

Clínica Psicoanalítica en las Organizaciones Borderline

Psychoanalytical Intervention in Borderline Organizations

Vicente Brox
Práctica Privada, España

Resumen. Las patologías borderline presentan una característica fundamental, la dificultad de tramitar psicológicamente la realidad a enfrentar, lo que conlleva frecuentes desbordamientos y desorganizaciones ante los problemas internos y externos. La psicoterapia se dirige a resolver déficits graves del funcionamiento yoico sobre todo al interactuar con los otros y la realidad. Se tiene que afrontar la dificultad en modular y elaborar lo emocional, por la prevalencia de aspectos destructivos, el exceso de negatividad, y las frecuentes pérdidas de control de los impulsos. Se deben acompañar procesos de pensamiento como opuestos a la acción inmediata.

Palabras claves: desorganización, vulnerabilidad narcisista, intolerancia a la frustración, destructividad, ausencia de representaciones, función materna, transferencia-contratransferencia, mentalización.

Abstract. Borderline pathologies present a basic trait consisting on the difficulty to deal psychologically with the reality they have to face. This means frequent loss of control and disorganization when facing internal and external conflicts. The psychotherapeutic intervention is aimed at solving serious deficits in ego functioning, specially when they have to interact with others and with reality. The difficulties in modulating and elaborating emotions must be dealt with, due to the prevalence of destructive traits, the excess of negativity, and the frequent loss of control over impulse. Thought processes as opposed to immediate action must be facilitated.

Keywords: disorganization, narcissistic vulnerability, intolerance to frustration, destructiveness, lack of representations, maternal function, transference-countertransference, mentalization.

“Hay momentos en que una ve con el corazón”
Magda Szabó (La puerta)

El estudio de los cuadros borderline¹ ha adquirido una importancia relevante, convirtiéndose en un tema central que protagoniza la clínica de nuestro tiempo. Un tiempo signado desde lo negativo por la impostura, por el

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse al autor al e-mail: vbrox@cop.es

¹ Noción que hace referencia a un modo de organización específica, estable en su inestabilidad, separada del grupo de las psicosis.

En este trabajo no se profundiza en el diagnóstico. Los criterios que se han utilizado para definir este cuadro psicopatológico han sido con frecuencia divergentes. Así, por ejemplo, podemos encontrar la definición descriptiva del DSM IV, frente a autores como Kernberg que apunta a características estructurales propias presentes en un conjunto amplio de trastornos de personalidad. Otros autores prefieren hablar de funcionamiento regresivo arcaico.

consumismo, por el exceso, por lo inmediato, por lo light, por lo adictivo, por la confusión. O a modo de metáfora por lo ignoto de los agujeros negros y lo ideal del universo elegante de las supercuerdas.

La cultura contemporánea nos enfrenta con frecuencia a cambios inciertos, contradictorios, y en ocasiones perturbadores. Cambios en todos los ámbitos: en las relaciones familiares, con sus frágiles equilibrios, y la diversidad de los códigos en boga. En lo social donde, por ejemplo, orden y justicia social son conceptos volubles, lo que puede aumentar el sentimiento de fragmentación, de desconexión, o el aislamiento. En lo económico, la ley del mercado que no pocas veces se asemeja al reino del sálvese quien pueda, sin control. Y lo tecnológico donde la sensación de avance, buena para el ser humano, abre no pocas veces carencias, o una lógica ciega de proceso sin sujeto, con cierta subversión potencial de lo que somos.

Todo contexto tiene su historia, por tanto, trae la impronta de otros tiempos. Aportes que son a la vez marcas, atractores, y estímulos de los sucesos que devendrán. El paisaje que nos mira: la economía, la política, la cultura, etc., y los valores que proyectan tiene efectos sobre el ser humano. También lo biológico nos aporta un sustrato imprescindible, cierta naturaleza interna y externa, que junto a lo social con las experiencias y significados que oferta, son la base y alimento en nuestra maduración y desarrollo.

Vera Ocampo (1988) muestra al toxicómano como parangón de la moderna sociedad de consumo, y por tanto, en esta problemática aprecia ciertas características de la actual sociedad. Así, por ejemplo, apoyando sus estimaciones, se puede hablar de un consumo de sustancias o de “bienes” dirigido a saturar otras carencias personales, impidiendo procesos de pensamiento, son placeres que enceguecen, que se imponen o seducen; también subraya el culto a la acción rápida, la urgencia que exige resultados concretos y calculables a corto plazo; y la prevalencia de la imagen, la producción permanente de yoes ideales en los que el sujeto se puede alienar; e insiste en destacar la magnitud de la angustia con la posibilidad de llenar todo.

La salud mental tiene que ver con enfrentar la realidad, transformarla, regenerarla, con proyectos y esperanzas. Louis Dumont (1983) plantea que *“el bien debe contener el mal aún siendo su contrario”* (pp. 242-243).

El psicoanálisis es fundamentalmente un método de terapia, que tiene como objetivo el promover cambios fructíferos y beneficiosos para el paciente. Se ha desarrollado a partir de la obra de Freud, profundizando e incluso modificando sus conceptos teóricos y técnicos. El mismo Freud fue ampliando sus trabajos y proponiendo cambios que las observaciones clínicas le reclamaban. La práctica psicoanalítica es actualmente muy diversa, ya no tiene como referencia exclusiva el campo de la neurosis, y la cura tipo: basada en la asociación libre, la atención flotante, el análisis e interpretación de la transferencia y las resistencias, lo que permite el acceso y la elaboración del conflicto psíquico. En las patologías borderline más que el conflicto se constata el déficit, lo que lleva a plantear desde el inicio otros desarrollos posibles, y así, enfrentar los problemas narcisista-identitarios que estos casos presentan, la dificultad en la diferenciación yo-otro, la disputa en procesos de discriminación y en el apego, la agresividad y demás desgarros que vive el sujeto, y los vínculos que lo originan.

