

EL PACIENTE BORDERLINE: de la clínica a la teoría*

Para nada la práctica es espontánea, sencilla. Si no se la reprime, es turbulenta. ¿Qué hemos incorporado de la tradición? Es decir, del sistema conceptual pero también de sus rituales y sus mañas.

Pretendemos abordar los conflictos, a diferencia de la psiquiatría descriptiva que se conforma con describir cuadros (como ya mencioné en relación al DSM IV)¹.

Si una teoría no brinda herramientas es teoricismo. Pero, a la inversa, una teoría que sólo clasifica es nosografista. El síntoma no es autoevidente ni clarividente porque condensa distintas constelaciones fantasmáticas.

El síntoma fue un descubrimiento de la psiquiatría descriptiva, un descubrimiento que la encandiló. Freud nos puso en condiciones de ver en el síntoma un *tráfico de vehículos*: "historia", "conflicto", "mecanismos de defensa", "formaciones de compromiso", "retorno de lo reprimido". Van y vienen. Se rozan. Chocan. Son conceptos en la teoría y herramientas en la clínica. Ni en la teoría ni en la práctica ninguno de ellos se basta solo. Están tramados. Así, el sentido de un síntoma, de un vínculo, de una sublimación, de un sueño, de un duelo, de una inhibición lo enfoco en la perspectiva de toda una vida y en la trama de los conflictos.

Conflictos y mecanismos de defensa

Los mecanismos de defensa difieren según el conflicto predominante. Parece sencillo definir conflicto: el sujeto es tironeado por exigencias contrarias e incluso irreconciliables. Pero se puede decir más: el conflicto se da en distintos terrenos. Se da entre pulsiones, entre instancias, en el interior mismo de las instancias, entre deseos y defensas, entre amor y odio.

Freud nos da una mano con sus tres registros: *tópico* (preconsciente-inconsciente; ello, yo, superyó), *dinámico* (conflicto pulsional: Eros y pulsión de muerte), *económico* (energía libre y ligada, procesos primario y secundario) y para tramitar los conflictos están los mecanismos de defensa.

Freud (1926) complejiza el concepto de defensa, que no se reduce a la represión: regresión, formaciones reactivas, conversión, aislamiento, anulación retroactiva, introyección, identificación, proyección, vuelta sobre sí mismo y transformación en lo contrario, escisión, clivaje, etc. Establece conexiones entre ellos y entre cada uno y determinadas afecciones. Se ponen en marcha no sólo ante derivados pulsionales sino ante todo aquello que suscite angustia: emociones, situaciones, exigencias del superyó, de la realidad y de los otros significativos. La finalidad es evitar toda perturbación que se traduzca en displacer. Anuncian la amenaza y desencadenan el proceso defensivo tres tipos de angustia: angustia real, neurótica y ante la pérdida de amor del superyó.

Más aún, en los últimos años Freud esbozó otros sistemas de defensa que afectan la unidad del yo (fisuras, grietas), esbozo que hoy nos es indispensable para construir una teoría de los estados fronterizos y de otras patologías narcisistas.

La represión podría pasarnos inadvertida porque no suele estar sola. La represión implica excluir algo del preconsciente y enviarlo al inconsciente. La proyección² implica esa indiscriminación yo-no yo a la que hemos dado un trato preferencial en este libro.

*Este texto es un fragmento del cap. 5 de *Las encrucijadas actuales del psicoanálisis*, (FCE) 2013.

¹ Véase el cap. 4.

² En la época kleiniana todo era proyección. Quizá, como decían Les Luthiers, "el que lo dice lo es".

Los *procesamientos de defensa* actúan en dos niveles. En uno predominan la represión y la angustia de castración. En otro, la escisión y la proyección, estrategias defensivas que tienden a excluir el espacio psíquico interno. Son expulsiones en el acto. Expulsiones en el cuerpo, en el caso de la hipocondría y las somatizaciones. Expulsiones en el otro, en el caso de las identificaciones proyectivas.

Estaremos en el buen camino si la práctica no desmiente nuestras apuestas teóricas. Intentemos comprobar que en los *borderlines* el conflicto concierne al sentimiento de sí. Es preciso considerar de cómo se fue construyendo el yo, de qué fisuras se produjeron en su historia. Miremos de cerca al yo y repito lo ya escrito. En las organizaciones *borderline*, un yo con límites borrosos; en la paranoia, un yo en peligro de fragmentación; en la esquizofrenia, un yo que regresó más allá del narcisismo, hacia el autoerotismo³.

