y que, por otra parte, terminó por afectarnos con los casos fronterizos” (Green, 2000). Como luego veremos en este capítulo, y también en otros de este libro, esta situación de no abordar el estudio del yo (que se encuentra severamente comprometido en la patología fronteriza) varió en Francia a partir de los estudios de Green y de Piera Aulagnier.

Todos los interesados en la problemática fronteriza reconocen que, dentro de la escuela inglesa, Donald Winnicott, con sus investigaciones sobre el desarrollo del psiquismo temprano, fue un precursor que ha contribuido mucho a la comprensión de esta patología. Tanto que, al decir de Green, fue el autor que mejor entendió los mecanismos psíquicos de este tipo de pacientes.

No quería finalizar esta sección sin mencionar que si bien el psicoanálisis comienza a interrogarse por lo “fronterizo” durante lo que se ha dado en llamar el “posfreudismo”, sería equivocado dejar a Freud fuera de la discusión. De forma sintética, podemos decir que cuando Freud introduce la noción de narcisismo, el yo se complejiza al dejar de ser sólo el representante de las pulsiones de autoconservación y comenzar a ser partícipe de las investiduras libidinales, hasta convertirse en su “gran reservorio”. Con la entrada del narcisismo, la obra freudiana queda ubicada más allá del campo de las psiconeurosis, fuera de lo que se consideraba lo analizable. Sin duda se produce un viraje de la perspectiva psicopatológica; en relación con la perversión, lo podemos entender por lo que se desprende de “Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci”; en relación con la psicosis, por los comentarios del caso Schreber. El narcisismo se introdujo en Freud desde fuera de los límites de las psiconeurosis, de los límites de lo analizable. Estaba traspasando fronteras. No obstante, aunque haya abordado la problemática narcisista, para distinguir su relación con la patología fronteriza debieron pasar algunos años. Este trabajo quedó para sus seguidores.

Sobre la denominación del cuadro fronterizo

Cuando abordamos el estudio de la clínica y la psicopatología de los pacientes fronterizos, nos encontramos con que hay autores que hablan de “estados fronterizos”, otros de “estructuras fronterizas” y también los que prefieren “organizaciones fronterizas”.³ Yo me enrolo junto a estos últimos, ya que prefiero pensar en términos de organización. No hablo de “estado” porque el término alude a cierta estabilidad, cierta fijeza, y la patología fronteriza es fluctuante, alternante. Digamos que entra en un escenario para salir de ese y entrar en otro. Cuando discutimos en términos de organización, pensamos en un modo de funcionamiento fronterizo (*borderline*) que remite a situaciones centrales en la psicopatología, como los déficits en la constitución yoica, que determinarán una modalidad de organización psíquica determinada. En relación a esto último, y siguiendo líneas tan opuestas como las de Otto Kernberg o Piera Aulagnier, nos podremos ubicar, repitamos, en las alteraciones de la constitución yoica. Si en cambio seguimos líneas de pensamiento más ligadas a Winnicott, Kohut, Margaret Mahler, etc., podemos pensar en déficits en la constitución del self.

También me resulta útil pensar en un “funcionamiento fronterizo”, especular en torno a una organización con una modalidad de funcionamiento que, aunque compleja y heterogénea, nos impulsa a discernir un funcionamiento propio de estos cuadros clínicos, los cuales presentan esa tan particular dificultad de distinguir entre la percepción y la proyección, el adentro y el afuera; y también el enredo y la ensambladura entre lo primitivo (arcaico) y lo sexual edípico. El concepto de “funcionamiento fronterizo” nos aleja de la tentación, tan común en otras épocas, de pensar en términos de funcionamiento más neurótico o más psicótico. El funcionamiento fronterizo no es un lugar intermedio, sino un lugar en sí mismo, con características propias. Esta afirmación no invalida que dentro de esas modalidades de funcionamiento psíquico haya un amplio espectro que va desde lo menos patológico (lo que antes se consideraba como más neurótico) a lo más patológico (lo que se consideraba como más psicótico).

Lo importante es tener en cuenta cómo se defiende el yo. Muchas veces el paciente fronterizo usará defensas más neuróticas –ligadas a la problemática de la castración– y otras veces recurrirá a defensas cercanas a las psicóticas –más ligadas a la problemática del déficit de estructuración yoica y a la urgencia por la existencia (McDougall, 1982)–.

Algunos datos estadísticos

Quienes pertenecemos a la “parroquia” psicoanalítica no estamos habituados a manejar datos estadísticos ni epidemiológicos, probablemente por la dificultad que existe en nuestro quehacer de establecer pautas generalizadoras que permitan recoger datos significativos y valiosos para el progreso de nuestra disciplina. Así es, nuestro campo de aplicación resulta singular para cada paciente; y, por otra parte, no nos olvidemos de que, desde un punto de vista epistemológico, estamos atravesando una época teñida por la complejidad. Las teorías están dejando de ser productos rígidos, que emergen de causalidades fijas e inamovibles, determinadas. Ahora el propio determinismo está cuestionado, y las teorías están abiertas al azar, a lo nuevo, al acontecimiento. Desde esta perspectiva, presuponer que el método que empleemos será el resultado de un conjunto de leyes determinadas por otro conjunto de leyes “supra” nos sumerge en un psicoanálisis cerrado y alejado del pensamiento complejo que la contemporaneidad nos exige. Al psicoanálisis le gusta navegar por esta agua y debe hacerlo. Por lo tanto, si no podemos obtener datos estadísticos propios, me parece productivo recurrir a quienes sí lo hacen, como es el caso de los psiquiatras. Manejar algunos de esos informes nos enriquece y nos posibilita ubicarnos mejor en nuestra posición de psicoterapeutas psicoanalíticos.

Vayamos al grano y veamos qué nos dicen esos datos (Guala, S., 2004):

- 1) A uno de cada 100 pacientes le corresponde el diagnóstico de fronterizo.
- 2) La prevalencia de este cuadro en la población general oscila entre el 1,8% y el 4%.

³ En el DSM-IV, este cuadro está ubicado dentro de los “Trastornos de la personalidad” y se lo denomina

- 3) Constituyen el 10% de los pacientes en tratamiento ambulatorio y el 20% de los internados.
- 4) El riesgo de suicidio es entre ellos 50 veces mayor que en la población general.
- 5) El abuso de sustancias tóxicas es 9 veces mayor que en el resto de los sujetos que consultan.
- 6) La coexistencia de trastornos alimentarios es mayor que en la población general de pacientes psiquiátricos.

Me parece importante remarcar que el diagnóstico de organización fronteriza se legitimó especialmente dentro de la psiquiatría dinámica, en tanto surgió a partir de varios seguimientos a largo plazo de sujetos que habían recibido tratamientos terapéuticos prolongados: se verificó que estos pacientes continuaron con la misma sintomatología y, en casi todos los casos estudiados, no derivaron en otros cuadros psiquiátricos.