En los estados borderline la clínica habitual no es la de los síntomas neuróticos. Son más frecuentes en esta patología dificultades en las relaciones con los demás y con uno mismo, con gran temor al abandono, lo que hace que pronto irrumpan soledades y rechazos, vivencias que impregnan de amenaza la propia existencia; destaca la profusión a la desorganización, la prevalencia de aspectos destructivos, y déficit graves en el funcionamiento yoico: intolerancia a la frustración, dificultad en controlar los accesos de rabia, y carencias en los sistemas de anticipación. Ausencia de representaciones de los conflictos intrapsíquicos, falta de curiosidad sobre estos, e inadecuada movilidad de las investiduras de los objetos. El paciente, por conflictos primitivos ligados a vivencias de desamparo, fluctúa entre el temor a hundirse o la necesidad de actuar (disociaciones, evitaciones, paso al acto, impulsividad, autoagresiones, adicciones, somatizaciones, depresiones y vacíos). Causas y efectos del empobrecimiento, en estos casos, de la vida psíquica.

Lo perturbado en los trastornos borderline, como hemos indicado antes, puede ser la estructura relacional, lo que expone a nuestro trabajo a una mayor complejidad. El encuadre psicoanalítico pretende hacer posible el intercambio, el diálogo y el encuentro, permitiendo establecer un contexto de descubrimiento, dirigido a per-

mitir la búsqueda de sentido. Por tanto, desde el inicio puede cuestionarse nuestro marco de trabajo, al estar la relación con el otro gravemente dañada, expresando lo conflictivo y destructivo sufrido en la relación con el objeto primario. Pronto surgen, en cualquier contexto, angustias persecutorias, claustrofóbicas, confusionales, etc. Lo que conduce con frecuencia a bloqueos, a acting-out, o a la interrupción del tratamiento.

La paciente A viene a consulta con una urgencia irrefrenable, tendrá por motivos de trabajo que salir semanalmente fuera del país y no se ve capaz. Lleva un año con miedos a salir sola, no sabe la razón. Actualmente todo se ha desquiciado, y tiene frecuentes ataques de pánico, y miedo a montar en metro y avión. Sus demandas son muchas e imposibles de cumplir al necesitar resolver ya, *“he estado dos sesiones con otra psicóloga y no he resuelto nada”*. Su desesperación también es difícil de mitigar. La urgencia impone la lógica de la resolución inmediata, acompañada de un hacer ciego. No entiende que le pregunte sobre otros temas que no sean su situación actual de pánico, y al final de la primera entrevista expresa que la estoy tratando fríamente. El clima de la sesión era un tanto denso y enrevesado, con esto explota. Mis preguntas dirigidas a poder entender su sufrimiento, se han vivido como juicios críticos contra ella. En patologías de déficit, como muestra Balint (1989), cualquier observación del analista puede ser sentida como un ataque, una exigencia, una injusticia, una falta de consideración, y tener una importancia mucho más allá de lo que se puede esperar atendiendo a criterios realistas. Trabajar lo sucedido permitió canalizar las angustias presentes, e ir creando un clima más seguro, de confianza, donde el diálogo y la cooperación fueron posibles. Isidoro Berenstein y Janine Puget (1997) dicen del encuadre que *“se trata de una actitud mental y no sólo de una serie de estipulaciones enunciadas inicialmente (...) sus alteraciones evidencian alguna crisis cuyo significado remite a otras crisis vinculares o individuales. Cuando estos momentos del vínculo son superados, éste evoluciona hacia mayor complejidad...”* (pp. 127-128).

En la segunda entrevista, viene casi fuera de su tiempo, todo continúa en su vida igual, subraya que desde que me vio no ha mejorado. Necesita con urgencia la solución, y pensar lo que le pasa incrementa en estos momentos su ya excesiva angustia. Muestra vergüenza a hablar de sus cosas, no tiene ganas ni deseos de hacerlo, y está dolida con todos, sin poder aclarar más estos sentimientos. La atmósfera de la sesión es otra, su defensa ya no es el ataque, ahora podría hundirse. Entender esta presentación de sí misma, donde exige resultados inmediatos, antes incluso de estar comprometida a trabajarlos, dio paso a poder hablar de los hechos significativos de su vida, la demanda de tratamiento se reformuló, y se plantearon las dificultades y necesidades del encuadre. Al encuadre le compete tolerar afectos, actos, tensiones extremas, y reducirlas por medio del marco emocional y el funcionamiento mental que proporciona el analista. Así, el encuadre terapéutico debe ser sostenido flexiblemente permitiendo la posibilidad de canalizar, ordenar y elaborar las frecuentes variaciones que en los estados borderline se presentan. Lo complejo es, en ciertos momentos concretos, poder encontrar lo adecuado. Winnicott (1979) indica que *“la psicoterapia se da en la superposición de dos zonas de juego: la del paciente y la del terapeuta. Está relacionada con dos personas que juegan juntas. El corolario de ello es que cuando el juego no es posible, la labor del terapeuta se orienta a llevar al paciente de un estado en que no puede jugar a uno en que es posible hacerlo”* (p. 61).

