

- WINNICOTT, D. (1955) "Metapsychological and Clinical Aspects of Regression within the Psycho-analytical set-up". *J. Psycho-Anal.* vol. 36.
- (1972) *Playing and Reality*. Londres, Tavistock Publications.
- (1963) "El miedo al derrumbe". En: *Exploraciones psicoanalíticas I*. Buenos Aires, Paidós, 1991, págs. 111-121.

CAPÍTULO 2

Las fronteras de la clínica

Mercedes Vecsliir

Acerca del diagnóstico

El intento por clasificar las diferentes y singulares formas de expresión del sufrimiento psíquico es inevitablemente dificultoso. El diagnóstico es una construcción teórica que mientras permite orientar la organización de una estrategia terapéutica para el paciente también ayuda a sostener la inquietud que despierta en el analista la complejidad, engimática la más de las veces, del padecer humano.

En la enfermedad mental se entrecruzan factores constitucionales, psicológicos y sociales. Los diagnósticos son compuestos de categorías clasificables que permiten hacer diferencias entre los diversos cuadros clínicos. Son instrumentos indispensables y valiosos que al mismo tiempo que ayudan a organizar distintos abordajes terapéuticos, tienen su riesgo: ubicar al sujeto en un cuadro y encontrar en él las conductas sintomáticas previstas en las descripciones del mismo, apegándose a las entidades en detrimento de la clínica concreta de cada caso.

Los diagnósticos son clasificaciones y las clasificaciones puras sólo existen en las teorías. Cuando nos encontramos con un paciente cuyos síntomas responden muy puntualmente a un cuadro psicopatológico pensamos que ¡es un paciente de libro! Diagnosticar es hacer una serie de hipótesis abiertas, porque el diagnóstico se corrobora después y debería pensarse en el interior de un proceso en construcción, tanto como lo está el sujeto mismo, si las cosas andan más o menos bien. De enorme valor como orientador, el diagnóstico siempre es presuntivo, nunca definitivo.

Se trata entonces de poder manejar ciertas categorías de rasgos que guíen nuestras primeras aproximaciones e intervenciones, sabiendo que ningún sujeto las va a encarnar en su totalidad. Conserva su valor

como orientador de la estrategia terapéutica mientras no provoque un forzamiento de la clínica. Es estar dispuestos a verificar, refutar o corregir nuestras hipótesis preliminares. Como siempre, la clínica manda.

Históricamente existió cierta oposición entre el punto de vista psiquiátrico centrado en criterios nosográficos que establecen categorías diferenciables y el punto de vista psicoanalítico, menos preocupado por las clasificaciones y más centrado en la comprensión de la organización y el modo de funcionamiento psíquico. Las distintas corrientes psiquiátricas y psicoanalíticas tienden a entender el fenómeno psicopatológico desde sus propios esquemas conceptuales y desde allí cada cual sigue sus propios criterios diagnósticos y abordajes terapéuticos. En el pasaje de la descripción de los síntomas a la comprensión de la organización psíquica, el psicoanálisis toma como base la metapsicología freudiana y guía su práctica clínica desde allí. Pero tanto en la psiquiatría como en el psicoanálisis, por fuera de los dos grandes grupos que conforman las neurosis y las psicosis, las clasificaciones psicopatológicas se prestan a discusiones, revisiones y cambios. Mejor así.

Después de cierto encierro que ha caracterizado a las instituciones psicoanalíticas, desde donde no estaba "muy bien visto" hacer diagnósticos emparentados con la psiquiatría, actualmente hay un intento por seguir avanzando en el intercambio y la articulación entre distintas perspectivas, para poder disponer de todos los recursos actuales que contribuyan a pensar en diferentes y mejores abordajes terapéuticos colaborativos.

En el tema que nos ocupa, las patologías de borde, es de particular importancia dar lugar al intercambio intra e interdisciplinario, especialmente la articulación entre medicina, psiquiatría y psicoanálisis, para dar lugar a reflexiones que interroguen tanto a los abordajes nosológicos como a los abordajes exclusivamente fundados en los puntos de vista metapsicológicos.

El primer modelo freudiano de clasificación diagnóstica pone el acento en las relaciones de oposición y articulación entre la neurosis y la perversión. Con la introducción del concepto de narcisismo y a partir de la segunda tópica, la clasificación incluye las diferencias con la psicosis. Pero los pacientes fronterizos no han podido ser ubicados en la clásica división hecha entre neurosis, perversión y psicosis. Esta clasificación no permite ubicar las manifestaciones sintomáticas de las organizaciones fronterizas: se presentan "más sanos que" un psicótico, pero "más

enfermos que" un neurótico, con componentes perversos, manejos psicóticos y también trastornos antisociales.

Ubicada inicialmente en la ancha franja que divide el terreno de la neurosis del terreno de la psicosis, la patología de borde presenta un polimorfismo sintomático que la emparenta con uno y otro lugar, pero que sin embargo por sus características clínicas no pertenece netamente ni a un espacio ni al otro y por lo tanto merece ser entendida en su particular especificidad. Para poder comprender a estos pacientes se hace necesario complejizar estas estructuras clásicas con nuevas categorías diagnósticas.

Son los raros, los locos, los inclasificables, que ponen en cuestión la posibilidad de hacer divisiones claras entre los distintos cuadros y que al resistirse a abordajes clínicos clásicos interrogan permanentemente al método psicoanalítico. Si bien presentan una sintomatología de características heterogéneas, con manifestaciones propias de otras entidades clínicas, arman complejos sintomáticos particulares como efecto de una organización psíquica específica. Lo que aparecía como una patología difusa e intratable, difícil de identificar, ya hace tiempo que diversos autores le han dado entidad propia.

Son nuevas formas de expresión del padecimiento humano con efectos sintomáticos que se presentan de manera prevalente en las últimas décadas, que hacen pensar en una organización subjetiva particular y nos invitan al desafío de un abordaje clínico también particular. Una manera de padecer y de enfermar, cuyos síntomas pueden ser pensados como formas de respuesta a los efectos del malestar cultural actual.

J-F. Allilaire, en *Los estados límite* (1985) se refiere, desde la psiquiatría, a la importancia del uso del término organización para referirse en particular a la patología de borde:

"Subrayemos que el término organización límite es de un enorme interés en la medida en que insiste sobre un conjunto de rasgos que conviene ubicar clínicamente, pero que no son necesariamente excluyentes de otros rasgos asociados. Estos indicarían una intrincación con otros sistemas psicopatológicos que intervienen en otros sectores de la personalidad del paciente y son susceptibles de ser puestos en evidencia en situaciones diferentes. Es mediante un procedimiento de extensión, a la vez simplificador y clasificador, que la nosología califica abusivamente al conjunto de la personalidad, a partir de un número restringido de rasgos que sin embargo no podrían en ningún caso resumir el conjunto de las virtualidades mentales y comportamientos del paciente."

Al destacar el interés por el uso del término "organización límite" este autor no solo advierte sobre la simplificación que implicaría pensar en términos de clasificaciones excluyentes de otros rasgos pertenecientes a otros sistemas psicopatológicos sino que también propone pensar en términos de configuraciones psíquicas abiertas a trabajos de reorganización, que remiten a la posibilidad de transformación del sujeto:

"Es en la medida en que la noción de estado límite se aplica a una categoría de pacientes que siempre han constituido un desafío a los sistemas de clasificación nosológica, que la terminología "organización límite" tiene un interés para evitar las trampas de la noción de estructura, con todo lo que ésta implica de reductor (dos estructuras no podrían coexistir en un mismo individuo), pero también de desconocimiento de las capacidades de transformación y de cambio en profundidad en un paciente."

Estas consideraciones me parecen particularmente importantes al pensar la configuración sintomática del paciente fronterizo y creo que es posible extender esta posición a cualquier diagnóstico psicopatológico teniendo en cuenta que la idea no es despojar de sentido a las clasificaciones diagnósticas, sino tratar de evitar que obturen la posibilidad de pensar en un sujeto en particular, en un particular momento de su vida y frente a un acontecimiento particular.