También es interesante subrayar que la mayoría de estos estudios fueron realizados con pacientes internados y con tratamiento de orientación psicoanalítica (Gabbard, 2000). Estos mismos estudios han concluido que, en general, los síntomas de los pacientes fronterizos comienzan a volverse evidentes hacia el final de la adolescencia o en los adultos jóvenes, y que al mantenerse en forma fluctuante durante los primeros años de tratamiento muchos terapeutas se tornen pesimistas por la ausencia de cambios en los pacientes. No obstante, se asevera que, luego de cinco o seis años de tratamiento, los pacientes fronterizos comienzan a manifestar marcadas mejorías, con un pico significativo en la segunda década posterior a la primera hospitalización, cuando la ha habido.

Diversos estudios (Stone y col., Plakun y col., McGlashan), muchos de ellos basados en enfermos hospitalizados, indican que los pacientes fronterizos tratados psicoterapéuticamente mostraron evidencias clínicas de mejoría en su sintomatología después de un tratamiento prolongado, y vueltos a entrevistar varios años más tarde (entre 10 y 15 años), la mayoría tenía una vida independiente y un trabajo estable. Muchos de ellos pudieron establecer, asimismo, relaciones interpersonales perdurables. No obstante, de

“límite”.

estos mismos estudios surgió que entre el 3% y el 10% de los pacientes fronterizos se habían suicidado.

Varias publicaciones sugieren que con un tratamiento psicoterapéutico persistente se logran mejorías significativas en estos pacientes. Para quienes tratamos estos casos en el consultorio, estos estudios nos impiden considerarlos inexorablemente como casos crónicos e inabordables a corto plazo. Esto nos ubica en una posición contratransferencial menos pesimista, hecho para nada menor cuando de pacientes fronterizos se trata, ya que uno de los enemigos que debemos vencer es el desánimo y escepticismo que invade al terapeuta.

Hay datos que nos sitúan en una línea más pesimista y otros en una más optimista, resultantes de los siguientes hallazgos:

Diversos estudios de seguimiento (citados por Guala, S., 2004) consideran que el 50% de los pacientes fronterizos abandonan el tratamiento a los 6 meses y el 75% a los 12 meses. Aunque no dispongamos de estadísticas propias, quienes nos dedicamos a esta patología sabemos de la frecuencia con que estos pacientes abandonan abruptamente el tratamiento.

Otras memorias (citadas por Guala, S., 2004) consideran que este cuadro clínico remite en las siguientes proporciones:

34% a los 2 años

49,4% a los 4 años

68,6% a los 6 años

73,5% después de los 6 años

(cada porcentaje incluye al anterior)

Diferentes publicaciones han destacado la coexistencia con otros cuadros clínicos, o sea la comorbilidad, y han descrito la coincidencia frecuente de cuadros diagnosticados como fronterizos con otros (Guala, S, 2004):

Trastornos del ánimo, 39,2%

Depresión mayor, 31,3%

Distimia, 16%

Bulimia, 30%

Trastorno bipolar (sin porcentaje)

Tal vez a quienes practican el método psicoanalítico podrían “no interesarles estas coincidencias estadísticas, pero creo que esta postura es errónea. Esta información nos permite adoptar una posición de apertura e intercambio interdisciplinario (con un psicofarmacólogo cuando sea necesario, por ejemplo) que nos ayudará en nuestra tarea al brindarnos un repertorio de respuestas diferentes frente a los múltiples interrogantes que las familias de estos pacientes nos plantean.

La clínica de los pacientes fronterizos

Kernberg (1975) se ha dedicado a estudiar profundamente estos pacientes y aunque en muchos de sus desarrollos teóricos no estemos del todo de acuerdo, debemos destacar que fue el primero en querer sistematizar el cuadro clínico describiendo su sintomatología tan mutable. Intentó describir en detalle lo que denominó “el síndrome” de estos cuadros, y que yo considero muy útil para ubicarnos frente a ellos.

Al comienzo los sujetos con organización fronteriza pueden presentar superficialmente síntomas que podríamos considerar típicos de los cuadros neuróticos, pero después de un tiempo el terapeuta descubrirá que detrás de esos “síntomas neuróticos” se “esconden” las características propias de estos cuadros, como la combinación de distintos síntomas neuróticos; si bien ninguno de ellos es propiamente patognomónico, la presencia y la combinación de algunos de ellos, que describiremos a continuación, nos va a guiar hacia el diagnóstico presuntivo de personalidad fronteriza.

Debe tenerse en cuenta que lo que desarrollo a continuación sólo son signos diagnósticos presuntivos; el diagnóstico se basa más en la patología yoica, o sea, en los conflictos o déficits que han impedido la estructuración de un yo que pueda hacerse cargo

tanto de la realidad externa como de la interna (pulsiones, fantasías, superyó, etc.) y en el tipo de transferencia que se despliegue, así como en la respuesta contratransferencial en que se ve involucrado el terapeuta.

En forma sintética, haremos una recorrida por aquellos elementos que nos permiten llegar a un diagnóstico presuntivo.

1. *Ansiedad*: que suele ser difusa, crónica y flotante. La presencia constante de ansiedad unida a otras características que veremos en seguida es un signo importante que nos lleva a pensar en un diagnóstico presuntivo de personalidad fronteriza.

2. *Combinación de diferentes síntomas neuróticos*: consiste en la presencia de varias manifestaciones neuróticas, como *fobias múltiples*, que muchas veces ocasionan importantes limitaciones en la vida de estos pacientes. También es frecuente observar síntomas *obsesivos-compulsivos* que terminan volviéndose sintónicos con el yo.

Podemos encontrar *reacciones disociativas*, como amnesia, asociada a perturbaciones de la conciencia. Son frecuentes los síntomas *hipocondríacos*, que se exteriorizan como un exagerado temor crónico por la enfermedad; muchas veces, para concentrarse en su estado de salud, estos pacientes crean rituales que los sumergen en un marcado retraimiento social. Las *tendencias paranoides* son una de las características que con más frecuencia, junto con la ansiedad, se presentan en estos cuadros clínicos.

Insistimos: ninguno de estos síntomas por separado determina el diagnóstico de personalidad fronteriza; siempre debemos tener en cuenta la presencia de varios de ellos y su interrelación.

3. *Adicciones y compulsiones*, como *las drogadicciones, el juego, la cleptomanía*. Hay que diferenciarlas de las que presentan las personalidades psicopáticas y de las adicciones comunes por su repentina aparición y desaparición. Es como si el yo de estos pacientes buscara escaparse de una tensión yoica, lo mismo que sucedería con el resto de los síntomas que venimos detallando.

4. *Sexualidad perverso-polimorfa*: los pacientes pueden presentar *tendencias perversas*, como *promiscuidad, elementos sádicos o masoquistas, exhibicionismo*. Lo que diferencia estas actuaciones de propias de las estructuras perversas es, justamente, que

se trata de actuaciones más que una conducta patológica estable. Así como aparecen desaparecen, y son reemplazadas por otros síntomas. También hay pacientes fronterizos con una inhibición marcada en su sexualidad. A veces se observa una *seudohipersexualidad*, así como *inhibiciones sexuales manifiestas*.