En los casos difíciles el primer objetivo es que exista la relación, poder acompañar, y contener la angustia. Luego se podrá buscar, crear y comunicar el sentido o la razón de lo que le acontece. La nueva relación altera las ya existentes, contiene ansiedades, relanza la dinámica, abre el campo de la percepción, y enriquece aportando perspectivas diferentes. Eso llevó en este caso, en un segundo momento, a poder revisar su historia, hablar de sus padres fríos que no muestran los afectos, que por motivos de trabajo le dejan la crianza a los abuelos paternos, los cuales se peleaban mucho, ella también era y es violenta, grita, tira cosas, y hasta se le cambian los ojos como poseída en sus enfados, eso le dicen. Asusta también a ella este descontrol. Las tormentas afectivas, como señala Green (2001), son consecuencia de los deterioros de las investiduras de las representaciones y las imágenes del Self, y llevan a este a la impotencia. La diferenciación y desarrollo de los afectos, de inmaduros y globales a maduros y específicos, depende del crecimiento del Yo. Con diez años viene a España, no hablaba el idioma, y recuerda cómo no quería salir al patio porque los niños la atacaban con ironías difí-

les de soportar. En su adolescencia se acerca a personas inadecuadas, sale pronto a vivir con un chico, y es después de un accidente de tráfico donde se frena momentáneamente su desorden. Regresa con los padres, quiere empezar otra vida, pero siente que estos sólo se preocupan de exigirle su inclusión en el modelo de familia ejemplar que quieren mostrar a los vecinos. Teme el descontrol, coger un cuchillo le da miedo, puede matar a alguien, teme también que le pueda dar un ataque al corazón y morir, todo porque ahora la tensión se la traga. Surgen con frecuencia en estos trastornos miedos a morir, a padecer enfermedades graves, miedos invasores que producen vivencias de fragilidad, temor que también es una petición de ayuda. Piensa que otras compañeras de trabajo tienen situaciones más complicadas que ella, porque encima tienen hijos, y pueden viajar semanalmente, es decir, pueden más que ella. Frenando la desmesura de estas experiencias el relato generará la posibilidad de ser pensado, permitiendo el acceso y el análisis de los diversos problemas que muestra: traumas tempranos, frecuentes desorganizaciones, gran destructividad, distorsiones del Yo, fragilidad narcisista, síntomas psicósomáticos etc., que serán cosas a transformar en el proceso psicoterapéutico.

Aquí el funcionamiento del analista tiende a relacionarse con lo que denominamos función materna, con la disponibilidad afectiva, empática, sostenedora, protectora, animadora, que da reconocimiento, y media en las relaciones con los otros. Nutrir, ayudar en la regulación o reducción de la tensión, generar seguridad, dotar de sensación de continuidad, y dar sentido a la experiencia, son las funciones básicas de los objetos primarios, un intercambio por tanto complejo. La patología de la madre, del padre, o de ambos modelos identificatorios es importante en estos pacientes. Son frecuentes padres con intensas emociones incongruentes, como atesoran también los propios pacientes, con poca calidad en el contacto, con tendencias al abandono o a vínculos excesivamente intensos, lo que marca el camino a lo destructivo y la negatividad.

La paciente B tenía treinta y ocho años cuando viene a consulta. Todo su discurso se centra en la hija mayor de catorce años, necesita mostrar lo mala, ingobernable, y loca que es. Relata años de convivencia difícil por los comportamientos de esta, faltaba al colegio, robaba, amenazaba a niñas por celos y envidias, y al final hubo que denunciarla por no poder parar los ataques de rabia, gritos, y otros actos destructivos. Cedió tres meses antes de esta primera entrevista la tutela a los abuelos paternos. Hablaba desordenadamente, mostrando fuertes sentimientos de rencor, impotencia, eran palabras en torbellino que confundían todo, una especie de descarga sin reflexión. Cualquier propuesta de mirada hacia otros temas era abortada. Hablar de ella la hacía sentir mal, las ansiedades con poco se disparaban. En la terapia estos momentos hay que cuidarlos, por suponer, con frecuencia, más un abrir heridas que una toma de conciencia de los hechos internos o externos. También sentía culpa por ocuparse de sus dolencias y no de la hija enferma. Distorsión que lleva a un sacrificio poco útil, donde ni cuida de sí misma ni cuida del otro (hay que aplacar la crueldad del Superyó). Hacer esto tolerable y restablecer cierto equilibrio psíquico-cognitivo es básico, pues su perturbación condiciona percepciones, emociones, pensamientos, acciones y relaciones. Como se puede apreciar, es necesario apoyar al Yo del paciente, de lo interno: afectos e impulsos primitivos, y de lo externo: intrusivo o abandonico. En este caso, se apoyó el retomar contacto con esta hija conflictiva, y desde la distancia empezó a gestionar de otra forma los ataques y reproches que la hija hacía, fue calmando sus miedos y pudo ir hablando con criterio y cierta ternura, aunque todo se desordenaba fácilmente, y pronto surgían ideas de volver a tirar la toalla con la hija. No obstante, el resolver cada vez mejor le daba pequeñas satisfacciones que alimentaban este proceso. Al año se plantearon de nuevo la convivencia, fue un momento crítico porque se repitieron los comportamientos conflictivos, y todo parecía un volver a empezar. En reuniones familiares establecimos pequeños compromisos de convivencia que cada vez fueron más consistentes. Así las crisis que inundaban completamente, fueron presentando graduaciones diferentes, ya no todo era negro, la hija pese a su difícil carácter mostraba otros comportamientos. Ella también comenzó a saber cuidarse, descubrió que si guardaba el dinero en una caja fuerte la hija no le robaba, y la rabia y la maldad que eso suscitaba se modularon. Se rompió así esa escala sin grados que hacía de toda crisis una amenaza de destrucción total. Su autoestima aumentó, ya no era la única que tenía problemas en la familia, su hermana la brillante le pedía consejos por conflictos familiares, y la ayudaba eficazmente. El sentirse bien permitió que hablara de lo mala que se había sentido por rechazar a la hija, o cómo la enloquecía antes

cualquier comentario sobre malos padres que la televisión o la gente hacía de manera aleatoria. Contó como fingió desmayos en la época de más conflicto con la hija para intentar controlarla, aunque ahora se daba cuenta que todo eso confundía y desordenaba en mayor grado. Toleraba así sentimientos y pensamientos negativos sobre ella que en otro momento parecían insoportables. No vale con ser receptivo a las ansiedades que se expresan, también es necesario hacer tolerables y pensables las experiencias vividas, y entender el funcionamiento yoico y las defensas que el paciente adopta para negociar situaciones peligrosas o dolorosas. En el curso del análisis cambian los patrones defensivos, permitiendo el aumento de la capacidad de integración, y cambios más adecuados en las transacciones del sujeto.