Cuadros más graves de comienzo responden con un grado de transformación inesperado y a la inversa cuadros neuróticos aparentemente más simples cuyos síntomas parecen fáciles de comprender, poseen un grado de fijezza difícil de movilizar, cuya modificación puede tomar muchos años, o dar sorpresas inesperadas en cuanto a una gravedad no sospechada de inicio.

Hay neurosis que se descompensan por hechos que enloquecen. También hay potencialidades psicóticas que no se desencadenan nunca. También hay psicosis que se desencadenan y logran compensarse de por vida. También hay relaciones afectivas que sostienen en una locura insospechada que aparece cuando éstas se rompen. Y también hay relaciones enloquecedoras que cuando terminan dejan al sujeto respirando aires más sanos...

El diagnóstico tiende a homogeneizar, a ubicar al paciente en una serie, la escucha psicoanalítica tiene que estar abierta a singularizar. Sin perder de vista que cada entidad clínica presenta la lógica de funcionamiento que le es posible, que exige un determinado abordaje clínico,

que construye transferencias diferentes y que demanda por una posición particular del analista. Hacer un diagnóstico es proponer una serie de hipótesis siempre abiertas porque la vida es un proceso que transcurre y porque la complejidad del sujeto no permite la mayoría de las veces divisiones tan claras. No hay tipos puros (McDougall, 1978).

La mayoría de los autores psicoanalíticos coinciden en ubicar a las organizaciones fronterizas dentro de las patologías del narcisismo: sujetos que han padecido traumas psíquicos precoces que dejaron fijaciones narcisistas tempranas. Son pacientes que de los avatares de su construcción subjetiva han quedado fallas primarias de narcisización, que se instalan en su constitución psíquica por exceso o por déficit de lo que hubieran necesitado de sus objetos primarios para el desarrollo de su subjetividad. Falta en estos pacientes un cierto nivel mínimo de seguridad acerca del sentimiento de sí, como si no hubiera podido instalarse una matriz básica de identificaciones positivas que les actúe como sosten y los proteja de la desorganización. Detrás de los síntomas y las defensas a las que el paciente puede recurrir, lo que está latente es un temor básico a la fragmentación del yo.

La patología de borde presenta un yo de constitución frágil, con tendencia a la descompensación, efecto de una estructura narcisista complicada y una organización edípica borrosa y pone muy en evidencia las perturbaciones clínicas del yo: la falta de seguridad básica sobre su propia existencia, su autoestima, su identidad, su permanencia y su proyecto.

Pero estas perturbaciones también pueden presentarse en las organizaciones neuróticas, en momentos en los que el yo se desorganiza avallado por los acontecimientos de la realidad, por la fuerza de las pulsiones, o por la presión del superyó.

Durante las entrevistas preliminares que dan lugar a indagar si conviene o no proponer un análisis y permiten ver cómo el sujeto y su padecimiento responden al dispositivo analítico, cuando atendemos a un paciente fronterizo sus respuestas a las condiciones propuestas por el dispositivo se convierten en un recurso de diagnóstico.

Los pacientes fronterizos son pacientes muy difíciles de "encontrar". Por un lado, difíciles de clasificar, de diagnosticar, y por otro lado, no responden al encuadre psicoanalítico clásico. El analista se encuentra en la necesidad de hacer procedimientos fuera de lo común para la clínica clásica, pensada para el tratamiento del paciente neurótico. Lo cual nos convoca a pensar cómo queda commovido el encuadre clásico, para que

signa permitiendo la aplicación del método psicoanalítico en el tratamiento de estos pacientes.

Las lógicas del funcionamiento fronterizo

Presentación clínica

Tomaré como referencia el tratamiento de una paciente a la que atendí durante muchos años, por periodos que eran interrumpidos siempre por decisión de la paciente. Algunas veces con fuertes reproches hacia la inutilidad del psicoanálisis porque no servía para ayudarla en su padecimiento. Otras veces, cuando se sentía mejor, le pesaba venir porque no le encontraba demasiado sentido al tratamiento.

Se irritaba conmigo cuando la invitaba a pensar de qué manera ella estaba involucrada en las cosas que le pasaban, lo sentía como un daño a su autoestima. Otras veces se enojaba cuando yo permanecía más callada de lo que ella hubiera esperado y también se resentía cuando había que dar por terminada la sesión. Sus enojos eran diversos, fuertes y repetidos, pero a la sesión siguiente volvía las más de las veces sin recordar porque se había enojado o habiéndole quitado la carga afectiva a la situación.

Cuando yo no lograba que sus resistencias y su transferencia negativa fueran procesadas en el interior del tratamiento y no podía más que aceptar su decisión de interrumpir, mi propósito giraba alrededor de un único objetivo: la suficiente preservación de la relación conmigo que le permitiera volver a llamarme cuando lo necesitara. Ella podía irse, yo seguía estando.

Para mi tranquilidad, y mi asombro, el vínculo siempre se mantenía. Se iba diciendo "no es por vos, es que esto no va conmigo", argumento que me hacía pensar en su necesidad de conservar nuestra relación. Disociaba mi persona real del lugar de analista, del tratamiento y de su conducción.

Respondía en general a mi pedido de llamarme cada tanto para contarme en qué andaba. Si ella no lo hacía, la llamaba yo. Pasado el tiempo, retomábamos su terapia. Algunas veces por decisión propia, otras veces a pedido de su madre y otras veces después de alguna invitación mía a pasar por el consultorio y contarme cómo estaba.

Me interesa reflexionar sobre la particularidad del campo analítico que se constituye con estos pacientes a partir del modo de funcionamiento que despliegan en el interior del proceso analítico, de la posición

que le es demandada al analista y a la que de algún modo tiene que responder, y por lo tanto de las características particulares que toman los movimientos transferenciales y contratransferenciales. La presencia de un campo sumamente complejo y con riesgo permanente para el devenir terapéutico me lleva a desplegar interrogantes sobre la particularidad del entramado intersubjetivo que se constituye entre paciente y analista, que nos ayuden a pensar en nuevas y mejores formas de conducción del proceso.

La paciente me consulta alrededor de sus 30 años. Hacía muchos meses le había dado mi teléfono el médico clínico que la atendía en ese momento, pero me llama después de verme en un evento particular al que por casualidad concurrimos las dos y al escuchar mi nombre puede identificarla. Me estuvo observando y le gustó porque vio en mí "algo" que le hizo suponer alguna capacidad para poder entender su manera de ser y las complicaciones particulares de su vida, por las que sufría intensamente. Había hecho otros tratamientos psicoanalíticos de los cuales tenía la impresión de haber sido analizada desde lo que ella pensaba como "pre-conceptos que podían ser correctos pero en los que no encajaba."

Al mismo tiempo creía que no era culpa de los analistas a los que había consultado, más bien le parecía que el psicoanálisis no era para ella o que era ella quien no tenía solución. No tenía mucha esperanza tampoco en ese tratamiento, pero lo cierto es que hacía tiempo que estaba angustiada y no se le pasaba. No paraba de llorar desde que se había terminado una relación con un muchacho con el que había estado durante unos cuantos meses, quien había querido separarse súbita y sorpresivamente. Había tenido dos relaciones anteriores a ésta que habían terminado también de manera enigmática y con una sensación de particular extrañeza porque quien le resultaba familiar y a quien ella creía conocer, se le convertía en un extraño. Tenía un interrogante levantado sobre esa repetición.

En un tiempo anterior a estas relaciones había tenido un periodo que describía como "muy loco y drogón" (cocaína, ácido lisérgico, éxtasis) que, sabido por la ingesta de marihuana que fumaba diariamente y no tenía intenciones de dejar, creía que había quedado atrás.

Por las noches la angustia no le permitía conciliar el sueño, a menos que tomara un ansiolítico. De madrugada se despertaba con una intensa sensación de soledad y de miedo a morir. Una tendencia a la depresión se manifestaba en periodos de falta de deseo, a los que sucedían otros en los cuales estaba más estimulada y conectada con el afuera y con los otros.