En este punto viene a cuento una reflexión de McDougall (1982) en la que plantea que la búsqueda del otro no se relaciona tanto con el deseo como con la necesidad, sobre la que se asientan las conductas adictivas y las organizaciones de sexualidad perversa, en las que la sexualidad se utiliza como una droga.

En estos síntomas, en los que la sexualidad aparece en un primer plano, estamos ante complejas vicisitudes defensivas y compensatorias, que son las que deberá enfrentar el analista tratando de discriminar estas particulares modalidades al servicio del encubrimiento del déficit estructural. En estos cuadros primitivos, la necesidad cabalga sobre el deseo. La oquedad del self –el “agujero negro” de Tustin (1987)– queda oculta o disimulada por la compensación defensiva. Lo que busca el paciente son objetos que le otorguen los elementos primariamente buscados (sostén, reflejo, apego, constancia, calma, etc.), teñidos muchas veces de objetos sexuales (Lerner y Nemirovsky, 1989).

5. Otros conjuntos de síntomas: *labilidad emocional, necesidades muy marcadas de dependencia, masoquismo, depresiones, conductas autodestructiva, automutilaciones*.

No olvidemos que en estos cuadros clínicos observamos alteraciones muy marcadas en la estructuración yoica, que derivan en la llamada “labilidad yoica”. Por lo tanto, podemos concluir que, en general, por detrás de los síntomas que fuimos enumerando, encontraremos como base: una inadecuada o inexistente tolerancia a la ansiedad, dificultad para controlar los impulsos y trastornos con respecto a los canales de sublimación. Insistamos, estamos hablando de dificultades que se ubican en el área yoica.

Otras características de los pacientes fronterizos

En la literatura psicoanalítica dedicada al estudio de las organizaciones fronterizas es frecuente hallar la afirmación de que estos pacientes regresionan con mucha facilidad hacia el uso del pensamiento de proceso primario, característica ésta que hace pensar muchas veces en patologías psicóticas. Se diferencian de los psicóticos porque el uso del pensamiento primario no es constante y, en líneas generales, aparece como respuesta a una situación contextual que el yo vive como traumática y no puede tramitar mediante el proceso secundario, por lo que la simbolización está ausente.

Recordemos también que los mecanismos de defensa más habituales en estos pacientes son los ligados a la escisión más que a la represión (típica de las neurosis). Otros mecanismos de defensa que podremos descubrir: la proyección (principalmente de la agresión) ocupa un lugar central; la idealización, que aparece rápidamente en una situación vincular y desaparece con la misma vertiginosa rapidez con que surgió; la negación; la omnipotencia; y por último, aunque no por ello menos importante, la desvalorización (la he encontrado con suma frecuencia en la atención de estos pacientes, y creo que parte de la necesidad de desvalorizar al objeto como una manera de equilibrar su narcisismo, de que su yo “esté por arriba” del otro).

Repasemos

¿Qué es un paciente fronterizo? ¿Un cuadro límite entre neurosis y psicosis?

Era ésta una afirmación corriente unos cuantos años atrás, que hoy todavía se suele escuchar, y que ha llevado a suponer erróneamente que es una patología ubicada en la frontera entre neurosis y psicosis. Pero aquellos psicoanalistas que han estudiado con profundidad las organizaciones *borderline* están lejos de afirmar que si un sujeto con este diagnóstico es “un poco más sano” podrá en algún momento ser un neurótico, y si es un “poco más enfermo” caerá en la psicosis. No: para estos colegas, la patología fronteriza es una organización independiente, de la cual podríamos decir que ha adquirido ciudadanía propia. Y recordemos que el diagnóstico se hará de acuerdo a la sintomatología y a las

alteraciones psicopatológicas que van a dar cuenta, justamente, de los síntomas y del tipo de modalidad transferencial/contratransferencial que se desplegará en el vínculo analítico.

Los cuadros fronterizos expresan de manera muy rica cuáles son las vicisitudes del narcisismo patológico (Hornstein, 2002) y a la vez nos ayudan a comprenderlas. Quisiera remarcar que dentro del trastorno narcisista debemos prestar especial atención a lo que para muchos autores es el talón de Aquiles de estos pacientes: la perturbación del sentimiento de identidad. Cuando nos referimos a trastornos con estas características, estamos aludiendo generalmente a patologías narcisistas. Estamos pensando en cómo se ha investido el yo de esos pacientes, en lo que ocurre con la relación yo-objeto o yo-mundo externo; nos referimos a los bordes, porosos y muy permeables, del yo. En una palabra, abordamos el territorio dominado por el narcisismo y sus alteraciones.

Por consiguiente, en estos casos nos adentramos en los interrogantes acerca de las vicisitudes del narcisismo, acerca del narcisismo trófico o poyético (el que genera estructuras), de cómo se narcisiza el self o cómo se narcisiza el yo. En los pacientes fronterizos nos encontraremos con un déficit importante en la narcisización, y podremos intuir que en su historia hubo una ausencia en el narcisismo trófico (Hornstein, 2002). Si lo pensamos en los términos de Green, son pacientes con más narcisismo de muerte que de vida.

Acerca de la técnica

Encarar la problemática narcisista que recién señalaba presupone de entrada sumergirse en las tormentas técnicas (transferenciales y contratransferenciales) que implica el tratamiento de estos pacientes.

Podemos desplegar, imaginar, construir, elaborar diversas aperturas teóricas que van a dar cuenta del entrelazamiento metapsicológico y psicopatológico de estos pacientes. Pero nuestro desafío más importante estará en la práctica.

Si reflexionamos en el análisis relatado por Margaret Little que llevó a cabo Winnicott con ella (Little, M.), veremos que el lugar donde se plantea ¿un alejamiento? del

paradigma psicoanalítico de esa época se ubica principalmente en la práctica, en la técnica. Me parece que el testimonio de Little nos enfrenta con un territorio fronterizo, en tanto el lugar habitual del paciente en asociación libre y del analista en atención flotante y en abstinencia está ausente, y se crea un campo de interacción con otras modalidades. Margaret Little dirá que en estos pacientes la sexualidad y la interpretación del conflicto psíquico que se liga a la sexualidad infantil no tiene otro destino que quedar afuera del campo, al no tener significación si el sujeto no está seguro de su existencia –cómo diría McDougall–, de su supervivencia ni de su identidad. Podemos agregar que existir, ser, es un componente de una relación. ¿Ser para quién? ¿Se existe para quién? ¿Para el amor de quién? Y aquí si podemos incluir *a posteriori* la sexualidad. ¿Desear a quién? ¿Ser deseado por quién? El analista inevitablemente tendrá que plantearse estos interrogantes.

Ante una puntualización semejante, es muy difícil que el método, la técnica, no sufran convulsiones. Little cuenta que una de las veces que Winnicott fue a la casa de ella, y mientras estaba recostada en su propio diván sollozando, él le sostuvo la mano como tantas veces había ocurrido antes en el consultorio de Winnicott (le sostenía las manos entre las de él bajo una manta), en sesiones prolongadas de más de hora y media, por el temor de que si ella se adormecía, se despertara con una reacción de ira y angustia, la de la “pequeña” Margaret.