Caprichosamente se rechaza el concepto de identidad. Entenderlo solamente como un estado y no como búsqueda es entenderlo mal. Como búsqueda es muy productivo en la clínica. En los pacientes fronterizos ¿qué sino el sentimiento de identidad puede contrarrestar el sentimiento de muerte psíquica?

La denominación “fronterizos” ha sido bien elegida. Luchan con uñas y dientes para conservar una precaria identidad. La frontera entre interno y externo es de mucha incertidumbre. Una y otra vez debe ser confirmada. Una indiferenciación sujeto-objeto desdibuja sus límites. Predominan la angustia de separación y su complementaria, la angustia de intrusión. Siempre está a punto de ser abandonado por sus objetos. A punto de que lo aplaste la intrusión. O las dos amenazas a la vez. ¿Qué margen de libertad le queda?

Polimorfismo sintomático

Investir al otro podría reavivar angustias de separación. Buscan la fusión porque, sin ella, se les escurre el sentimiento de sí. (Lo intolerable es la alteridad.) O mantienen cautelosa distancia por miedo a perder sus propios límites y su sentimiento de identidad. Tienden a la autosuficiencia negando toda dependencia.

Son pacientes que muestran una susceptibilidad extrema al rechazo y a las pérdidas. Son “*adictos*” de una persona, se adhieren y no pueden estar solos. La respuesta del otro debe ser la que ellos esperan, porque si fuera otra generaría una hemorragia narcisista. Se previenen del “avasallamiento”, evocador de una angustia masiva que reedita el encuentro con esa madre que no pudo dosificar y regular los estímulos (externos e internos) y proponer un proceso de simbolización que atenuara tanta excitación.

Prevalecen comportamientos autodestructivos, inestabilidad de las relaciones con los otros, impulsividad, síntomas psicóticos episódicos, ideas de persecución o síntomas disociativos. La dependencia al otro se acompaña a menudo de dependencia a la droga y/o al alcohol y de una genitalidad inestable, caótica, impulsiva, cuando no polimorfa. Hay clivaje más que represión, ataque contra el pensamiento más que la evitación del pensamiento. Los pasajes al acto son frecuentes e imprevisibles, incluidos los intentos de suicidio. No hay una clara orientación sexual. Son actuadores y se comunican escasamente. El pasaje al acto predomina sobre la acción específica, la catarsis sobre la praxis lúcida. El pensar es incontinente.

No le tenemos ojeriza a la descripción. Es el primer paso y hay que darlo.

Labilidad del yo y angustia masiva. Polimorfismo sintomático e inconsistencia de las relaciones de objeto. Un yo desfalleciente cumple como puede su función de elaboración de los conflictos. Vemos en la clínica ciertos indicadores: la incidencia de los procesos primarios en el pensamiento; el despliegue de mecanismos de defensa primitivos (escisión, idealización primitiva, identificación proyectiva, desmentida y omnipotencia, etc.).

³ *Las depresiones*, Hornstein, L. (Paidós, 2006)

Los síntomas remiten a problemas del yo y sus relaciones con los otros. Miedo de destrucción recíproca. Esclavizante dependencia del objeto. Estemos atentos a los vínculos. No sólo cuando un vínculo se rompe sino también cuando amenaza romperse, pueden desencadenarse una depresión severa o bien pulsiones desmesuradamente violentas, incontrolables. Al faltar irrigación deseante, el mundo fantasmático es inaccesible. El sujeto se siente vacío por dentro y por fuera.

La amenaza de separación repite viejos e intensos temores de abandono. Para minimizarlos y para prevenir la separación, acusan violentamente de malos tratos y crueldad, así como rabiosos comportamientos autodestructivos. De la ausencia de una relación de sostén (o al menos protectora) se derivan experiencias disociativas o actos impulsivos desesperados (incluyendo el abuso de sustancias y la promiscuidad).

Las actuaciones (auto y alodestructivas) pueden conducir a tentativas de suicidio, y el riesgo aumenta cuando las actuaciones incluyen consumo de sustancias y actitudes violentas. Debemos estar alertas y, llegado el caso, apelar a la familia (Lerner, 2007).

En los *borderline* predomina la angustia frente a la pérdida de objeto. Angustias arcaicas por no poder representar la ausencia del otro como presencia intrapsíquica.