Tenía periodos en los que podía concentrarse con mucho interés en su trabajo, tarea que podía desarrollar con mucha eficiencia dado que estaba

muy bien preparada para lo que hacía y además era sumamente inteligente. Había hecho una carrera universitaria que había completado con estudios de pos-grado. Sin embargo no podía aprovechar el capital propio que en este sentido poseía, ni podía instalarse con cierta estabilidad y seguridad en su trabajo.

Una tendencia permanente a la irritabilidad culminaba en accesos de rabia y peleas frecuentes que se desencadenaban fundamentalmente con las relaciones afectivas más cercanas, después de lo cual sufría muy intensamente. Llantos incontrolables, noches de insomnio en las que no podía parar los pensamientos. En medio de una demanda al otro de respuesta impecable en razón de lo que ella esperaba recibir, desplegaba un juego de identificaciones proyectivas que le impedía reconocer al otro como un ser distinto y con deseos propios. Tenía una forma de acercamiento pasional. O todo o nada. Las diferencias eran sentidas como un ataque a su propia persona. Después de los desengaños amorosos que me había relatado, por largo tiempo no tuvo más que encuentros livianos y esporádicos.

Sin embargo, también podía sostener relaciones de amistad a lo largo del tiempo, amigos a los que quería y por quienes se sentía querida, de quienes se ocupaba y mostraba una capacidad de cuidado que muchas veces me sorprendía. Coexistían ataques destructivos junto con circuitos eróticos que le permitían tener un entramado afectivo de sostén. Un juego pulsional de vida y de muerte, que la llevaba a investir y desinvertir casi con la misma intensidad. Los ataques destructivos eran con los objetos más queridos y más próximos, aquellos con los cuales el miedo a perderlos y a quedar desamparada o el miedo a tener que someterse, se le hacía más evidente.

Los síntomas en el cuerpo tenían presencia casi permanentemente: fiebres, mareos, náuseas, debilidad general, dolores musculares diversos. Era su manera de sentirlo. El diagnóstico médico de sus padecimientos siempre era confuso y difícil, en razón del polimorfismo de su presentación y también de la dificultosa relación que se establecía con los médicos, situación que la llevaba a interrumpir el vínculo y por lo tanto a impedir el seguimiento de sus diversos padecimientos a lo largo del tiempo. Tuvo también otras enfermedades más importantes, que siempre tardaban más de lo común en remitir, cosa que dejaba a los médicos un poco perplejos, con el agravante que la medicación que tenía que tomar para curarse generalmente le traía una serie de trastornos secundarios que la dejaban invalidada en cama por varios días. Tampoco ayudaban la angustia y la rabia que le provocaba el hecho de que otra vez hubiera enfermado.

El intento de tratar los síntomas como conversiones y pedirle asociaciones no solía conducirnos a ningún lado: "yo qué sé... decíme vos... para

qué vengo aquí...". Las diversas manifestaciones somáticas que padecía parecían ser testimonio de la falta de elaboración psíquica de movimientos pulsionales que descargaban directamente en el cuerpo. Era difícil tratar algo del deso inconsciente que pudiera ser interpretado, como si en esas ocasiones éste nunca hubiera alcanzado a configurarse. Quizá, justamente, porque no había habido un camino simbólico armado que pudiera ser investigado. Si yo insistía en relacionar los síntomas con algunos hechos que le pudieran estar pasando ella me respondía: "no me digas que esto lo provoco yo, entonces encima estoy loca...".

Trataba a su cuerpo como si fuera ajeno y a ella como su víctima. Durante mucho tiempo el trabajo apuntó a que pudiera sentirlo propio aunque tuviera que padecerlo, que disminuyera la rabia y la desesperanza que estos trastornos somáticos le provocaban, que no había otra posibilidad que entender y atender al cuerpo.

Tenía un vínculo particular con la comida. Por épocas el placer de comer era reemplazado por la obligación de ingerir comida sólo para sobrevivir. Tenía la impresión que repetía en la relación con su cuerpo lo que pudo haber sido el vínculo con su madre. Mujer que estaba en medio de fuertes padecimientos propios, no habría podido conducir las llamadas de este bebé a demandas con sentido y con posibilidad de ser satisfechas. ¿Adónde había quedado el placer?

El relato de los padecimientos de esta paciente me permite partir de un lugar particular para hacer algunas reflexiones teóricas sobre la presentación clínica del paciente fronterizo. Soy consciente de la escasez y parcialidad de la presentación (sólo se escucha mi relato y está ausente el discurso del paciente) porque no es mi intención presentar un historial para trabajarlo como material clínico, ni tampoco utilizarlo como confirmación teórica. Tomo este material como referencia.

Las entrevistas preliminares me dejaron muchos interrogantes abiertos. A medida que se fue instalando la transferencia y empezó a desplegarse el proceso terapéutico fueron apareciendo con más claridad algunos rasgos patológicos de las organizaciones fronterizas y el campo terapéutico tomó su forma particular en función de la intensidad y calidad de los afectos que se iban desplegando. De la paciente y de su analista....

De los rasgos psicopatológicos de las organizaciones fronterizas tomé para desarrollar aquellos que encontré particularmente presentes en este tratamiento: la presencia de un yo precariamente constituido, la ausencia de angustia señal y la intensidad que toma la angustia de amiguamiento, la presencia de mecanismos de defensa primitivos, la de-

tención de la actividad simbólica que obtura el desarrollo de pensamiento.

La constitución precaria del yo trae como efecto que sea la existencia misma lo que está puesto en cuestión en este tipo de patología. El interrogante y la incertidumbre acerca del yo es permanente y viven tratando de sostener su inseguridad y su capacidad de supervivencia.

La existencia de un yo difícilmente sostenido los lleva a aferrarse al otro para encontrar en su contacto el sostén de su sí mismo, tanto como a alejarse para mantener el equilibrio difícil de su organización narcisista. El otro funciona como prótesis del yo. Es en razón de esto que establecen relaciones caracterizadas por la indiscriminación. Los bordes entre sujeto y objeto son para ellos muy borrosos, viven en un "entre dos" permanente en la medida en que el otro es necesitado como sostén del yo, a través de un juego confuso y conflictivo de identificaciones proyectivas. Si el otro se aleja, temen al desamparo. Si el otro se acerca, temen ser tragados. Tienen una sensibilidad particular en relación a la estima y valoración del otro. Se angustian fácilmente frente a cualquier dicho o hecho que sea vivido como desaprobación, lo que provoca de inmediato un desequilibrio en su organización narcisista.

La matriz básica de identificaciones que sostiene al yo no tiene suficiente resistencia y los expone a la desorganización. La precariedad de la construcción de una síntesis propia del capital identificatorio, les trae como efecto la existencia de un vacío de identidad.

Está dificultado el pasaje del yo identificado por el otro, a un yo capaz de identificarse e identificar. Lo que el yo tiene que saber sobre sí mismo y las diferencias con el otro están siempre en cuestión (Aulagnier, 1977). Las fronteras entre el yo y el otro se diluyen. Son personas que al mismo tiempo anhelan y temen la fusión: sufren por la intrusión y sufren por el abandono del objeto. Se posicionan en la sumisión o en el intento de control y poder sobre el otro.

El proyecto identificatorio si no está detenido se ve a menudo obstaculizado. En algunos pacientes esto se traduce en la percepción de una vida difícil y muchas veces carente de sentido, desde un sentimiento básico de vacío y con una peligrosa tendencia a la desinvestidura.

La patología de borde arañe al yo y lo que está latente es el miedo a su desorganización.

La intensidad de la angustia de fragmentación relacionada a la dificultad en el mantenimiento del sentimiento de sí, está más presente que

la angustia de castración neurótica. La problemática del tener, es menos urgente que lo que atañe a la problemática del ser, porque más allá de las inseguridades sobre las posesiones del yo está amenazada su propia preservación. El temor a la desorganización actúa como telón de fondo de la vida mental. Se angustian frente a la separación del objeto, tanto como frente a la unión con el objeto. Los perturba tanto el encuentro como el desencuentro. La inseguridad sobre su propio yo tanto como la inseguridad acerca del amor del otro, mantiene en conflicto permanentemente el juego entre la libido narcisista y la libido objetal.