Sigamos: ante esta descripción, tan alejada de los preceptos aceptados y practicados en el tratamiento de las neurosis, ¿podemos seguir afirmando que nada ha cambiado? ¿Es una transgresión al encuadre, o es una adecuación a las necesidades del paciente, que en el caso de los fronterizos son perentorias?

Estos pacientes hacen mucho “ruido” y los ruidos, como dije en otro trabajo (Lerner, 2001), nos llevan a cambiar las estructuras largamente custodiadas, como las del encuadre. Esto no debería implicar un alejamiento del psicoanálisis; llamémoslos, más bien, cambios dentro del campo psicoanalítico. Si no nos apartamos de lo instituido, no dejamos lugar para permitirnos ser “subversivos” de ese saber instituido, ser libres para cuestionar. Esto requiere haber realizado un estudio sistemático del psicoanálisis y desde ese lugar plantear concepciones distintas. El paciente fronterizo nos enfrenta a ello.

Estos pacientes nos fuerzan a abrir las fronteras de nuestras convicciones. Como

bien dice Horstein (2000): “El psicoanálisis de frontera avanza sobre nuevos territorios, y el psicoanálisis ‘puro’ administra y legisla sobre lo ya conquistado”.

Nos encontramos en un momento de la práctica psicoanalítica en que los pacientes (y no sólo los fronterizos) nos piden no sólo que los ayudemos a levantar sus represiones para que surja a la luz aquello que estaba sepultado. Las llamadas “nuevas patologías”, entre las que se encuentran los fronterizos, nos enfrentan con deslizamientos técnicos. Los pacientes que hoy nos consultan demandan de nosotros que seamos copartícipes con ellos de la creación de lo que nunca estuvo; nos piden que en lugar de reeditar en la transferencia, editemos.⁴ Esto plantea una exigencia a la teoría y a la técnica psicoanalítica, y nos conduce a dejar de practicar teorías para teorizar las prácticas que ejercemos (Lewkowitz, 1999). Ha llegado el momento de enfrentarnos con los cambios que se suceden para seguir siendo fieles militantes de la consigna que se desprende de las enseñanzas de Freud: no aceptar lo dado, lo establecido, como verdad única e irrefutable.

El trabajo psicoanalítico se realiza en el encuentro intersubjetivo, donde se recrea o se crea (se reedita o se edita) lo que fue conflictivo o lo que no hubo, lo que faltó. A partir de ahí se posibilita el trabajo. Lo que define al psicoanálisis es este encuentro intersubjetivo, no el encuadre. Si no hay encuentro no hay encuadre; el encuadre es una producción de los dos participantes del proceso terapéutico. Obviamente, el analista deberá brindar determinadas condiciones para que ese encuentro sea posible; estas condiciones son las que clásicamente se han designado como posibilitadoras del encuadre.

No se puede anticipar cuándo y cómo se va a generar ese encuentro; podrá darse en una sola sesión o en dos, o tres, en todas o en ninguna. Es impredecible. Esta creación del encuadre es lo que posibilitará o no el despliegue transferencial. El encuadre resulta “hecho a medida” del paciente. De no lograrse el encuadre adecuado, el despliegue transferencial se verá impedido, como sucedería si fuese “*prêt-à-porter*” o de confección masiva. Si no se genera el encuadre adecuado, no cabe esperar que se desarrolle un proceso psicoanalítico. Generar distintos encuadres no nos colocaría inevitablemente en terrenos alejados del psicoanálisis: estaríamos extendiendo sus fronteras. Los pacientes fronterizos nos impulsan

⁴ Hemos tratado el concepto de “edición” en diferentes trabajos (Lerner y Nemirovsky, 1989, 1990, 1992) y lo hemos definido como aquel mecanismo que posibilita el registro de lo no vivenciado, de lo nuevo, diferenciándolo del de “reedición transferencial”.

a conquistar nuevos territorios.

Muchos psicoanalistas piensan que sólo los neuróticos se benefician con el psicoanálisis clásico, y trazan una división tajante entre psicoanálisis y psicoterapia, afirmando que la psicoterapia ajusta el encuadre para abordar las estructuras no neuróticas. El problema es que hay un consenso bastante extendido en el mundo psicoanalítico de que junto a un funcionamiento neurótico siempre existen aspectos narcisistas y psicóticos. Por otro lado están las llamadas “patologías actuales”, que implican un desafío para nuestra práctica y también impulsan muchas veces cambio de encuadres. ¿Qué significa esto? ¿Que dejamos de practicar el psicoanálisis? ¿El solo hecho de modificar el encuadre nos aleja de las raíces y practicamos entonces alguna otra cosa?⁵

No. Winnicott con Margaret Little practicó el psicoanálisis. Fue en todo caso un precursor en extender sus fronteras.

Los pacientes fronterizos son los que nos hacen formularnos con más frecuencia la pregunta: lo que hacemos con ellos ¿no será *per via di porre*? Sucede que el terapeuta se enfrenta a un yo fragmentado y debe apuntar a un trabajo de integración (Winnicott). No se me escapa que a aquellos que siguen pensando en el proceso analítico solamente como descomposición de los elementos existentes, de las estructuras establecidas, esta postura les genera rechazo. Pero no nos engañemos y, como me gusta decir, hablemos de lo que hacemos. En el caso de la patología fronteriza, esto se convierte en un paradigma: discutamos acerca de los cambios en las intervenciones. “Las desviaciones” del método analítico de las que tanto se habla en congresos, simposios y diferentes encuentros nos ubican frente a colegas que nos hablan más del yo que del inconsciente, de la relación interpersonal o intersubjetiva más que de las actitudes silenciosas e interpretativas, de explicaciones más que de interpretaciones “profundas”.

El paciente fronterizo “no sigue las tradiciones”: como sabemos, el encuadre, en tanto metáfora del yo, resultará convulsionado. Duración y cantidad de sesiones, el modo en que se despliega el proceso, estarán frecuentemente atravesados por temporales. Justamente

⁵ A todo esto se suma, aunque resulte obvio, la idea de que el encuadre, con sus diferentes variantes, no define si determinado proceso es psicoanálisis o psicoterapia. Si afirmamos que cada individuo es único e irreplicable, el encuadre que construyamos con cada paciente será único e irreplicable, será una nueva creación. De ahí el aspecto creativo y artístico que cada proceso impone. Por otra parte desde mi posición resulta artificial la división entre psicoanálisis y psicoterapia. El psicoanálisis siempre es psicoterapéutico.

todo esto nos impone la necesidad de crear para ese paciente el encuadre que a él le resulte más confiable, pues se va a convertir en parte importante de su tratamiento –como bien nos enseñó Winnicott cuando nos habló del *holding*- y de cómo se desplegarán las necesidades del paciente mientras no repitamos experiencias que él describió como “intrusiones al self”. En situación de regresión, igual que un bebé, el paciente siempre vivirá la falta o exceso como algo traumático. Silencio profundo y prolongado o catarata de interpretaciones pueden ser vividas como traumáticas; de ahí la dificultad para “sintonizar” que muchas veces se nos presenta con estos pacientes.