Dijimos que sus relaciones de objeto son inestables. Es lo que Kernberg llama el síndrome de difusión de identidad. Los objetos se les presentan borrosos. Inestable es también la relación terapéutica. El *borderline* es ingrato. A veces una sesión suspendida o un viaje tomado como abandono le bastan para abandonar la terapia⁴.

Oscila el compromiso afectivo con el objeto, alternando fusiones y distanciamientos. Oscilan las cualidades del objeto, de maravilloso a descartable. Tienen imposibilidad de estar solos. En los momentos de soledad se fusionan a un objeto o pasan de uno a otro con facilidad. Les cuesta muchísimo tramitar duelos, porque la tramitación de un duelo requiere construir un mundo interno a partir de las pérdidas. El sentimiento de vacío acarrea dolor psíquico y suelen ser muy irritables.

Sus afectos son intensos: ira, vacío, afectos no domados. No pueden detectarlos, darles un motivo, relacionarlos. Esa dificultad remite a una madre que lo ayudó poco a vestir con palabras los desnudos afectos. Una vivencia habitual es el aburrimiento. El mundo interno parece árido. Aburrimiento o ebullición de afectos, irrupciones de proceso primario por déficit yoico. En el fronterizo, las bulimias o anorexias también son frecuentes, así como síntomas psicóticos episódicos. Y mucha adicción, tanto a las personas como a las sustancias, por la sensación de vacío psíquico. Así como en los depresivos el alcohol y las drogas cumplen una función antidepresiva, en estos pacientes la sensación de vacío facilita el consumo de drogas.

Una cursante-Diste una serie de indicadores clínicos. Yo pensaba que el eje está ligado al déficit representacional, como si fuera un núcleo y de ahí se podrían derivar esos indicadores clínicos.

Trato de evitar el congelamiento de las ideas y trato de que la teorización sea flotante. Por eso creo que conviene el camino opuesto: de la clínica a la teoría.

Seré más claro. Cuando pedimos un bife en el restaurante, no siempre el cocinero pone a la parrilla un bife crudo. Muchas veces pone un bife “marcado”. Es decir, el bife ya está casi por completo cocinado. Trato de evitar las nociones “marcadas”.

Después de escuchar al paciente, entonces sí, bienvenida la metapsicología. Cada día, con cada paciente, volveré a pensar qué tipo de déficit en la historia, sobre todo en la historia identificatoria, ha generado dificultades en cuanto a las funciones yoicas o a la construcción de la organización representacional. El trabajo clínico con los fronterizos nos confrontó con angustias que expresan una labilidad de las fronteras entre el yo y el objeto, y entre el yo y las otras instancias.

El amor en los *borderlines*

⁴ Como anticipé en el capítulo 3.

Una cursante — ¿Cómo pensás el tema de los celos en los borderlines?

En el 2007 me invitaron a Murcia como disertante. Había dos temas centrales: celos y trastornos borderline.

A mí me tocó el tema “Los celos”. Interesante, porque terminé hablando, no de los celos patológicos, sino de los celos constitutivos de la subjetividad. El Edipo, el nacimiento de un hermanito... lo que el niño creía propio y exclusivo tiene que compartirlo. Sin celos no hay construcción de subjetividad. Antes dije lo mismo de los duelos. Los celos infantiles exigen inevitables trabajo de duelo.

En los *borderline* los celos son intensos y están vinculados al investimento del objeto, pero también al lugar que tiene el otro en la propia vida. Si unimos celos, actuación, incompreensión de por qué esa persona lo abandona. Nuevamente el cóctel. En análisis creamos un espacio donde esas tormentas afectivas no sean atribuidas a la maldad o la inestabilidad del otro, sino que se haga cargo de cuánto tuvo que ver con ese abandono o con esa ruptura.

Como le dice Hamlet a Horacio, hay muchas cosas entre el Cielo y la Tierra que la sabiduría no comprende. ¿Qué es el amor? El investimento de un objeto creador de objetos, un investimento de vínculos creador de vínculos. No siempre es beberse los vientos. A veces es cuidar que no nos barran los vientos, reforzando las fronteras y la consistencia yoica. No destruye, es amor, aunque esté lleno de angustias, angustias arcaicas. Permite existir y ser, permite no diluirse. Construye un nido, un refugio, cuando pone barreras a la fusión mortífera y a la soledad devastadora. Algunos autores posfreudianos abren un abismo entre normalidad y patología. Restringen la “*capacidad de amar y trabajar*” a unos pocos afortunados. Al resto, las migajas. Como si sólo pudieran aspirara que otras personas los acompañen por la vida como “acompañantes terapéuticos”⁵.