Utilizan mecanismos primitivos de defensa, aquellos que sirven para excluir representaciones dolorosas de la cadena simbólica: escisión, negación, identificación proyectiva, idealización, omnipotencia. Cuando la angustia no funciona como señal y las defensas fracasan, los bordes culminan en:

- Expulsión en actuaciones en las cuales la satisfacción erótica cede el paso a la destructividad a través de adicciones, trastornos de la alimentación, conductas sexuales promiscuas, intentos de suicidio, lo que muchas veces los empuja a quiebres psicóticos.
- Explosiones en el cuerpo que se manifiestan en quiebres somáticos que pueden poner en peligro la vida del sujeto.
- Trastornos en la relación con los otros, que los llevan a recurrir a manipulaciones psicopáticas; mucho más por el temor a las descompensaciones del yo que por el deseo de poder. Estas formas de intento de manejo se presentan con frecuencia en la relación analítica. Se pueden controlar cuando se logra entender los motivos que los llevaron a verse necesitados de manejar la situación, lo que muchas veces se torna difícil. Se manifiestan en general en la puesta en cuestión de los elementos formales del encuadre como horarios, honorarios, tiempo de la sesión, frecuencia, etc.

Así como la represión es el mecanismo específico de la defensa neurótica, A. Green (1972) toma la escisión como el mecanismo de defensa específico de las organizaciones fronterizas: escisión entre lo psíquico y lo exterior, como también dentro de la misma esfera psíquica.

Ubica la *expulsión en el acto* y la *exclusión somática* como mecanismos de defensa por cortocircuito psíquico. El conflicto queda evacuado de la esfera psíquica hacia la realidad exterior o hacia el soma (que diferencia del cuerpo libidinal, sede de la conversión histórica) dando como resultado una formación asimbólica. Ambos mecanismos ponen obstáculo al

desarrollo del proceso analítico en la medida en que producen un efecto de ceguera psíquica en el sujeto y un efecto de imposibilidad en el analista de tomar contacto con el mundo interno de su paciente.

El mecanismo de la *escisión* en el ámbito mismo de la esfera psíquica que Green lo piensa primario a otras defensas como la identificación proyectiva, la idealización y la omnipotencia, produce diferentes efectos en el campo transferencial. El analista tiene acceso al mundo interno del paciente pero hay una zona secreta inabordable y cualquier intervención que intente atravesarla lo ubica en el lugar de un objeto invasor, peligrosamente desorganizador. El efecto del clivaje del yo que afirma y niega al mismo tiempo a un mismo contenido de la realidad psíquica, obstaculiza el juicio y el pensamiento.

En el mismo nivel de importancia que el mecanismo de la escisión, Green ubica a la *desinvestidura* como mecanismo de defensa de base de los estados fronterizos, que lleva a cabo una función desobjetalizante. Se refiere a una depresión primaria, un estado de vacío que aspira al no ser y a la nada. Presencia de pulsión de muerte que aspira, en los términos de P. Aulagnier (1975), al deseo de no desear más.

Un estado de no deseo que toma el espacio analítico y que hace sentir al analista que el proceso puede continuar sostenido únicamente por su propio deseo de analizar al paciente.

La detención de la actividad simbólica, efecto de un déficit representacional, perturba el libre funcionamiento del proceso secundario y produce cortocircuitos en el pensamiento. Hay fallas en la fijación de la pulsión a representantes psíquicos capaces de entrar en la cadena de sustituciones. Parten de una dificultad primaria de articulación entre el cuerpo y las representaciones psíquicas, articulación que cuando se da permite el desarrollo de la capacidad simbólica y la imaginación, pero cuando falta trae como efecto descargas pulsionales perentorias, directas y repetitivas en el cuerpo, en los actos y con lo otros, con poco procesamiento simbólico a través del pensamiento.

Es un modo de funcionamiento que se presenta "a la manera del Dr. Jekyll y Mr. Hyde": cuando están bien reaccionan a la manera neurótica y de pronto algún acontecimiento los hace entrar en cortocircuito y "se convierten". Hay fallas en el recorrido de la pulsión al fantasma: éste parece no constituirse como organizador de la dinámica del inconsciente y representarse o expresarse a través de deseos. Elementos pre-verbales que no están contenidos en fantasías reprimidas y por lo tanto tampoco pueden retornar y obtener realización parcial en el síntoma neurótico.

Pueden utilizar el lenguaje como un acto. Como describe J. McDougall se expresan a través de la palabra y no por intermedio de ella. Es un lenguaje de acción que les permite descargar tensión dolorosa a través del acto de hablar. El discurso es utilizado para provocar efectos en el otro más que para comunicar pensamientos y sentimientos. Es un discurso fáctico, poco reflexivo.

A diferencia del discurso psicótico respetan la sintaxis y las referencias simbólicas del proceso secundario, pero funcionan en la comunicación con el otro al modo del proceso primario. El pensamiento está bajo la influencia de lo que P. Aulagnier (1975) describe como el "*postulado del proceso primario*": el poder omnimodo del deseo del otro. Hay lugar para un solo deseo en la escena: o el del propio sujeto o el del otro. Todo lo bueno o lo malo que le suceda al yo será debido al deseo del otro.

Entre la inhibición del pensamiento del neurótico y la mutilación del pensamiento del psicótico hay diferentes formas de detención y obturación de la capacidad simbólica que no toman la forma lógica de una construcción delirante: son formas alienadas de delegación del pensamiento en el otro. Si en el delirio psicótico el otro es percibido como una parte alucinada del sujeto, en el paciente fronterizo el otro es sentido como teniendo poder absoluto sobre el yo, o él sobre el yo del otro. De alguna manera está instalada la diferenciación yo-no yo, pero la fantasmática desarrollada a partir de esta diferenciación tiene poca elaboración secundaria.

Son sujetos que pueden ser muy inteligentes, hasta que su capacidad de pensar tropieza. Y esto sucede a menudo cuando el discurso del otro compromete algo de su realidad psíquica que tiene que quedar escondido.

Estos rasgos que acabo de describir, cristalizados en un modo particular del funcionar intersubjetivo, me llevan a reflexionar sobre la forma particular que toma la transferencia, la función y alcance de la contra-transferencia, la operatoria a seguir y el proyecto terapéutico. Es cierto que en cualquier tratamiento, sea cual fuere la patología del paciente, estos interrogantes están siempre abiertos. Pero con los pacientes fronterizos esto se hace mucho más presente y las respuestas a estos interrogantes se tornan mucho más inciertas. A diferencia del trabajo con un paciente neurótico, la impresión de estar instalados en tratamiento y de poder seguir cierta línea de trabajo, resulta siempre provisoria. Creo, justamente, que estas impresiones desde el lugar del analista tienen que ser tomadas en cuenta, tanto como los síntomas del paciente, para hacer las hipótesis de diagnóstico.

Volviendo a mi paciente:

Pasado cierto tiempo, teníamos periodos en los cuales podíamos trabajar encontrando los significados de las situaciones actuales que le iban sucediendo y aún pudiendo relacionarlos con los hechos de su historia. Ella podía asociar y yo podía interpretar. Me daba la impresión que los nuevos sentidos que íbamos encontrando le iban permitiendo procesar algo de los rencores de su historia familiar y que iban dejando lugar a la esperanza de nuevos encuentros actuales que no sean sólo repetición del pasado.

A estos periodos le sucedían otros, desencadenados por algún hecho de la realidad generalmente referido a la relación con los otros, en los cuales estaba tomada por intensos afectos dolorosos recargados desde sus fantasmas. El miedo a la pérdida del amor la hacía sentir desamparada y la dejaba expuesta a una intensa sensación de vulnerabilidad. Su capacidad de pensar quedaba obnubilada y era reemplazada por la necesidad de que "su verdad" de lo que había pasado fuera admitida en su totalidad.

Cualquier interrogante de mi parte sobre sus afirmaciones le provocaba un encierro enojoso en sí misma. Le era muy difícil en esos momentos aceptar algún otro sentido diferente de aquel que ella le había encontrado a su desencuentro con el otro. La frustración y el odio comandaban su escena psíquica, y un movimiento de desinvestidura se manifestaba en un sentimiento de desesperanza de que alguien sea capaz de ofrecerle algo placentero o nada más confiable. Prefería no esperar nada ni desear nada y desvalorizaba lo que la vida pudiera ofrecerle.