Son pacientes que disfrutan de juicio de realidad, aunque cesa ante situaciones de mucho estrés o gran ansiedad. Por consiguiente, son frecuentes las confusiones entre realidad y fantasía, confusiones en la diferenciación del mundo interno y el mundo externo. Esta falta de discriminación engendra violencias psíquicas que pueden tener un efecto tan devastador como los abusos y los traumas reales.

La baja tolerancia a la frustración juega un importante rol en la confusión que se crea, por imponer urgencias y soluciones inmediatas, que como hemos visto anteriormente, impiden normalmente reflexionar de manera adecuada. Se impone más el discurso imaginario fruto de la tensión que se vive, que apreciaciones de valor en relación a las situaciones examinadas. W. R. Bion (1970) nos dice que *“la personalidad del niño por sí misma es incapaz de utilizar los datos de los sentidos, y tiene que evacuar esos elementos en la madre, y confiar en ella para hacer todo lo que sea necesario para convertirlos en una forma adecuada que permita al niño utilizarlos como elementos alfa”* (p. 159), es decir, con criterios coherentes de sentido común.

La insuficiencia narcisista conlleva que pronto germinen temores, daños, vergüenzas, que dañan la vulnerable identidad, y estancan en la venganza o la humillación. En muchos casos parece que se nos pide que suplamos casi incesantemente el control ante las alteraciones que sufre el paciente. André Green (2001) plantea que *“lo que se demanda del analista es algo más que sus capacidades afectivas y su empatía; es, de hecho, su funcionamiento mental, porque las formaciones de sentido han sido puestas fuera de circuito en el paciente”* (p. 59). En el proceso de la terapia esta función será introyectada por el paciente.

Reparar este Yo, perdido en tanta devastación, implica acoger los aspectos deteriorados, disociados, intolerables, traumáticos que se suscitan, haciendo posible que el paciente experimente el significado mismo. En este momento, no se trata de encontrar algo más en relación al pasado, sino de abrir la mirada a otras perspectivas existentes, es más útil corregir y separar representaciones de sí-mismo y del objeto, o poner forma a lo difuso, y subsanar una distorsión. Por tanto, se da la posibilidad a nuevos desarrollos, y la evolución de estructuras psíquicas. Estas personas no necesitan únicamente que se les aporte referencias coherentes en su sentir, pensar y hacer, también y de una manera fundamental investirse con valor.

La intuición sustentada en las enseñanzas y descubrimientos que se han aportado en el tratamiento de estos trastornos, y la experiencia que podemos acumular, son a veces los únicos recursos para comprender las circunstancias que se presentan, y las resistencias en juego. En estos casos no suelen apreciarse transferencias claras, consolidadas, más bien nos encontramos con multitud de dimensiones transferenciales diferentes y perturbadoras. La transferencia es la repetición en el presente de sentimientos y actitudes del pasado. Estos pacientes, sin embargo, no aprecian fácilmente dicha repetición. Kernberg (1987) plantea que *“la neurosis ordinaria de transferencia se caracteriza por la activación del sí-mismo infantil del paciente. El paciente revive los conflictos emocionales de este sí-mismo infantil con los objetos paternos según su experiencia en la infancia y la niñez. En contraste, las representaciones objetales y del sí-mismo de los pacientes límites se activan en la transferencia en formas que no permiten la reconstrucción de los conflictos infantiles con los objetos paternos según se perciben en la realidad. Con estos pacientes la transferencia refleja una multitud de relaciones objetales internas de aspectos disociados o escindidos de una naturaleza altamente fantástica y distorsionada”* (p.98). Este autor sugiere modificaciones técnicas, entre otras, elaborar la transferencia negativa sin intentar su reconstrucción; centrar el análisis en las relaciones del paciente con los demás; estructurar la situación terapéutica para poder contener el acting-out, planteando límites estrictos para la agresión física; y la utiliza-

ción de factores ambientales que permitan una mejor organización de la vida del paciente. Los objetivos de la interpretación de la transferencia, según Kernberg (2005) son: “1) diagnosticar la relación objetal dominante dentro del caos general de la situación transferencial; 2) esclarecer cual es la autorrepresentación y cuál la representación objetal de esta relación objetal internalizada y el afecto dominante que las liga y; 3) conectar esta relación objetal primitiva y dominante con su opuesto escindido por medio de la interpretación” (p. 25). Este análisis de transferencias y resistencias va dirigido a explicar el entramado emocional en el que está metido el paciente. En estos casos el paciente se expresa más a través de la acción que por medio de la comunicación verbal.