Otros conceptos psicopatológicos y clínicos

Aun a riesgo de repetirnos, seguiremos describiendo qué entendemos por patología fronteriza. Ya hicimos un repaso del cuadro clínico y ahora lo volveremos a hacer, pero de un modo más informal e intercalando algunas posibles explicaciones.

Estos pacientes suelen “quejarse” de aburrimiento y de sensación de vacío. También es bastante típica en estos cuadros, como ya dijimos, la ansiedad difusa constante y sin causa aparente. Su nivel de ansiedad es tal que el terapeuta se siente colocado contratransferencialmente en una situación de impotencia, al sentir que no los puede contener. Las mudanzas de humor son muy marcadas: períodos de exaltación son seguidos por períodos de depresión. De sentirse totalmente grandioso, el sujeto pasa a sentir que su autoestima está totalmente derrumbada.

Para explicar estas características de los pacientes fronterizos, Green recurre a las vicisitudes del sujeto en relación con el objeto y a la dinámica que él ha estudiado entre la intrusión y la exclusión del objeto. Ésta es una temática importante, central en el proceso analítico: la intrusión y la exclusión, que el sujeto se sienta invadido o excluido en el vínculo con el otro. Con estos pacientes, la transferencia y contratransferencia estarán muy teñidas por esto que estamos describiendo. Al terapeuta a menudo le cuesta distinguir cuándo funciona como un objeto intrusivo y cuando funciona como un objeto distante. Ya sea que sienta una u otra cosa, podrá detonar en el paciente los cambios de humor que

señalamos o provocarle agresión, hasta ataques de furia. El terapeuta quedará impactado y pensando: “¿Qué hice yo?, estoy tratando de hacer lo mejor y sin embargo...”. Si uno revisa luego el material de sesión, probablemente descubra que lo que detonó ese estado emocional tiene que ver con algún escenario transferencial/contratransferencial que removió una situación traumática temprana.

Como ya dije, estos pacientes pueden presentar una variedad de síntomas neuróticos. Dentro de la línea fóbica: el sonrojarse (avergonzarse) al ser mirado tendría relación con la dificultad para mantener en equilibrio su autoestima (temor a la crítica) y también con la especularidad, con la mirada del otro. Dentro de los síntomas obsesivos-compulsivos, una característica que debemos remarcar es su egosintonía. No hay lucha, no se percibe el conflicto, como sucede en las neurosis. Asimismo, se suelen presentar conversiones grotescas, bizarras. Estas características hacen pensar en una patología fronteriza y no en una histeria de conversión. No son verdaderos síntomas histéricos; su mecanismo no se explica por vía de la represión, el retorno de lo reprimido y la formación de síntoma, sino por vía de la escisión y los momentáneos estados de fragmentación yoica, con el consecuente terremoto en lo concerniente a la identidad.

Podemos comprender los trastornos de la memoria que frecuentemente se observan en la clínica de estos pacientes si pensamos en la constitución yoica y en los conceptos de Piera Aulagnier y Winnicott. En principio, no siguen el mismo mecanismo que las amnesias histéricas, ya que en realidad son trastornos de la historicidad, trastornos en la construcción de la identidad. En estos pacientes hay perturbaciones en la construcción de su propia historia y, por lo tanto, en pensar su propio futuro; en última instancia, se trata de un trastorno identificatorio que produce la aparición de lagunas, de vacíos en los relatos. No pueden recordar si tal cosa pasó hoy, ayer, hace un año o cinco, o si no pasó nunca. Se les confunde la temporalidad y es lo que lleva muchas veces a una posición contratransferencial que hace que el analista intente “historizar” al paciente, aspirando a funcionar de manera vicaria como el aspecto historizante que el yo del sujeto no puede realizar. Green (1975) se acercó a estas cuestiones cuando planteó la necesidad de que en el proceso analítico con estos analizando el analista les “preste su pensamiento”.

Cuando se presentan rasgos altaneros y soberbios, deben comprenderse bajo la luz de conductas compensatorias frente al déficit de la autoestima y al trastorno de identidad. En consecuencia, estas características se van a exteriorizar frecuentemente, como una actitud compensatoria de exhibición, de cierta grandiosidad narcisista, cuando en realidad lo que están padeciendo es un déficit del narcisismo. Son pacientes que han tenido fallas en su narcisización y se muestran compensatoriamente como lo que querrían ser y no como lo que sienten que son.

La autoestima siempre es inestable. Recordemos: el sentimiento de autoestima es un logro que se alcanza si el sujeto ha sido bien narcisizado, si ha narcisizado bien su ideal del yo, su superyó. Si puede cumplir con determinadas metas que le establece el ideal del yo, y si el superyó, por decirlo de alguna manera, está de acuerdo, el yo accederá a determinadas metas y la autoestima se estabilizará. En estos pacientes, que han padecido severos trastornos en la narcisización, la autoestima es muy inestable, muy precaria, oscila de una manera muy marcada y pasan de sentirse “grandiosos” a sentirse “sin valía”.

Para comprender las actuaciones de estos pacientes en materia de sexualidad, ya mencionadas, me parece útil recordar McDougall y a Kohut. Al abordar la sexualidad en este tipo de patología narcisista, estos autores dieron una vuelta de tuerca en la comprensión de las alteraciones en esta área. Si bien ambos hablan de cierta “perversión”, nos dirán que estos individuos no son verdaderos perversos; son propensos a efectuar actos perversos, pero no por ser portadores de estructuras perversas. Nos dirán que la sexualidad (con sus actos perversos incluidos) está en función de encontrar un equilibrio en su autoestima, en la búsqueda compulsiva de un objeto que le devuelva una mirada narcisizadora.

De la misma manera entienden las compulsiones y adicciones que a veces presentan estos pacientes.

Por ejemplo: luego de un primer encuentro con un paciente de este tipo, rápidamente lo “catalogamos” de adicto, pero en el curso del proceso terapéutico se evidencia que en rigor tiene una organización *borderline*. Entonces podremos inferir que frente al vacío del cual antes hablamos, estos sujetos muchas veces recurren al abuso de sustancias estimulantes como un intento de llenarlo. Al hablar de vacío nos estamos refiriendo a vacío de pensamiento y a vacío de simbolización, que genera alteraciones en la posibilidad de

mantener una identidad estable. La adicción genera la ilusión de poseer una identidad ficticia y por momentos saca al sujeto de la angustia que sufre ante el quebrantamiento de su identidad.

Asimismo, se observa con frecuencia la dificultad para mantener y sostener proyectos. También esto se relaciona con una identidad lábil: sería la expresión de la dificultad para sostener un proyecto identificador. Rápidamente aparece el aburrimiento, la sensación de vacío, la ansiedad, que interrumpen cualquier posibilidad de prosecución de metas.