Mi persona, su analista, podía quedar arrastrada por esa escena y cuando esto sucedía, lo fundamental del dispositivo que sostenía el proceso de análisis parecía quedar detenido y nuestro encuadre de trabajo quedaba conmovido. Los gritos y el llanto, la rabia y el enojo, reemplazaban a las palabras y al pensamiento. Había que parar. Eran momentos de intervenciones destinadas a sostener y a organizar su yo, más que a develar la conflictiva inconsciente. Había que sostener y esperar:

Sus gritos sonaban como sonidos vacíos de significado, que no encontraban expresión simbólica: afectos primarios irrepresentables que le obstaculizaban el pensamiento y retornaban desde el cuerpo o la impulsaban al acting. ¿Cómo llenar estos vacíos? ¿Cómo construir estas representaciones? ¿Cómo parar la repetición compulsiva? En suma ¿cómo constituir inconsciente?

Durante mucho tiempo opté por soportar sus embates. Ella se iba, yo me quedaba. Cada tanto el teléfono se convertía en el único "encuadre" posible.

La dirección de la cura no fue planificada. Se fue gestando, como siempre, en los avatares del espacio analítico, que fueron muchos y a lo

largo de unos cuantos años. Mis afectos contratransferenciales eran muy fuertes, con muchos momentos de enojo y cansancio. Pero mi preocupación por soltar lo que la mantenía unida y su respuesta vital al intento de preservación de algún lazo en el vínculo conmigo, me permitía seguir insistiendo. Como es evidente, el principio de abstinencia quedaba particularmente conmovido. Mi objetivo fue poder llegar cada vez, un poco más, a la aplicación del método analítico.

Las formas de la intervención clínica

¿Per vía di porre o per vía di levare?

La primera realidad para el niño se presenta a través de las necesidades acuciantes de su propio cuerpo y la subjetividad de la madre. Su presencia involucre su inconsciente tanto como su contexto relacional actual y la realidad social de la cual ella es representante. El paciente fronterizo ha sido un bebé "malentendido", no fue bien escuchado ni bien interpretado en el espacio inicial de la relación con la madre (McDougall, 1978). Los objetos primarios no pudieron dar sentido a sus primitivas demandas ni pudieron ayudarlo a procesar las distintas situaciones traumáticas de su infancia. Hay por lo tanto fallas primarias en la constitución del psiquismo y funciones que no se constituyen o que están precariamente desarrolladas: la discriminación sujeto-objeto, la constitución del sí mismo, la regulación de la autoestima, la capacidad para tolerar la angustia, la formación de los ideales, los recursos para la satisfacción del deseo.

"Madre" y "Padre" son para la teoría conceptos claves y complejos sobre los cuales mucho se ha dicho en psicoanálisis. Son funciones que si bre los cuales cubiertas por los padres o figuras sustitutas, traen como consecuencia casi segura efectos patológicos en el niño. Me refiero a este aspecto generador de patología sin dejar de tener en cuenta la intervención del factor constitucional y de los acontecimientos posteriores que vienen o no a redoblar la importancia traumática de las fijaciones infantiles. Lo que quiero destacar es que en la historia infantil del paciente fronterizo estas funciones han dejado ciertos vacíos, no sólo en relación a la constitución del narcisismo sino también en cuanto a la función organizadora de la estructura edípica.

Sería demasiado simple referir la potencialidad patológica de estas organizaciones solamente a las relaciones primitivas de objeto. Sin duda son de importancia fundamental, pero tanto como las fuerzas pulsionales

que parten de la dotación biológica de cada sujeto, como los acontecimientos de la historia de su vida, que pueden desencadenar tanto las potencialidades patológicas como las potencialidades vitales y sanas del sujeto. El aparato psíquico es un sistema abierto a transformaciones a lo largo de la vida del sujeto, para bien o para mal. Las series complementarias freudianas y la teoría del trauma en dos tiempos dan cuenta de la complejidad de los procesos del curar y del enfermar del ser humano.

Destacamos particularmente las relaciones primitivas de objeto porque es en el encuentro del infans con el otro y por su forma singular de intervención, donde la pulsión va a tener su forma particular de fijación y es en el encuentro analítico, a través de la relación transfereencial, donde esta forma primitiva de encuentro con el otro toma un lugar particular de reedición. Espacio en el cual nos cabe operar para que pueda haber, a través de nuestra singular forma de estar presentes, una nueva edición.

La historia infantil de mi paciente había sido particularmente difícil. Su primera infancia transcurre en medio de un estado depresivo de la madre, provocado por dos pérdidas familiares importantes. Su padre era un hombre particularmente violento y arbitrario al que recordaba con mucho miedo, rabia y dolor.

Lo que podemos pensar como los primeros tiempos de su constitución subjetiva transcurrieron entre vacíos de presencia y excesos de intrusión violenta de objeto. Su mamá estaba enredada en el sufrimiento de sus propios dolores y su papá descargaba en su familia sus propios motivos de violencia. Creció entre una mamá sorda y un papá temible.

En los términos en que P. Aulagnier (1975) define a la "violencia primaria" como necesaria y a la "violencia secundaria" como patológica, esta paciente tuvo déficit de espacio de violencia primaria y exceso de espacio de violencia secundaria. La falta de sostén y significación de afectos primarios y la captura de su propio yo por enunciados identificatorios de carácter insensato.¹

1. P. Aulagnier (1975) diferencia una violencia primaria cuya acción es necesaria para el desenvolvimiento del yo, de otra violencia secundaria que se ejerce contra el yo: "Pero la sobrecarga semántica que pesa sobre el concepto de violencia exige que definamos nuestra acepción del término: nos proponemos separar, por un lado, una *violencia primaria*, que designa lo que en el campo psíquico se impone desde el exterior a expensas de una primera violación de un espacio y de una actividad que obedece a leyes heterogéneas al yo; por el otro, una *violencia secundaria*, que se abre camino apoyándose en su predecesora, de la que representa un exceso por lo general perjudicial y nunca necesario para el funcionamiento del yo, pese a la proliferación y a la difusión que demuestra."

H. Bleichmar (1997), sin el propósito de hacer una división tajante, toma la distinción entre "*trastornos por déficit*" y "*trastornos por conflicto*" para proponer intervenciones clínicas diferenciadas.

Los trastornos por déficit en la constitución del psiquismo, debido a fallas del medio circundante en proveer al sujeto aquello que el desarrollo de su subjetividad hubiera necesitado, llevan a intervenciones diferentes y también complementarias con las intervenciones sobre los trastornos por conflicto psíquico, cuyo objetivo es el levantamiento de la represión. Estas intervenciones intentan armar trama psíquica donde hay fisura, crear tejido psíquico representacional, constituyente de subjetividad. El trabajo analítico apunta, junto con la reconstrucción del sentido oculto del inconsciente reprimido, a construir lo que no se ha constituido, a representar lo irrepresentado.

Cuando nos situamos en la especificidad de las organizaciones frontizas estamos refiriéndonos a una forma de organización psíquica en la cual los síntomas que podemos pensar como más particulares a esta organización y más dificultosos para analizar, son efecto de la presencia de afectos de naturaleza irrepresentable que no han podido ser significados o que tienen su origen en complejos representacionales que han quedado desmentidos. Estos síntomas no pueden ser pensados en los términos de metáforas que llaman a ser interpretadas, ni tratados como formaciones del inconsciente en el sentido del juego entre la represión y el retorno de lo reprimido.

¿Los trastornos que presentan estos pacientes pueden seguir llamándose síntomas en el sentido clásico freudiano? S. Bleichmar (1999) propone diferenciar entre síntoma y trastorno, distinción que daría cuenta de la diferencia diagnóstica entre la neurosis y otros modos de malestar psíquico que se presentan en los cuadros no neuróticos, aunque estos trastornos también puedan presentarse en las neurosis.