El paciente C es un adolescente, bloqueado desde hace unos años en los estudios, últimamente también ha tenido problemas con la policía por participar en la ocupación de diferentes edificios abandonados con la intención de convertirlos en centros culturales alternativos. La madre sufre y le repite insistentemente que tiene que estudiar si quiere ser abogado y no ir a ocupar edificios de manera ilegal, y se culpa del acoso escolar que su hijo sufrió antes de todo esto. Su padre con rabia devalúa las opiniones de todos, no dice nada al hijo “*para que decir, no me hace caso, este hijo no da su brazo a torcer*”. En el colegio él no molesta a los profesores, así no le molestan a él, pero todo va mal y no cambia. Intenta hacer sentir al otro su desdén, engaña y espera del otro el engaño también. La captación de la situación de conflicto es previa a la solución de problemas, aprehender alguna forma de vivencia afectiva es esencial para la comprensión efectiva. Siente que le obligan a venir al psicólogo como a ir al colegio, y su actitud aquí también se repite, intenta no dar problemas y es hipersensible a cuando yo se los doy con algún señalamiento. Prefiere conversaciones que pretenden ser graciosas pero vacías. Presenta déficit de autoestimulación, no encuentra en él mismo alicientes para actuar, esperando pasivamente los logros que le afirmen convenientemente. Quiere ser abogado pero está muy lejos de serlo, no invierte esfuerzo en ello, desvitalizado no cree en su futuro, no cree poder cumplir con esta meta. Esa es una de las razones de marginarse, y al aliarse con otros jóvenes que hacen lo mismo se aplacan angustias, y surge una imagen de gamberro ideal que le enfrenta a lo divergente devaluado (los no gamberros), establece un poder imaginario sobre el otro diferente. Tiene una necesidad exagerada de relacionarse con un otro especular o soporte, lo que permite afirmarse, estimarse, gozar, jactándose de ello. En parte da lo que recibió hace cinco años en la escuela, allí se rieron, le ridiculizaron, y le agredieron durante largo tiempo, por ser bueno y cumplidor con los profesores. Vaciada la capacidad de amar, es incapaz de desarrollar sentimientos de empatía. Esto tardará en plantearlo, pero permite entender su juego, que es ponerme a prueba e intentar desordenar nuestra tarea, confundiendo lo verdadero y lo falso, o lo bueno y lo malo, así por ejemplo, pintar en lugares prohibidos como vagones de metro es libertad de expresión, y pintar en clase de dibujo de reprimidos, etc. Estos intentos de confundir la verdad y atacar la terapia sí se hablan, por ser necesaria la formación de un espacio contenedor capaz de crear nuevos vínculos.

Los pacientes borderline son individuos narcisísticamente vulnerables, visualizan con frecuencia al terapeuta como un peligroso agresor, y por ello hacen contraataques agresivos, la intervención terapéutica amenaza contra su seguridad, por tanto, hay que intentar no herir su Self. Hay miedo a conectar, temor a depender y a necesitar, lo que confirmaría imaginariamente su inferioridad.

Es importante resolver las continuas paradojas que se plantean, una de las primeras en aparecer suele ser la de petición de ayuda. Hay una demanda para resolver los conflictos que al paciente le acucian, y al mismo tiempo se ejerce gran resistencia contra esto. La paradoja confunde el pensamiento al plantear términos no excluyentes entre sí, donde los enunciados adversos pueden permutar en un círculo sin fin, intoxicando la razón. Paradojas que tienen que ser toleradas antes de su transformación en insight (Ahumada, 1999) el analista sólo las resuelve metacomunicando, como propone Anzieu (1975).

El anterior paciente para no ser excluido de su grupo de amigos comienza a consumir drogas, estas le generan grandes ansiedades persecutorias que le llevan a fuertes ataques de ansiedad. Trae un sueño, en él se despierta tras un dormir profundo, y al hacerlo le comentan que su abuelo acaba de morir, el dolor es inmenso, no soporta ese dolor y vuelve al dormir profundo, se vuelve a despertar y nuevamente le transmiten la misma infor-

mación de que su abuelo acaba de morir, esta secuencia se repite varias veces hasta que realmente el miedo le despierta. Esto le hace recordar la muerte real de este abuelo, una pérdida muy significativa para él, que le vuelve a enfrentar con lo insoportable de lo real. Inquieta la separación del objeto que deprime y amputa. El afecto debe ser inhibido cuantitativamente, no debe sobrepasar cierto umbral para que haya pensamiento. Su dificultad en modular emociones, es lo que le lleva a evacuar toda tensión. También por las grandes lagunas representativas que tiene el paciente, es decir, aún gran parte del material sensorial primario no está en contenidos significativos de pensamiento. Es importante preguntarnos por la angustia, cuándo emerge, en qué condiciones aparece, en su secuencia, al ser la causa de inadaptaciones, inestabilidades, y desorganizaciones. La consulta sienta que comienza a ser un lugar seguro para él, pero el afuera se convierte durante un tiempo en la repetición del sueño. No se mira desnudo al espejo, piensa que cualquiera que lo vea sin camiseta sentirá asco porque está lleno de granos, si lo piensa se deprime. Se siente rechazado por los profesores pues no es inteligente, en este periodo evitó ir unos días a clase ante la angustia padecida. Cree que si fuera listo en una hora se sabría el examen, su ideal es exigente. Aquí ya puede ir soportando los señalamientos y elaboraciones de dichas vivencias.

La respuesta emocional del analista por la influencia del paciente se debe considerar de particular importancia, como herramienta terapéutica, en el tratamiento de desordenes profundos de la personalidad, también es una base para la empatía y la comprensión. Es fácil descubrirse inmerso en relaciones objetales primitivas patológicas del paciente, esto constituye una dificultad, y a su vez ofrece la posibilidad de captar vivencialmente mejor dicha experiencia. C. Bollas (1991) señala que *“los pacientes comunican su mundo interior por el establecimiento de un ambiente dentro de la situación clínica”* (p. 275). El trabajo de la contratransferencia, siguiendo a Bion (1970), conlleva contener los elementos beta del analizado, es decir, las impresiones sensoriales, y las experiencias emocionales no transformadas; y por medio de la función alfa del propio analista, recibir la identificación proyectiva del paciente pudiendo captar, procesar, y devolver dicha realidad viable.