La agresión es señalada habitualmente en la clínica de estos sujetos. Son pacientes con furia. Estas características se relacionan con la labilidad yoica y con uno de sus correlatos: la dificultad para tolerar cualquier situación de frustración. Estas particularidades también se corresponden con los trastornos en el pensamiento y en la simbolización: *“No puedo suponer que lo que no está ahora va a venir en otro momento”*. La desaparición del objeto produce vacío y la emoción que lo acompaña es la furia.

Me doy cuenta de que en muchas de las descripciones que estoy haciendo está presente lo que se describe como “difusión de la identidad”. A estos sujetos les resulta muy difícil mantener la identidad mínimamente estable. Para todos los seres humanos, mantener la identidad es un trabajo psíquico importante; podríamos afirmar que la existencia se centra en mantenerla estable, a fin de sentir que uno es más o menos parecido a uno mismo a través del tiempo. Los sujetos sin perturbaciones narcisistas severas pueden lograrlo, aunque por momentos sufran cierta inestabilidad. A los pacientes fronterizos esta tarea les resulta difícil y por momentos imposible.

Piera Aulagnier se ha ocupado profundamente de todos estos temas, desde la identificación a la constitución de lo que llamamos identidad, desde los enunciados identificatorios hasta lo que denominó “proyecto identificador”. De aquí nos deslizamos a la constitución de la identidad del yo, pero el yo como poseedor de una identidad. Cuando nos referimos a un concepto como la identidad, debemos tener presente que no lo hacemos desde una concepción estática sino que pensamos en una identidad dinámica, que se va construyendo, que cambia, que no es la misma en el curso del tiempo; no hablamos de identidad como esencia sino como proceso (Rhoter de Hornstein, 2003; Vecslir, 2003).

En estos trastornos constatamos una dificultad para construir una identidad estable, para construir un yo cohesivo. El conflicto –y éstas son palabras de Green (1975)– no tendrá que ver solamente con tener o no en términos de castración o del Edipo; la problemática pasará por la necesidad de existir como sujeto a lo largo del tiempo. Green dice que estamos más en el terreno de Hamlet que en el de la tragedia edípica.

Esto último se instaló en las agendas psicoanalíticas como tema de discusión. En los años setenta irrumpió un concepto traído por la escuela del self, según el cual estas patologías eran producto de un déficit de estructuración psíquica y no derivadas de un conflicto. A esta altura de los desarrollos psicoanalíticos, me parece un sinsentido mantener esta disyuntiva; creo que resulta más productivo y enriquecedor pensar el caso como una interacción entre ambas posiciones. Es posible que, efectivamente, haya habido déficit en la estructuración yoica, pero también problemáticas ligadas a conflictos psíquicos.

¿Es la patología *borderline* la que más vemos en los consultorios?

Muchos colegas piensan que sí. Yo creo que no; si bien es muy frecuente, no es la de mayor demanda. La confusión se da porque lo que más observamos en la clínica es la patología con narcisismos convulsionados, y los cuadros fronterizos son la expresión más rica de lo que se entiende por trastorno narcisista. Cuando yo empecé a ocuparme de esta patología y a estudiarla “veía” fronterizos continuamente; pero creo que, con el correr del tiempo y después de varias lecturas, he afinado un poco la puntería y hoy estoy lejos de pensar que “todo el mundo es un *borderline*”.

Debemos ser cuidadosos en dictaminar fácilmente ese diagnóstico, por una simple razón: no es lo mismo un trastorno narcisista que una patología fronteriza (aunque ésta sea una patología del narcisismo). El pronóstico será diferente, como será diferente nuestra manera de encararlo terapéuticamente.

Como decíamos antes, la organización fronteriza de la personalidad no significa que ésta se halle en la frontera entre neurosis y psicosis, por más que históricamente así haya sido conceptualizada. De hecho hay varios trabajos (especialmente de autores

norteamericanos de las décadas de 1960 y 1970) que la ubicaban así, como una patología que pasaba de estados neuróticos a estados psicóticos. Para quienes así pensaban, la “frontera” era una línea demarcatoria y trataban de describir cómo se producía la emigración o inmigración a los diferentes territorios. Se afirmaba también que nunca los cuadros fronterizos se transformaban en cuadros psicóticos. Creo que esto último es discutible, porque si un sujeto se encuentra invadido por reiteradas situaciones traumáticas que producen profundas fragmentaciones a su yo, entrará irremediabilmente en situaciones psicóticas, con muchas alteraciones yoicas y una marcada disolución de la identidad; y obviamente, a pesar de que se ha afirmado lo contrario, en ciertos momentos perderá la prueba de realidad.

No quisiera dejar de mencionar que en la actualidad muchos autores, en especial los más ligados a la psiquiatría dinámica, afirman que los pacientes fronterizos *atenúan* su cuadro sintomatológico con el transcurrir del tiempo (independientemente del enfoque terapéutico con el que hayan sido tratados): no hablan de cura sino de atenuación.

Ahora bien, cuando hablamos de una frontera, ¿qué queremos decir? En general, hay consenso en ubicar la problemática del fronterizo especialmente en el yo. En términos metapsicológicos podríamos afirmar que está fuertemente alterado todo lo que es comunicación entre inconsciente y preconscious, pero en términos yoicos la alteración se ubica entre el yo y el objeto. Podemos concluir que la frontera entre el yo y el objeto es muy porosa, difusa. En este sentido resulta correcto hablar de frontera, porque la frontera entre el yo y el mundo interno, y entre el yo y la realidad, es porosa, muy permeable, poco firme.

Hay dos autores, de escuelas totalmente diferentes, que cuando se ocupan de pacientes muy regresivos y con patologías graves se refieren a algo similar a esta porosidad del yo. Uno es Didier Anzieu (1974), quien habló del yo piel, como un yo que contiene y que marca una frontera entre el adentro y el afuera, y describió las consecuencias que devienen cuando esto no ocurre –por ejemplo, en los pacientes fronterizos–. El otro es Donald Meltzer (1975), quien juntamente con E. Bick describió el concepto de “identificación adhesiva”, considerándola previa a la identificación proyectiva. Y en este estadio del desarrollo Meltzer ubica el origen de las patologías fronterizas. Nos dirá que estos pacientes se parecen a un “colador”, en el sentido de que “uno pone cosas y se van

escurriendo”, como si no hubiese nada que las contuviera. La consecuencia es el “desparramo psíquico”, con su correlato sintomático de sentimientos de fragmentación y alteraciones en la unidad psiquesoma, como diría Winnicott. Nuevamente surge la metáfora de la porosidad.