Los pacientes fronterizos presentan una fragilidad y oíca particular. ¿Qué tipo de intervención pone en juego el analista cuando lo que está puesto en cuestión es la inseguridad del paciente sobre la propia existencia, la identidad del yo y su permanencia? Presencia de angustias mativas que comprometen el cuerpo, cortocircuitan el pensamiento, desbordan en actos y tornan confuso el encuentro con los otros. Espacios psíquicos que quedan fuera de la cadena asociativa porque son desestimados o por falta de simbolización, y a los que hay que intentar integrar dándoles significado y otorgándoles un sentido.

Entre la interpretación y la construcción giran las intervenciones analíticas. Hay intervenciones que apuntan al levantamiento de la represión, hay intervenciones que intentan dar representación a la presencia de afectos masivos no significados, hay intervenciones que apuntan a incorporar al comercio asociativo espacios de la realidad psíquica que quedan escindidos y permanecen denegados por el yo. Son intervenciones que actúan sobre el develamiento del conflicto inconsciente y otras en el procesamiento de lo que se presenta como déficit o falta. Reconstrucción y construcción de tejido psíquico. ¿Esto implica extender aún más la técnica propuesta por Freud en los finales de su teoría?

En "Recordar, repetir y reelaborar" (1914) Freud invita al paciente a recordar los aspectos de su historia infantil olvidada. En "Construcción en Psicoanálisis" (1937) amplía la forma de intervención del análisis proponiendo la construcción conjunta con el paciente de aquellos aspectos imposibles de recordar porque nunca fueron conscientes dado que fueron primariamente reprimidos. ¿Las intervenciones que apuntan a la creación de sectores psíquicos, pueden ser incluidas dentro del concepto de construcción o hemos ido más allá de esa frontera? Hay recordo y reconstrucción, hay construcción y también hay constitución de espacios psíquicos.

La propuesta siempre presente de reflexionar la clínica permite interrogar si efectivamente da cuenta de los funcionamientos mentales que están descritos en las teorías, tanto como interrogar lo que las teorías sostienen. Pero también y fundamentalmente para revisar si las intervenciones que hacemos, dan respuesta a las demandas de la clínica. Concretamente, si la conducción de la cura lleva a la transformación de la patología del paciente, en este caso del paciente fronterizo.

En el intento por mostrar la oposición entre la técnica sugestiva y la técnica analítica Freud (1904) se vale de la diferencia que Leonardo da Vinci hace entre el arte de la escultura y el arte de la pintura. El escultor trabaja "*per vía di levare*" quitando de la piedra lo que recubre las formas depositando sobre la su interior. El pintor trabaja "*per vía di porre*" creando la figura. Para evitar la sugestión, el analista no debe agregar, debe trabajar como el escultor sacando lo que ya está: las causas de los síntomas que se propone eliminar. La técnica sugestiva no hace caso del origen, la fuerza y la significación de los síntomas, sólo se propone depositar. La terapia analítica en cambio, tiene que proponerse retirar y restar. Continúa esta proposición en los Trabajos sobre técnica

psicoanalítica (1915) al aconsejar al analista a funcionar como espejo que refleja lo que llega de su paciente sin poner nada propio en juego.

No se trata de forzar lo que Freud utilizó en aquellos tiempos como metáfora para separar el psicoanálisis de la sugestión. Dejaba atrás la hipnosis y creaba el método analítico. Sin duda hoy seguimos pensando que la sugestión no es el camino hacia la curación y ponemos particular cuidado en que ésta no intervenga, pero a pesar de la vigencia de muchos de los consejos freudianos, los Trabajos sobre técnica psicoanalítica merecen ser repensados en el contexto de la clínica actual, particularmente al trabajar con patologías más graves. Justamente para que muchos de estos consejos conserven su vigencia sin forzarlos. El psicoanálisis ha recorrido un largo camino.

En el tratamiento de las neurosis el analista trabaja "*per vía di levare*" buscando los contenidos inconscientes reprimidos, pero cuando en el tratamiento de las organizaciones fronterizas tenemos que tratar de sostener y organizar a un yo cuya tendencia es a la desorganización y a la actuación ¿no estamos trabajando también "*per vía di porre*" sin que esto necesariamente implique abandonar el método analítico por la sugestión?

Como se piensan las diferentes formas de intervenir, ya sea que impliquen el develamiento de conflictos psíquicos existentes o el procesamiento de lo que se presenta como falta de constitución psíquica, el valor de la intervención pasa por la recomposición que produce. No sólo hay reconstrucción sino también transformación del capital representacional y afectivo, creador de nuevo tejido psíquico. En este sentido el trabajo del analista no se reduce a extraer lo que ya está sino que su intervención también deposita e introduce algo nuevo (Bleichmar, 1999).

¿Además de interpretaciones y construcciones a qué otro tipo de intervenciones convoca el tratamiento del paciente fronterizo? Cuando trabajamos con patologías en donde los desbordes de angustia llevan al paciente a la desorganización del yo y a la actuación, no sólo nos vemos llevados a hacer junto con él asociaciones, a prestar pensamientos, sino también a dar indicaciones y muchas veces manipular con la realidad. Lo cual exige del terapeuta un particular compromiso mental y afectivo.

El encuadre individual clásico se ve muchas veces modificado por la inclusión de dispositivos vinculares que permitan el trabajo "in situ" de las relaciones del paciente: familia, pareja, hermanos, etc. Son dispositivos que apuntan a hacer consciente los modos del funcionamiento intersubjetivo.

Dependiendo de la gravedad del paciente, muchas veces es necesario el armado de organizaciones asistenciales complejas, cuando se quiere

evitar, en la medida de lo posible, la internación del paciente. Trabajar en colaboración con un psiquiatra, cuando se hace necesaria la inclusión de psicofármacos (angustias desbordantes que muchas veces culminan en actuaciones de violencia, depresiones severas, intentos de suicidio, etc.) como también estar en comunicación con el médico clínico, cuando los queiebras somáticos se hacen frecuentes. También se hace necesaria la inclusión de tratamientos familiares paralelos al dispositivo individual y de acompañantes terapéuticos cuando la seguridad del paciente se pone en riesgo.

La clínica del paciente fronterizo al poner en primer plano la interrogación sobre el campo transferencial y el problema de la neutralidad, convoca a repensar la posición del analista. Son transferencias más complejas para la conducción del proceso, por presentarse con mucha intensidad en su despliegue afectivo, o transferencias que muestran déficit de la función deseante, que dejan colocado al analista en el lugar de “dar vida” al tratamiento para que no desfallezca. La intervención de la contratransferencia del analista es un hecho que hay que tomar como cuestión central, no solamente porque se hace presente con afectos de particular intensidad, sino porque tomarla en cuenta se convierte en un instrumento esencial para la dirección de la cura.

El paciente fronterizo se liga al analista a través de una relación fusional, testimonio de la confusión de las fronteras entre yo-otro. Las transferencias son por momentos masivas. Oscilan entre la idealización y la desvalorización del lugar y de la función del analista. Son sujetos que así como tienen borrosos los límites entre su yo y el yo del otro tienen borrosa la diferencia entre el objeto anhelado de su representación fantasmática y el otro de la realidad.

Si bien es cierto que la diferencia entre el deseo propio y el del otro forma parte de la potencialidad conflictiva de todas las relaciones humanas, para el paciente fronterizo el encuentro con esta diferencia toma siempre un sesgo traumático. Si no hay identidad entre el otro y el objeto intrapsíquico anhelado, entonces no hay nada. La diferencia es significada en términos de ausencia de objeto. Reclaman por un objeto primario que aunque pudo haber estado, no pudo prestarse al juego inicial de sostén, amparo y diferenciación. La herida permanece abierta y su transferencia patologiza todo vínculo en donde el amor esté comprometido.

En el encuentro analítico se actualiza la manifestación de ese vacío de presencia. La neurosis de transferencia se desliza muchas veces hacia

una “locura” de transferencia. El amor de transferencia toma sesgo pasional. El analista es objeto de idealización o de denigración y tiene que poder sostener su lugar entre subidas y caídas para poder permanecer en su función. El espacio analítico tiene que permitir el desarrollo de esta locura y el analista tiene que tener disposición a soportarla. Se trata justamente de cómo ser soporte de esta transferencia pasional.