Destacar en esta patología los frecuentes vaivenes, muchas veces súbitos e inesperados, entre polos opuestos: capaz o incapaz, excelso o deprimente, doliente o indiferente, invasor o ausente. Palabras y emociones que tienen que ver con ideas sobre quiénes somos, nuestras capacidades, y nuestro lugar en la vida, por tanto, tocan directamente la identidad.

Volviendo al anterior paciente, un día se sincera y expresa que intenta que la gente no sepa que le pasan cosas, por eso tardó en comunicar el acoso escolar sufrido. Lleva unos meses saliendo con una chica y ya ha tenido discusiones por evitar hablar de ciertos temas, tiene miedo a perderla. Cree que si se enterara esta de que ha ido de putas le dejaría, y se angustia descontroladamente como si esto fuera a pasar. En su relato continúan faltando afectos, representaciones, figuraciones que permitan comprender. Tras preguntas para clarificar lo sucedido, cuenta que al ir él de fin de semana al pueblo de los padres, sintió que ella le dejaba solo, y de rabia se fue al prostíbulo. La rabia que sintió en la separación le lleva a distorsionar, y confundir la realidad, su autoestima aún puede estar puesta en rechazar al otro.

Una de las características más perturbadoras en este cuadro psicopatológico es lo excesivo de lo destructivo, lo que conduce a conductas contra sí mismos, los vínculos, y los otros. Es importante apreciar lo que el paciente se juega en la violencia: humillación, envidia, odio, venganza, etc. (el aspecto cualitativo), pero sobre todo la intensidad (el aspecto cuantitativo) que si persiste y no se modula no sólo podría colisionar con el otro sino que también podría conducir a la desorganización, a abolir lo que D. Meltzer (1996) llama *“parte adulta del paciente”* (p. 10), la parte que puede elaborar el conflicto presente.

Se produce un gran avance en este último caso, cuando piensa que le gustaría tener hijos, y le gustaría ser con sus hijos muy diferente a como los padres han sido con él. El querría que su hijo se sintiera escuchado. Hay esperanzas en restaurar su identidad y construir aspiraciones coherentes. Aquí su trato con él y los otros comienza a tener mejores calidades. Empieza a poder exteriorizar su propio Yo, un Yo vitalizado, que presenta una imagen buena, aceptable, y por tanto puede ser ya mirado. No están tan presentes sus yoes indignos. Lo que conlleva que se castigue con menos frecuencia haciendo heridas en su piel, esto acontecía al sentir que no había

estado a la altura. Hay crecimiento de la propia mente al poder asumir y tolerar sus circunstancias, y enfrentar razonablemente su futuro, actualmente sus estudios progresan bien. El propósito del análisis, en este momento, está en intensificar el contacto con la realidad, reduciendo las interferencias de lo imaginario; los mecanismos disociativos, proyectivos, denegativos que empobrecían las facultades perceptivas e intelectuales no funcionan tan masivamente. La confusión, la evacuación de la tensión, la intolerancia a la frustración, le alejaban de conseguir las satisfacciones necesarias para el crecimiento, y le conducían a sustituciones narcisistas, no adaptadas a las exigencias de la realidad. El tolerar el contacto con su realidad genera otras posibilidades al permitir la confrontación, la abstracción, la realización.

Muchos pacientes borderline han sufrido traumas tempranos: abusos sexuales, malos tratos, abandonos, deprivaciones, traumas *après-coup*, o traumas acumulativos como indica M. Khan (1960). Traumas que pueden explicar la ruptura del propio desarrollo, cuya gravedad desborda las posibilidades de defensa, generando modalidades vinculares que dan origen a un sufrimiento difícil de modificar, y tiñen el proceso analítico de vivencias de vacuidad o esterilidad, como indicadores de graves perturbaciones. Hechos apreciables en los casos relatados, que se expresan más en lo no verbal o en la acción que en la comunicación verbal, más allá de la representación que dirá Green (1995) hablando del trabajo de lo negativo. César y Sara Botella (2003) indican que “*las expresiones del trauma de efectos negativos se limitan bien sea al carácter, a síntomas sin contenido como las inhibiciones o los estrechamientos del Yo*” (p. 164). Reparar lo traumático, o crear las estructuras inexistentes, se hace mediante cierta disponibilidad psíquica puesta al servicio del paciente, reanimando, alimentando, regulando, y desarrollando su actividad mental. Ya que la catástrofe produce cierto desmantelamiento de las funciones yoicas del sujeto, por la afluencia abrumadora de estímulos. Por pura lógica es necesario cesar y obstaculizar nuevos traumatismos. Otros analistas entre ellos Winnicott (1958a, 1958b), Khan (1960) o Balint (1989), han aconsejado que el analista debiera en este tipo de pacientes, permitir cierta dependencia y regresión que transforme dichas experiencias infantiles, y alivie y deshaga las fallas de cuidado materno. Nueva versión de la llamada experiencia emocional correctiva (Alexander y French, 1965).

Las heridas del pasado marcan estados de ser y estar, estos nos pueden comunicar el sentido de lo antiguo, estados de alerta, retraimientos, inhibiciones, petrificaciones, rabias, penas, caos, vacíos, etc. Emociones que se presentan en el tratamiento aportando sentido en lo psicológico, y pueden ubicarse en la historia del sujeto. El afecto que desborda tiende a despojar al pensamiento de significados, impulsando a la evacuación, a la acción inmediata. Como muestra Bion (1963), el punto crucial está en la decisión entre eludir o modificar la frustración, entre expulsar o pensar. Para este autor el crecimiento mental consiste en la extensión del pensar y del aprendizaje a partir de las experiencias emocionales, lo que conlleva tolerar esta situación. En la misma dirección P. Marty (1980) apunta que “*la mentalización se opone a la desorganización, y evita el apagamiento del psiquismo que conduce a la depresión esencial*” (pp. 36-37).