Siguiendo con Winnicott, podemos jugar con la idea de que una frontera alude a un territorio que, si bien puede estar custodiado, no pertenece claramente a ninguno de los países contiguos. No está en el terreno de la “locura” ni tampoco en el de la neurosis. Podría definirse la frontera como una zona de miedo, de temor, lo que Winnicott denominó el “temor al derrumbe” (Winnicott, 1963), lo que implica un conjunto de defensas contra “agonías” que anteceden al “estar loco”.⁶

Acerca de las agonías⁷ y los traumas

⁶ A esta altura se impone citar textualmente a Winnicott (1963): “He empleado deliberadamente el término ‘derrumbe’ [breakdown] porque es bastante vago y puede significar varias cosas. En general, dentro de este contexto puede entenderse como una falla de la organización de las defensas. Pero de inmediato nos preguntamos: ¿defensas contra qué? Y esto nos lleva a un significado más profundo del término, ya que necesitamos emplear la palabra ‘derrumbe’ para describir ese estado de cosas impensable que está por debajo de la organización de las defensas. Se advertirá que si bien es útil pensar que en el ámbito de las psiconeurosis lo que subyace en las defensas es la angustia de castración, en el ámbito de los fenómenos más psicóticos que estamos examinando lo que se aprecia es un derrumbe del establecimiento del self unitario. El yo organiza defensas contra el derrumbe de la organización yoica, que es la amenazada, pero nada puede organizarse contra la falla ambiental, en tanto y en cuanto la dependencia es un hecho viviente. En otras palabras, lo que estamos examinando es una inversión del proceso de maduración del individuo. Esto me exige reformular brevemente las primeras etapas del crecimiento emocional”.

⁷ Acerca de las agonías, Winnicott (1963) nos dirá: “A partir de este esquema es posible enumerar las agonías primitivas (la palabra ‘angustia’ no es suficientemente intensa en este caso). He aquí algunas:

1. Retorno a un estado de no-integración. (Defensa: desintegración.)
 2. Caer para siempre. (Defensa: autosostén.)
 3. Pérdida de la relación psicósomática, falla de residencia. (Defensa: despersonalización.)
 4. Pérdida del sentido de lo real. (Defensa: explotación del narcisismo primario, etc.)
 5. Pérdida de la capacidad para relacionarse con los objetos. (Defensa: estados autistas, relación exclusiva con los fenómenos del self).
- Y así sucesivamente”.

“En los llamados casos fronterizos tiene que descubrirse no sólo la angustia insoportable sino además el efectivo derrumbe clínico de la infancia, la extensión indebida de la omnipotencia, la aniquilación que instauró la herida narcisista”.

El temor que inunda la vida de los pacientes fronterizos es frente a un acontecimiento que está por ocurrir, que retorne esa experiencia subjetiva temprana, esas agonías primitivas que ya vivió y que no ha podido integrar a su subjetividad. Estamos en el terreno de los traumas precoces. El sujeto no pudo nunca incluir esa experiencia en el presente del yo ni simbolizarla, de modo que intenta por todos los medios aislarse de esas experiencias agónicas tempranas para sobrevivir. Insistentemente tratará de evitar su reactualización.

No obstante, aunque no hayan entrado en el mundo simbólico –he ahí la paradoja–, estas experiencias han dejado sus marcas; aunque no hayan sido objeto de representación, no por ello desaparecen del psiquismo. Seguirán pugnando repetitivamente hasta poder inscribirse en este último. Esta repetición se presentará como una “coerción hacia la simbolización” (Rousillon, 2000) que se manifestará en la sintomatología del paciente. A este tipo de compulsión a la repetición Rousillon (1995) lo ha denominado “retorno de lo escindido”: lo que retorna no es lo reprimido sino lo escindido, o bien, si retomamos lo que señalé más arriba, retorna una modalidad de funcionamiento que busca editar lo no editado, representar lo no representado, simbolizar lo no simbolizado.

Al referirse al temor al derrumbe, Winnicott también consideró que en este tipo de pacientes se patentiza una “necesidad de estar loco” como un modo de que el yo viva en el presente una experiencia de locura temprana, o, como decíamos antes, de agonía, una agonía que no pudo ser integrada en esos momentos. Las defensas narcisistas que observamos en los pacientes fronterizos son organizaciones creadas contra la locura o, en todo caso, contra esas agonías tempranas de “locura” que no pudieron ser tramitadas; se espera que ese “estado de locura” –que subyace a la organización defensiva– pueda ser experimentado e integrado en el proceso terapéutico y (esto era importante para Winnicott) gracias a la presencia del terapeuta. Cabe destacar que lo que diferencia la experiencia traumática primitiva y su reedición y retorno en el proceso terapéutico radica en el acompañamiento y la calidad de la presencia del analista. Como dice Rousillon (2005), la ausencia de “comunidad afectiva” y de acompañamiento del objeto primario será un elemento decisivo en el fracaso de la integración, y su expresión clínica se aprecia muy claramente en los pacientes fronterizos.

Las “agonías” de estos pacientes tienen dos dimensiones: una es la que se relaciona con el elemento traumático mismo, sumado al desamparo y al fracaso del entorno con relación a la posibilidad de asistir al paciente para que pueda reintegrar el trauma y su yo tome el comando. La otra dimensión es el trauma relacionado con el devenir del mundo pulsional y, como señala Rousillon (2005), “concierno a la integración pulsional normal y a su ‘locura’ propia, a su goce específico. Aquí la intrusión del entorno atañe al hecho de que no permite soltar la pulsionalidad primitiva, obliga a moderarla demasiado precozmente”.

Freud planteó la necesidad de moderar los impulsos pulsionales. Winnicott agregó a ello que la moderación debe producirse en un momento más tardío del desarrollo de un individuo, asentada sobre una base de desmesura primitiva de las mociones pulsionales, y que deberá ser función del entorno precoz contener (*holding*) los impulsos primitivos, el desenfreno de la “locura pasional”. Mientras el bebé se encuentra sumergido en dicha desmesura pulsional, la “preocupación maternal primaria” encauzará esta “locura”, que lo llevará incluso a alucinar.

En los pacientes fronterizos comprobamos que estas “locuras” determinan momentos transferenciales con un tinte delirante (M. Little). Citemos nuevamente a Rousillon (2005): “Estamos tentados de interpretar los momentos de pérdida de límites como un efecto del proceso primario, de la realización alucinatoria de deseos, del mantenimiento de procesos primitivos que expresan las formas primeras del principio de placer, las formas de ‘todo o nada’. Sobre este fondo, estamos tentados de hacer jugar las formas de la amenaza de castración, tratar de ayudar a que se organicen las formas de señal de la angustia. Este trabajo es necesario e inevitable. Representa el punto hasta el que puede conducirnos el análisis freudiano. Winnicott nos invita a dar un paso más y a considerar que la pérdida y luego el rechazo de los límites, subyacente en los estados de locura y de angustia pánica, debe ser referido también al fracaso de ciertas experiencias precoces y a la falla del entorno en acompañarlas”.

Para que esos fracasos puedan ser tramitados, deberemos apostar a la construcción de un encuadre y establecer una escucha que permita acompañar el despliegue de esas “locuras”, de manera tal que puedan ser representadas o editadas en el proceso analítico singular que se dará con ese paciente. Las “locuras” no implican invariablemente psicosis o

patología fronteriza, aunque muchas veces terminen en ellas. Debemos entenderlo como algo inherente a lo humano. También Green nos habló de “las locuras privadas”, y, en una dirección similar, algo de esto señaló McDougall (1982) en su *Alegato por cierta anormalidad*. Estas locuras devendrán o no cuadros psicopatológicos severos según que el contexto o las relaciones tempranas contuvieran o no esos momentos iniciales, según que éstos se volvieran o no traumáticos o que se ejerciera o no sobre esos niños “violencias” (Aulagnier) que dificultaron su proceso de subjetivación.