Pero hasta cierto punto el fronterizo puede (mas bien necesita) amar y trabajar. En cada caso veremos hasta qué punto. Se ha idealizado demasiado al amor. Se ha pensado poco en la diversidad de relaciones amorosas posibles. ¿Qué nos conviene? ¿Rumiar nostálgicamente “*Los pacientes ya no son los de antes*”? ¿O propiciar un análisis mas receptivo ante las diversas patologías?

Aquel que amó y no fue correspondido sabe en carne propia que los otros no son pasivos. Algunas personas se prestan a ser colonizados pero la mayoría exige reciprocidad. Los celos implican miedo. Miedo a perder una relación o un lugar privilegiado o exclusivo. “*El envidioso quería poseer lo que no tiene y otro posee; el celoso quiere poseer él solo lo que cree que le pertenece*” (Comte-Sponville).

Diré algo del amor sin competir con los poetas. A diferencia del nirvana, que es un estado inmutable, el amor es un juego, incluso porque no siempre se gana. Abarca una gama de sentimientos: el éxtasis, la dependencia, el sacrificio, la esclavitud, los celos. El amor supone que aceptemos sufrir por y a causa del otro, de su indiferencia, su ingratitud o su crueldad. En el enamoramiento todo nos encanta en el otro. Después se va marchitando. Se trata del mismo individuo, pero uno soñado, deseado, esperado, ausente..., y el otro presente. El uno brilla por su ausencia, el otro es mate por su presencia. ¿Por qué duran algunas parejas? ¿La ternura ha reemplazado al amor? ¿O es que el amor se maniesta como ternura? Otras dimensiones del amor son la complicidad, el sentido del humor, la intimidad, el placer explorado y reexplorado. La apertura y la fragilidad de ser dos. La sabia renuncia a ser sólo uno.

Los celos patológicos parten de una concepción primitiva: amar consistiría en poseer. Corresponder a el amor de un celoso o celosa sería aceptar la sumisión a su enfermiza posesividad. Los celos acarrear siempre sufrimiento, provocan ansiedad por la anticipación de la pérdida de relaciones privilegiadas. *Los celosos nunca disfrutan de su*

⁵ *Intersubjetividad y clínica*, (Hornstein, L. Paidós, 2003).

alegría: se limitan a vigilarla. El celoso teme que sus cualidades no basten para retener a su pareja. De ahí la voluntad de examinar, intimidar y aprisionar⁶.

El yo desfalleciente

¿Fragilidad del yo, indiscriminación con el otro? ¿Predominio de energía libre, falta de inhibición por el yo?

Para dar cuenta de los pacientes borderline es necesario profundizar la teoría del yo. En ellos prevalece un yo frágil, “*avasallado*” por las otras instancias: ello, realidad y superyó⁷.

Lacan ha negado la pertinencia de la noción de estado límite y todavía hoy muchos lacanianos siguen esa parte de su enseñanza⁸.

Entender la “problemática” del fronterizo como uno de los trastornos del proceso de subjetivación ayuda a entender al fronterizo y también a los otros trastornos. Él padece de déficits estructurales: se malogró el proceso identificatorio, con una intensidad o duración que podría afectar toda la sintomatología. Y cada tanto la vida le agrega nuevos déficits: duelos, traumas, enfermedades orgánicas... Las disfunciones del yo remiten a fallas del objeto. Hay que indagar la historia identificatoria y libidinal.

Están afectados los procesos de pensamiento. El trabajo del preconciente desfallece. De los porqués algo hemos dicho: invasiones entre los sistemas, porosidad entre fronteras internas y externas. Al ser precaria la contención preconciente se dificulta la tramitación de cantidades y entonces se recurre a vías de descarga. El yo tiene cierta tendencia a la síntesis, pero aquí la síntesis parece haber sucumbido, transitoria o definitivamente. Podríamos hablar de escisión.⁹

El rechazo de la realidad propio de la escisión implica que el yo sostiene dos actitudes opuestas, sin que entren en conflicto y, por lo tanto, sin formación de compromiso.

Cuando digo que el *borderline* tiene un déficit en el funcionamiento yoico, no sólo me refiero al yo función sino también al yo representación. Es decir, tiene una representación del yo agujereada donde los otros están y no están, él penetra o no penetra, se fusiona o no se fusiona... El otro está a una distancia no garantizada.