La infancia de la paciente B fue complicada, padeció una larga y grave enfermedad. Para la madre, esta enfermedad había dejado a la hija incapacitada para hacer una vida normal aunque realmente no era así, esta pensaba que no era inteligente, y que debía olvidar a los chicos pues nadie la iba a querer por ser tullida mental. El padre, un alcohólico que las maltrató a ambas y las abandonó. Esto era quizá lo único que al principio recordaba de su infancia. Ya de mayor siente que la madre no la quiere, dice que esta intenta que ella esté mal, la ataca continuamente, esto alimenta la venganza. Sus relaciones de pareja fueron bastante conflictivas, pensaba que la rechazaban por no estar capacitada, por ser un fracaso en todo, se consideraba sin valor, pero era ella quien ponía fin a las relaciones. Estos sentimientos se hicieron más intensos cuando no pudo con la crianza de la hija, hecho que en parte confirmaba sus limitaciones. Sus primeras sesiones fueron un hablar precipitado irrefrenable, lleno de rabia y amargura, sobre la malograda hija. Pronto sentía que todo lo hacía mal, y hasta yo la rechazaría como paciente, pues no conseguiría nada de lo indicado. En su mente se repetía un “*no podrás*” que hacía que en ciertos asuntos personales pronto decidiera tirar la toalla, su fracaso era más la consecuencia lógica de esta manera de actuar, que por limitaciones reales. Esto es fruto de su temor a volver a sufrir los traumas de la infancia, de los que necesitaba escapar. La rabia excesiva la mantenía viva, pero la despoja-

ba de la posibilidad de pensar discriminando, hecho que alimenta la repetición. La necesidad de combatir el “no podrás” le hace perpetuar esa vivencia. Es complejo transformar esta escena de espanto en una escena menos inquietante, modulando e integrando estos elementos en la propia vida. No obstante, el “no podrás”, empezó a ser un “no puedo más”, o un estar harta de ocupar el lugar de las desdichas y ser la culpable de todo. Un día vino maquillada y contenta, por primera vez había conseguido que la hija la escuchara, esta gritó porque quería dinero para viajar, y ella se sorprendió hablando claro y firme, “*si te calmas hablamos*”, y el conflicto se resolvió razonablemente, hasta la hija la besó, algo que creía que nunca volvería a pasar. Por primera vez se siente capaz de resolver un conflicto, de transformar lo negativo. Va descubriendo que vale, y su vida austera comienza a enriquecerse “*siento que hago cosas normales, voy al cine, al teatro, me he apuntado a un gimnasio*”, abre así un proceso que aporta comprensión y genera otras posibilidades, es un espacio relacional vivo. Las experiencias traumáticas se pueden reactivar por sucesos concretos, en este caso pasó cuando a la paciente se le diagnosticó un importante problema ocular, al ser esta una intensa experiencia que cuestionaba su integridad, pero la presión desorganizadora fue menor que en acontecimientos anteriores.

Una crisis puntual, al disponer de mejores recursos internos, ocurrió cuando el padre regresó al barrio a vivir, ese día apareció a su sesión desordenada, se sentía amenazada por la posibilidad de coincidir con él y que la agrediera físicamente. Por causa del vínculo primitivo teme la irrupción violenta del padre, sus emociones la desbordan, la desalojan de su realidad. Al desamparo de su Yo, se une la sobreinversión de lo perceptivo. Al tranquilizarse reflexiona y los ruidos se transforman en información. El padre no es el de la infancia, coincidió con él hace unos años por unos problemas de herencias y habían resuelto convenientemente. Su mundo vuelve a resurgir. En esta patología predomina el temor a no sobrevivir. Este desbordamiento como se puede intuir no presenta ya ni la duración, ni la frecuencia, ni la intensidad, que otros sufridos por la paciente en el tiempo pasado.

En otra sesión el paciente C nos habla de su enfado con la novia, explotó por teléfono diciendo cosas contra ella, malévolamente: “*no me ayudas en nada... yo estudiando y tu llevas nueve días vagueando con un trabajo de clase...*”. A las pocas horas vio que ella estaba en el bar esperando tranquilamente que él llegara, le molestó pensar que él estaba estresado y ella tranquila. Comenta que esto le pasa porque si él se presiona ella también debería presionarse. La fuerte pasión sentida se impone sin atender otros aspectos de la realidad, se da un desequilibrio interno displacentero y automáticamente lo expele situando fuera la causa del disgusto, tensión y reacción. Su cólera envidiosa quiere impedir la felicidad de su pareja, lo que vive con satisfacción al corregir la injusticia percibida. El propósito, el control ávido del otro. Sólo se quiebra este razonamiento al sentir que tantas peleas con su pareja pueden hacer que la relación termine. Se le señala que se compara con los demás y esto le amenaza. Su mirada se endurece, tras un largo silencio dice “*si me cabreo aquí no me valdrá la sesión*”, esta expresión de lo que siente le lleva a tranquilizarse, a pensar, y a entender que trata desde el mismo lugar que aquellos que le acosaban en el colegio. Destacar finalmente las capacidades internas de contención emocional, y las simbolizaciones estructurantes de las que ahora sí dispone, que permiten al sujeto un transitar menos perturbador.