¿Qué modificaciones acepta el encuadre para que lo esencial del dispositivo se mantenga? Si el método analítico se fundamenta en la asociación libre del paciente, la atención flotante del analista y la interpretación en transferencia, no es menor el obstáculo, y al mismo tiempo el desafío, que este tipo de transferencia implica para el desarrollo del proceso. Y sin embargo para que lo esencial del proceso analítico siga teniendo lugar, muchas veces nos vemos llevados a hacer modificaciones del encuadre clásico y movimientos en nuestra clásica posición de “analistas neutrales”.

La presencia del inconsciente del analista está siempre involucrada en el proceso que a él mismo le cabe conducir. El lugar del analista y su función no pueden ser pensados en ausencia de sus deseos, de sus ideales y de sus referencias identificatorias y el hecho de admitir su existencia hace que esta presencia esté siempre interrogada. Y muy particularmente interrogada con aquellos pacientes cuya patología convoca un compromiso afectivo de particular intensidad, que tiene que ser puesto al servicio del tratamiento, en tanto tiene un valor fundamental en la construcción y los efectos del proceso analítico. El análisis del analista, la reflexión sobre su práctica y la formación teórica permanente posibilitan que el compromiso de su propia subjetividad pueda ser metabolizada en beneficio de la discriminación y al servicio de la conducción de la cura (Vecsliir, 2003).

El tratamiento de estos pacientes ha hecho necesario interrogar y ampliar las fronteras del encuadre y la técnica analítica clásica. El problema de la neutralidad y su creencia al pie de la letra sin interrogación, llevó a la ritualización de la técnica. No hay una posición cómoda para el análisis, siempre hay una pregunta levantada sobre su función y su conducción del tratamiento a lo largo de todo el proceso analítico. Un interrogante permanente que el paciente fronterizo se encarga de poner muy en evidencia. Como dice J. McDougall (1978) con los pacientes “border” el analista siempre está al borde de no poder funcionar como analista.

Si pensamos que la función del analista no es sólo de sostén del vínculo proyectado sino permitir el nacimiento y desarrollo de una nueva

forma de relación objetal en el interior del encuadre analítico, entonces el campo transferencial deviene sumamente complejo y con riesgo permanente para el proceso terapéutico. Los casos difíciles son los que ponen a prueba al analista y a la vez solicitan su contratransferencia y le exigen mayor contribución personal (Green, 1972).

A mi modo de ver uno de los desafíos actuales de la clínica psicoanalítica es cómo hacer para que el método amplíe su extensión quedando dentro de las fronteras del psicoanálisis.

Los bordes del psicoanálisis

El desarrollo del psicoanálisis debe su continuidad a las patologías graves y a aquellos analistas que en vez de pensar que estos pacientes no eran analizables porque no se adaptaban al dispositivo analítico clásico promovieron el enriquecimiento y la extensión de la clínica psicoanalítica a los trastornos más graves. Si el creador del psicoanálisis le debe a la histeria su inspiración, el psicoanálisis pos-freudiano le debe a las patologías graves su extensión, su actualización y su permanencia.

Cuando Freud crea el método analítico para el tratamiento de las psiconeurosis de transferencia, deja por fuera a las patologías del narcisismo. Pero la metapsicología freudiana que da fundamento a la clínica avanzó mucho más allá de las propuestas iniciales para la técnica, pudiendo dar cuenta de la organización psíquica de las patologías no neuróticas, que hoy consultan tanto o más que el "típico paciente neurótico".

La clínica de las organizaciones fronterizas requiere de una práctica diferente y mucho más compleja que la desarrollada para las psiconeurosis. Los escritos técnicos de Freud (1915) siguen siendo la referencia de lo que es la práctica del psicoanálisis, pero aún cuando estén vigentes, la extensión de la práctica del psicoanálisis a otras patologías ha hecho necesaria su actualización.

Para A. Green (2005) "*la cura clásica sigue siendo la referencia innegable*" de la práctica analítica y "*la cura con la que se miden las demás formas terapéuticas*". Hace referencia al polimorfismo del conjunto de pacientes que están en psicoterapias con analistas con quienes a veces puede hacerse un auténtico trabajo psicoanalítico y plantea que "*el aprendizaje de la psicoterapia practicada por psicoanalistas es una necesidad nueva en la formación del psicoanalista*".

Frente al temor a la pérdida de especificidad que pudiera resultar, propone otras denominaciones que marquen las diferencias con la cura clásica pero que sigan vinculando a estas técnicas con el psicoanálisis. Consciente de la dificultad en encontrar una denominación adecuada y frente a otros títulos propuestos como "*psicoanálisis con modificación de encuadre o de encuadre modificado*", este autor propondría el título de "*relación psicoanalítica de encuadre acondicionado*" e insiste en la urgencia de la "*transmisión en la formación para el ejercicio de una técnica singular justificada por los hechos*".

Creo importante dar reconocimiento y fundamento al hecho de que la teoría esté articulada a prácticas diversas y no dejar que se piense solida a una técnica que se propone como la adecuada para todas las patologías. Por mi parte creo no podemos seguir pensando que hay "un" encuadre psicoanalítico y "otros" encuadres que, por incluir intervenciones diversas, no son psicoanalíticos. Sin duda, cuando incorporamos en la práctica otro tipo de intervenciones estamos modificando el encuadre del tratamiento clásico, lo cual no quiere decir que dejemos de hacer psicoanálisis.

La insistencia en la pureza del encuadre no puede ser mantenida (y no fue Freud mismo quien estaba preocupado por hacerlo) sino a riesgo de expulsar las dificultades que se presentan en la conducción de la cura de estos pacientes, lo que equivale a dejarlos por fuera de la posibilidad de tratarlos desde el psicoanálisis.

Me parece que es tiempo de dar por finalizado el debate de las diferencias entre psicoanálisis y psicoterapia. La clínica psicoanalítica contemporánea tiene desafíos más urgentes para poner en debate, que pasan por pensar cómo respondemos hoy desde el dispositivo analítico y sin perder su especificidad, a las demandas actuales de las nuevas manifestaciones sintomáticas del sufrimiento humano provenientes de los nuevos malestares culturales. Siempre y cuando el psicoanálisis no permanezca aislado y en la medida en que pueda pensarse articulado y en relación con los cambios históricos, tanto sociales como científicos.

La ampliación de las fronteras de la práctica psicoanalítica propone una interrogación para cada tratamiento, para cada paciente y su propio proceso, llevado a cabo desde la conducción de un analista particular, dando por resultado la creación de un espacio analítico singular. Lo cual implica el abandono de la protección de un contrato estándar y de encuadres iguales para todos los pacientes. En cierto sentido es una proposición equivalente a la posición frente al diagnóstico: de las hipótesis diagnósticas

iniciales, hacia la escucha particular de los padecimientos y síntomas que van apareciendo durante el desarrollo del proceso analítico.

El tratamiento de las patologías del narcisismo ha permitido interrogar y ampliar las fronteras del análisis clásico. Esta interrogación sobre los fundamentos de la práctica no ha sido sólo en beneficio del tratamiento de estas patologías, sino que, a mi modo de ver, ha contribuido a modificar también el tratamiento de las psiconeurosis.

Hoy los analistas están muy atentos a escuchar los fantasmas de fragmentación presentes no sólo en los síntomas de las patologías graves, sino también en los desequilibrios narcisistas de las neurosis clásicas. El método de la asociación libre y la atención flotante sigue mostrando su validez: coloca siempre al analista en la posición de escucha abierta a la singularidad con la que se presentan los síntomas del paciente.

Lo cual permite interrogar desde la clínica lo que las teorías sostienen, para encontrar las coherencias como también las incoherencias y modificar las prácticas o las teorías que dan fundamento a esas prácticas. Tratando al sufrimiento humano y desde el psicoanálisis, las teorías deberían servirnos más para explorar que para explicar o verificar.