Si algunos sujetos no contaron en los primeros momentos de su desarrollo con un contexto que les permitiera tramitar su “locura”, aun quedan otras ocasiones, como la adolescencia, las relaciones amistosas o amorosas, para posibilitarlo. Al psicoanálisis debemos incluirlo entre estas “segundas oportunidades”.

BIBLIOGRAFIA

- Anzieu, D. (1974): “Le moi-peau”, *Nouveau Revue de Psychanalyse*, Vol. 9.
- Aulagnier, P. (1975): *La violencia de la interpretación*, Amorrortu, Buenos Aires, 1977.
- (1985): “Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia”, en L. Hornstein y otros, *Cuerpo, historia, interpretación. P. Aulagnier: de lo originario al proyecto identificador*, Paidós, Buenos Aires, 1991.
- DSM-IV- *Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*(1995) Masson, S.A. Barcelona.
- Freud, S. (1914): “Introducción del narcisismo”, *Obras completas*, vol. XIV, Amorrortu, Buenos Aires, 1979.
- Gabbard, G. (2000): *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice*, American Psychiatric Publishing, Washington.
- (2002): *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*, Editorial Médica Panamericana, Buenos Aires.
- Green, A. (1975): “El analista, la simbolización y la ausencia en el encuadre analítico”, *Revista de Psicoanálisis*, Vol. 22, No. 1.
- (1986): *Narcisismo de vida y narcisismo de muerte*, compilación de artículos del período 1969-1982, Amorrortu, Buenos Aires.
- (2000): “Génesis y situación de los estados límites”, en J. André (ed.), *Los estados fronterizos*, Ediciones Nueva Visión, Buenos Aires, págs. 31-32.
- Grinker, R. y col. (1968): *The Borderline Syndrome*, Nueva York, Basic Books.
- Guala, S. (2004) “Aspectos neurobiológicos y clínicos en el tratamiento del paciente fronterizo o borderline”, en *Psicofarmacología Psicodinámica IV*, J. Moizeszowicz Editor, Buenos Aires.
- Gunderson, J. (1984): *Borderline personality disorders*, American Psychiatric Press, Washington.
- Hornstein, L. (2002): *Narcisismo: autoestima, identidad y alteridad*, Paidós, Buenos Aires.
- (2003): *Intersubjetividad y clínica*, Paidós, Buenos Aires.

- smKernberg, O. (1975): *Borderline Conditions and Pathological Narcissism*, Jason Aronson, Nueva York.
- Kohut, H. (1977): *La restauración del sí mismo*, Paidós, Buenos Aires, 1980.
- Lerner, H (1998): “Afectos, afecciones, afectaciones”, *Psicoanálisis*, Vol. XX, No. 3.
- (2001): “¿Oro cobreado o cobre dorado? Reflexiones acerca de la frontera entre psicoanálisis y psicoterapia”, *Actualidad Psicológica*, Año XVI, No. 287.
- (2002): “Psicoanálisis, crisis y subjetividad”, Actas del 4° Congreso Argentino de Psicoanálisis, Rosario.
- (2003): “¿Técnicas o rituales?”, en H. Lerner (comp.), *Psicoanálisis: cambios y permanencias*, Libros del Zorzal, Buenos Aires.
- (2006): “Adolescencia, trauma, identidad”, en M.C. Rother de Hornstein (comp.), *Adolescencias: trayectorias turbulentas*, Paidós, Buenos Aires.
- Lerner, H. y Nemirovsky, C. (1989): “Personalidad borderline: déficit estructural y problemas clínicos”, XI Simposio y Congreso Interno, Apdeba, Buenos Aires.
- (1990): “La estructuración del self como cambio psíquico”, XII Simposio y Congreso Interno, Apdeba, Buenos Aires.
- (1992) “La clínica del déficit. Relación con su origen traumático”, XIV Simposio y Congreso Interno, Apdeba, Buenos Aires.
- Lewkowicz, I., (1999): Comunicación personal.
- Little, M. (1981) *Transference Neurosis & Transference Psychosis*, Jason Aronson, Inc. Nueva York.
- (1990): *Relato de Mi análisis con Winnicott*, Lugar Editorial, Buenos Aires, 1995.
- Meltzer, D. (1975): “Adhesive identification”, *Contemporary Psycho-Analysis*, Vol. 2.
- McDougall, J. (1982): *Alegato por cierta anormalidad*, Editorial Petrel, Barcelona.
- (1987): *Teatros de la mente*, Tecni-Publicaciones, Madrid.
- McGlashan, T.H. (1986): “The Chestnut Lodge Follow-up Study, III: Long Term Outcome of Borderline Personalities”, *Arch Gen Psychiatry*, Vol. 43, págs.20-30.
- Plakun, E., Burkhard, P. y Muller, J. (1985): “14-year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders”, *Compr Psychiatry*, Vol. 26, págs. 448-55.

- Rother de Hornstein, M.C.(2003): “Identidad y devenir subjetivo”, en H. Lerner (comp.), *Psicoanálisis: cambio y permanencias*”, Libros del Zorzal, Buenos Aires.
- Rousillon, R. (1991): *Paradojas y situaciones fronterizas*, Amorrortu, Buenos Aires, 1995.
- (2005): “Winnicott y la ‘necesidad’ de la locura”, en su *Winnicott insólito*, Nueva Visión, Buenos Aires.
- Schmideberg, M. (1947): “The Treatment of Psychopaths and Borderline Patients”, *Amer. J. Psychother.*, Vol. 1.
- Stern (1938): Forum de discussion, “Mise à jour du syndrome : de 1938 à 1977 – terminologie ‘borderline’ employée pour la première fois par les psychanalystes”, www.zombie.lautre.net/messag
- Sternbach, S. (2006): “Organizaciones fronterizas y tramas intersubjetivas”. Cap. De este libro.
- Stone, M., Stone, D. y Hurt, S. (1987): “Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization”, *Psychiatr Clin North Am*, Vol. 10, págs. 185-206.
- Tustin, F. (1987): *Barreras autistas en pacientes neuróticos*, Amorrortu, Buenos Aires.
- Vecslir, M. (2003): “La actualidad del psicoanálisis. Interrogantes sobre el lugar y la función del analista en la práctica actual”, en H. Lerner (comp.), *Psicoanálisis: cambio y permanencias*”, Libros del Zorzal, Buenos Aires.
- Winnicott, D. (1955): “Metapsychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytical set-up”, *J. Psycho-Anal.*, Vol. 36.
- (1972): *Playing and Reality*, Tavistock Publications, Londres.
- (1963): “El miedo al derrumbe”, en *Exploraciones psicoanalíticas I*, Paidós, Buenos Aires, 1991, págs. 111-121.