Terminamos con otra sesión, esta vez de la paciente A. Viene a consulta con ansiedad y desesperación, el chico que conoció hace unos meses la ha dejado, y ella no puede vivir sin él, tiene que intentar que no la deje, y cree que es posible porque le ha dicho que no es el momento para una pareja, pues no sabe si salir fuera del país a trabajar o no. Su cabeza anula el hecho de ser dejada y se llena con la idea de que ahora él no busca compromiso. Realizo un comentario poco empático en este sentido, y se llena de negatividad, se ataca con diversas ideas “*no voy a ser como mis padres, ellos se conocieron muy jóvenes y llevan toda la vida juntos... todos tienen pareja y yo no... mi trabajo es incierto, ya tendría que tener un puesto más consolidado...*” El embotamiento afectivo se hace grande. Necesita sentirse con valor, y el amor no correspondido cuestiona su estimación, hay sufrimiento en este sentirse pobre y vacía. El terapeuta tiene que intentar ser aún estructurante y no desorganizante. El punto de urgencia era contener el desvalimiento de la paciente, y no el análisis de lo sucedido en esa relación. En un nivel edípico el señalamiento que se hace puede ser correcto, en este nivel preedípico no se con-

tactó con lo profundo de dicha experiencia emocional, y la amenaza al Yo se acrecentó. No obstante, este error permitió trabajar con profundidad y nuevas perspectivas el tema en su vida de defraudar.

En la clínica de lo borderline, el terapeuta debe con frecuencia ser activo, intentando generar material que ayude al sujeto a tomar conciencia de las experiencias que acontecen, hacerlas pensables y manejables. Por ejemplo, el ejercicio que se planteó a la paciente A ante su temor frecuente a padecer un cáncer. Se incluye un cojín para externalizar su temor, se dice que representa el cáncer, y se pide a la paciente que exprese lo que siente. No quiere tocarlo, “*es un peligro mortal, me da miedo la muerte... me ataca, no me deja hacer mi vida*”. Transforma el cojín en otro elemento “*es una patata caliente, temo enfrentar las cosas...*”. Se pide que lo asociado con el cojín lo ponga en primera persona, y lo expone “*soy un peligro, me doy miedo, me ataco, no dejo hacer mi vida, me inhibo y no enfrento las cosas*”. Al escucharse, piensa que estar angustiada siempre la incapacita, expresa que se culpa y obsesiona por todo. Sale de su queja, y recuerda una escena cuando ella tenía nueve años, quería ser buena e ir a casa a hacer los deberes, buscar el amor de su madre, a la vez quedarse a jugar con las amigas, también buscando el cariño; normalmente hacía esto último, al final su madre decía que se convertiría en una inútil. Después de este trabajo sonrío, indica que ha tenido una ocurrencia, siente que la patata caliente también da cosas, “*ha sido una tapadera, me protegía... ha servido para evitar y no tocar otros temas*”. En otro momento, propusimos un juego imaginario donde dar nombre y significado a distintos estilos de sentir, actuar y vincularse, en relación a su propio carácter. Así, descubre diversos personajes internos, como “la chulesca”: quiere ser diferente, explota de ira, puede hacer daño; “la cobarde”: llena de miedos, si puede escapa, le puede la responsabilidad; “la dormilona”: vaga, pasota, inhibida; “la triste”: todo se le hace grande, pronto se hunde; “la servicial”: intenta ayudar a la gente. Estas estrategias pretenden adentrarse en los conflictos presentes en la paciente, intentando provocar reflexión y cambio.

Referencias

- Ahumada, J. L. (1999). *Descubrimientos y refutaciones*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Anzieu, D. (1975). Paradoxical transference. From paradoxical communication to negative therapeutic reaction, *Contemporary Psicoanálisis*, 22, 520-547.
- Alexander, F. y French, T. M. (1965). *Terapéutica psicoanalítica* (2ª edición). Buenos Aires: Paidós (Original publicado en 1946).
- Balint, M. (1989). *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la represión*. Buenos Aires: Paidós (Original publicado en 1979).
- Berenstein, I. y Puget, J. (1997). *Lo vincular. Clínica y técnica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Bion, W. R. (1963). *Elements of Psychoanalysis*. Londres: Heinemann.
- Bion, W. R. (1970). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Hormé (Original publicado en 1967).
- Bollas, C. (1991). *La sombra del objeto*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Botella, C. y Botella, S. (2003). *La figurabilidad psíquica*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Dumont, L. (1983). *Essais sur l'individualisme*. Paris: Le Seuil.
- Green, A. (2001). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores (Original publicado en 1990).
- Green, A. (1995). *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires: Amorrortu Editores. (Original publicado en 1993).
- Kernberg, O. (1987). *Trastornos graves de personalidad*. México: Editorial El Manual Moderno. (Original publicado en 1984).
- Kernberg, O. (2005). *Agresividad, narcisismo y autodestrucción en la relación terapéutica*. México: Editorial El Manual Moderno.
- Khan, M. (1960). Regression and integration in the analytic setting. *International Journal of Psycho-Analysis*, 41, 130-146.
- Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique*. Paris: Payot.

- Meltzer, D. (1996). *El proceso psicoanalítico*. Buenos Aires: Editorial Hormé.
- Vera Ocampo, E. (1988). *Droga, psicoanálisis y toxicomanía*. Buenos Aires: Paidós.
- Winnicott D. W. (1958a). Metapsychological and clinical aspects of regression within the psycho-analytical set-up, en *Collected Papers: Through Paediatrics To Psycho-Analysis*. Londres: Tavistock Publications Ltd. (Artículo originalmente publicado en 1954).
- Winnicott D. W. (1958b). Clinical varieties of transference, en *Collected Papers: Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. Londres: Tavistock Publications Ltd. (Artículo originalmente publicado en 1955).
- Winnicott D. W. (1979). Realidad y Juego. Barcelona: Editorial Gedisa (Original publicado en 1971).

Manuscrito recibido: 09/05/2014

Revisión recibida: 29/05/2014

Manuscrito aceptado: 05/06/2014