¿Qué pasa con el yo actual en cuanto a la representación del yo y con las funciones del yo? El yo tiene por función el pensamiento, la historización, la posibilidad de diferenciar entre objeto fantaseado y objeto real, el pasaje del principio del placer al de realidad, el pasaje de la angustia traumática a la señal, la tramitación de afectos. ¿Cumple esa función el yo del *borderline*? Si aumenta la intensidad del estímulo, ¿tiene alguna tolerancia o se atora de alimento, o de droga, o de cualquier equivalente? ¿Cómo y hasta qué punto tolera la frustración?

Muchas preguntas, ¿no? Ese es mi método. Demasiado afirmativa, la exposición se congela.

¿Cómo se construye el yo? ¿Cómo articulamos historia identificatoria - historia libidinal? ¿Qué lugar le damos a las identificaciones primarias y secundarias? ¿Cuál es el rol de la madre como constructora de la subjetividad? ¿Es histórica o innata la falla yoica?

⁶ *Autoestima e identidad* (Hornstein, FCE. 2011).

⁷ Véase los capítulos 8 y 9.

⁸ Para Lacan el yo es cautivo de las identificaciones imaginarias, teoría que se convierte en dogma para los lacanianos.. “*No olvidemos que para el propio Freud la clínica de las psicosis ponía al yo directamente sobre el tapete. No debe asombrarnos entonces que los casos límite involucren lo que podemos llamar la patología del yo.*” (Green, 2003)

⁹ Escisión designa la coexistencia en el seno del yo de dos actitudes psíquicas hacia la realidad exterior, una que la tiene en cuenta y otra que la niega. En sus primeros trabajos Freud vincula la escisión con patologías severas. “*El proceso entero [la escisión del yo] nos parece tanto más raro cuanto que consideramos obvia la síntesis de los procesos yoicos. Pero es evidente que en esto andamos errados. La función sintética del yo que posee una importancia tan extraordinaria, tiene sus condiciones particulares y sucumbe a toda una serie de perturbaciones*” (Freud, 1938).

Si es histórica ¿cómo entendemos la intersubjetividad, en cuanto a la construcción tanto del yo, como del superyó y de lo reprimido?¹⁰

El niño nace y se dan una serie de identificaciones, una serie de elecciones de objeto... Una madre tiene por función construirle al otro su unidad, porque en la mayoría de las madres existe la idea de que el otro es otro. Pero a veces la madre no se discrimina lo suficiente del yo de ese bebé que va surgiendo y, en vez de construir límites del yo, construye un yo poroso. Una madre suficientemente buena¹¹ permite crear un espacio transicional donde esté por un lado el adentro, el afuera, y en el medio un espacio de juego. Historia narcisista-historia identificatoria. Las dos. Yuxtapuestas. Y no sólo una. Porque en tanto la madre va proveyendo al niño identificaciones, va narcisizando, positiva o negativamente. Si le dice “*Sos igual que tu papá*”, le va proveyendo un rasgo y al mismo tiempo lo está descalificando. O a la inversa.

¿Cómo es el conflicto predominante entre tantos conflictos? A nivel *tópico* hay una instancia desfalleciente (el yo); a nivel *económico* hay cantidades que no encuentran tramitación, por lo tanto hay un desborde traumático. El fronterizo también tiene un yo, por desfalleciente que sea. Un yo que internalizó objetos. Que en lugar de instrumentar recursos, era abrumado por cada dificultad¹².

Si con ningún paciente se debe ser rutinario, con éstos se debe ser no convencional. Hay que lograr experiencias que le faltaron en sus primeros vínculos, plenos de temor y desilusión. El analista se diferenciará de las actitudes traumatizantes (por exceso o por defecto) de los padres, así como de sus colegas con miedo a inventar.

Entre las muchas variantes del psicoanálisis hay, respecto a los *borderlines*, un denominador común: las heridas narcisistas derivan de carencias o excesos que no siempre se describen o definen. Una madre que no fue suficientemente buena es paliada por un analista dispuesto a compensar esa falta. La carencia de cuidados elementales es paliada reproduciendo estados y sensaciones infantiles.

¹⁰ Véase el apéndice.

¹¹ El adverbio fue brillantemente encontrado por Winnicott.

¹² Narcisismo (Hornstein, L. Paidós, 2000)