Las patologías fronterizas más graves son difíciles, sino imposibles, de tratar sin la presencia de un sostén institucional, pero hay organizaciones fronterizas más cercanas a la neurosis que, no sin tropiezos, pueden ser tratadas desde el dispositivo individual del consultorio particular. Y también, y esta es una de las cuestiones centrales que intenté desarrollar en relación a la clínica, hay organizaciones neuróticas muy complejas proclives a entrar en las lógicas del funcionamiento fronterizo, a partir de acontecimientos desencadenantes, cuya intensidad y cualidad es procesada de manera particular de acuerdo a las condiciones previas de cada sujeto y que inclusive pueden provenir del mismo desarrollo del proceso analítico.

Las organizaciones fronterizas están dentro de las patologías del narcisismo, pero las neurosis también hacen quiebres narcisistas, que pueden llevar al yo a funcionar al modo de las organizaciones fronterizas. Los pacientes fronterizos nos han enseñando mucho acerca del funcionamiento del yo, particularmente de sus estados límite en los que éste se desborda y desfallece. Desde mi propia experiencia esto es lo que más presencia tiene en la consulta actual, aunque entiendo que el consultorio de un psicoanalista no es el lugar adecuado para hacer estadísticas, con lo cual esto es sólo una impresión personal para cotejar y compartir.

A. Green (1972) utiliza la denominación de *estados fronterizos* no sólo para designar una variedad clínica que se opusiera a otras sino también como un concepto clínico genérico susceptible de dividirse en una diversidad de aspectos y sostiene que constituyen un nuevo paradigma para el psicoanálisis. Ya en su artículo sobre "El concepto de lo fronterizo" de comienzos de la década del '70 y haciéndose eco de una cita de Knight del año 1953, se refiere al paciente fronterizo como el paciente típico de nuestra época. Ya han pasado muchos años...

R. Rousillon (1991) propone el concepto de *situación fronteriza* y lo vincula con categorías de la nosografía moderna como las de *estados narcisistas* y *estados fronterizos*, pero piensa que también pueden revivirse en algún momento de la cura de pacientes considerados neuróticos, en cuyo caso, y paradójicamente, pueden dar lugar, si el análisis llega a desanudarlos suficientemente, a una verdadera transformación.

La extensión de las fronteras de la clínica lleva muchas veces a hacer variaciones del encuadre clásico y a hacer intervenciones no convencionales. La práctica actual nos lleva a estar atentos a no apartarnos de los principios fundamentales que sostienen la clínica psicoanalítica. ¿Es a esto a lo que se refiere A. Green cuando dice que la cura clásica sigue siendo la referencia de la práctica analítica?

Para que estén dadas las condiciones que hacen posible un análisis es necesario trabajar acercándonos lo más posible al método de la asociación libre del paciente y nuestra escucha en atención flotante, tomar en cuenta el campo transferencial intra e intersubjetivo, estar alerta a la resistencia y a la repetición, y usar las interpretaciones y las construcciones como instrumentos privilegiados para poder llevar a cabo el objetivo fundamental del trabajo analítico: me refiero no sólo al (re)conocimiento del inconsciente sino también a la constitución del inconsciente.

Escenificación psicoanalítica ideal que no está dada de inmediato, ni con el paciente neurótico para quien fue creada, ni con el resto de las patologías no neuróticas, y tiene que ser buscada sesión tras sesión y a lo largo de todo el proceso. El sostén y permanencia del dispositivo es una tarea que no está asegurada ni por la cantidad de sesiones, ni por su duración, ni por su periodicidad, ni por el uso del diván. Hay que encontrarlo cada vez, una y otra vez, teniendo en cuenta que su búsqueda se hace más trabajosa cuanto más grave es la patología.

Bibliografía

- ALLILAIRE, J.-E. (1985) "Los estados límite". *Revista Imago* Nº 17. Letra Viva, 2001.
- ANDRÉ, J. (comp.) (2000) *Los estados fronterizos*. Buenos Aires, Nueva Visión, 2000.
- AULAGNIER, P. (1975) *La violencia de la interpretación*. Buenos Aires, Amorrortu, 1977.
- BIECHMAR, H. (1997) *Avances en psicoterapia psicoanalítica*. Buenos Aires, Paidós.
- BIECHMAR, S. (1999) *Clinica psicoanalítica y neogénesis*. Buenos Aires, Amorrortu.
- DORFMAN LERNER, B., COME (1992) *Pacientes límites*. Buenos Aires, Lugar Editorial.
- FREUD, S. *Obras completas*. Buenos Aires, Amorrortu, 1982.
- (1904) Sobre psicoterapia. Tomo 7.
- (1914) Recordar, repetir y reelaborar. Tomo 12.
- (1915) Trabajos sobre técnica psicoanalítica. Tomo 12.
- (1937) Construcciones en psicoanálisis. Tomo 23.
- GABBARD, G. (2002) *Psiquiatría psicodinámica en la práctica clínica*. Buenos Aires, Editorial Médica Panamericana.
- GREEN, A. (1972) *De lecturas privadas*. Buenos Aires, Amorrortu, 1990.
- (2003) *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo*. Buenos Aires, Amorrortu, 2005.
- HORNSTEIN, L. (2003) *Intersubjetividad y clínica*. Paidós.
- LERNER, H. (2001): "¿Oro cobreado o cobre dorado? Reflexiones acerca de la frontera entre psicoanálisis y psicoterapia". *Actualidad Psicológica*, Año XVI, Nº 287.
- (2003) "¿Técnicas o rituales?" En: *Psicoanálisis: cambios y permanencias*. Buenos Aires, Libros del Zorzal.
- (2005) "Notas sobre Organizaciones Fronterizas". Trabajo presentado en la Sociedad Psicoanalítica del Sur.
- MCDUGALL, J. (1978) *Alegato por una cierta anormalidad*. Buenos Aires, Paidós, 1993.
- ROTHER HORNSTEIN, M. C. (2006) "Identidades borrosas". En: *Adolescencias: trayectorias turbulentas*. Buenos Aires, Paidós.
- ROUSILLON, R. (1991) *Paradojas y situaciones fronterizas del psicoanálisis*. Buenos Aires, Amorrortu, 1995.
- STERNBACH, S. (1997) "La intervención en patologías de borde". En *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo* Nº 1.
- VECSLIR, M. (2003) "La actualidad del psicoanálisis". En: Lerner, H. (comp.) *Psicoanálisis: cambios y permanencias*. Buenos Aires, Libros del Zorzal.

CAPÍTULO 3

Navegando hacia la identidad

María Cristina Rother Hornstein

Introducción

Permanencias y cambios en las teorías y prácticas sostienen la vitalidad imprescindible para enfrentar los desafíos clínicos actuales.

Trabajamos más acá y más allá de las neurosis, con obstáculos técnicos que exigen atravesar senderos, comisas y autopistas ante lo cual cada analista privilegia ciertas temáticas. ¿Las más? El cuerpo sensorial y su relación con el otro, el fondo representacional (modalidad de inscripción arcaica de experiencias vivenciales) nunca conscientes pero con efectos en la clínica; la realidad psíquica, producto de lo visto y de lo oído, de lo fan-taseado e interpretado una y más veces; el discurso parental y social; las diversas instancias en conflicto conteniendo cada una un mundo propio de objetos y relaciones específicas; la metapsicología del yo historizado e historizante; el conflicto identificatorio presente en toda patología (aun que más evidente en las que vacila la identidad y la autoestima); el factor cuantitativo, ese juego de fuerzas presente en todo conflicto, el trabajo de metabolización del psiquismo en tanto operador simbólico que reorganiza su conformación narcisista, objeto e identificatoria.

En el encuentro con los pacientes pienso en sujetos con historias, conflictos y sufrimientos diversos y frente a quienes intento tener un panorama de su proceso identificatorio, su movilidad; su repertorio defensivo. Qué conciencia tiene de la realidad compartida y de la realidad singular respecto de su problemática. Cuánto y qué de su propia historia es fuente de sufrimiento para él. Cuáles son sus proyectos e ideales. Como ha resuelto sus crisis vitales. Todo esto es necesario para conocer con que elementos cuenta para llevar adelante el proceso analítico y a que herramientas teóricas y prácticas recurriremos nosotros para que las intervenciones eviten efectos desestructurantes y posibiliten un futuro donde la diferencia prevalezca sobre la repetición.