

APUNTES PARA UNA CLINICA DE LO FRONTERIZO
JOSÉ CARLOS LLANES SÁENZ*

Licenciado en Psicología Clínica por la Facultad de Psicología de la UANL. Maestría en Psicología con Orientación en Clínica Psicoanalítica por la UANL. Instructor certificado en la impartición de cursos de capacitación presenciales por el Consejo de Relaciones Laborales y Productividad del Estado de Nuevo León. Ha sido Catedrático y Supervisor de Práctica Clínica en la Facultad de Psicología de la UANL. Psicólogo Clínico en el Hospital Regional Monterrey ISSSTE. Cuenta con consulta privada. Doctorante en Investigación Psicoanalítica por el Colegio Internacional de Educación Superior. Teléfono celular: 0448110383386: carlosllanes1@gmail.com

RESUMEN

El presente trabajo tiene como objetivo realizar un muy sintetizado recorrido teórico acerca de las llamadas estructuras *borderline* o llamadas también *fronterizos*, ya que la experiencia clínica nos demuestra que el toparnos con este tipo de casos en nuestra *praxis* es cada vez más frecuente y nos lleva a pensar y re-pensar en alternativas teóricas-clínicas para su afrontamiento desde el psicoanálisis.

Precisamente encontramos que algunas de esas alternativas es la utilización de la contratransferencia como arma fundamental para enfrentar este tipo de casos, así como también el posicionarnos como sostén (*holding*) para el paciente y propiciar un espacio potencial mediante el encuadre durante el trabajo analítico.

Esto último sólo se logrará si el analista se coloca en un lugar donde se pueda operar como suficientemente bueno, es decir, que pueda contener y sostener sin sobreproteger al sujeto.

PALABRAS CLAVE:

Contratransferencia /
Encuadre / Fronterizos
/ Psicoanálisis /
Potencial / Sostén.

SUMMARY

The goal of this work is to achieve a synthesized theoretical research about the structures that are usually called borderline; since the clinical experience shows us that finding this kind of cases in our practice has become more frequent and leads us to think and re-think about theoretical and clinical psychoanalytic alternatives. We find that some of these alternatives are the use of countertransference as an essential tool to deal with these type of cases as well as positioning ourselves as support or holding for the patient, to facilitate a potential space through the setting of the analytic work. The latter can only be achieved if the analyst is placed in a location where it can operate sufficiently good as it is, it can contain and hold up without overprotect the subject.

KEYWORDS: Countertransference / Setting / Border / Psychoanalysis / Potential / Holding.

RÉSUMÉ

Ce document a comme objectif réaliser une route théorique synthétisé sur les appels structures borderline ou aussi appelé frontières, l'expérience cliniques nous montre que dans ce type de cas dans notre pratique est de plus en plus commun et conduit à penser et repenser la théorie clinique pour faire face à partir de la psychanalyse. Précisément nous constatons que certaines de ces alternatives est l'utilisation du contre -transfert comme une manière fondamentale pour faire face à ce genre de cas, ainsi que la position comme soutenir (holding) pour le patient et encourager un espace potentiel à travers le cadre pendant le travail analytique. Ce dernier ne peut être atteint que si l'analyste est placé dans un endroit où il peut fonctionner suffisamment bien comme il est, il peut contenir et soutenir sans surprotéger le sujet.

MOTS-DÉS: Contre -transfert / Paramètres / Frontière / Psychanalyse / Potentiel / Soutien.

INTRODUCCIÓN

La clínica psicoanalítica actual se ve confrontada con numerosos cuestionamientos acerca de su práctica y marco teórico, debido a la constante llegada a las instituciones o consultorios donde ejercemos nuestra *praxis*, de las llamadas “*neosubjetividades*” o bien, las denominadas “estructuras no neuróticas” o “*borderline*”; sujetos que tienen una forma distinta de ser y estar en el lenguaje (en la cultura) en comparación con las estructuras clínicas más trabajadas por el psicoanálisis, como lo vendrían a ser la neurosis, la psicosis y la perversión.

Ante esta confrontación salen a la luz nuevas formas de ejercer la clínica respetando el método psicoanalítico creado por Sigmund Freud; una de ellas sería el resalto en la utilización de la contratransferencia del analista. Sin embargo, habría que recalcar que para que el método logre su eficacia terapéutica y que el proceso analítico se lleve a cabo, todo el dispositivo analítico debe estar protegido por el encuadre, es decir por las reglas a seguir durante el trabajo de análisis tanto para el analizando como para el analista.

Es por ello que realizo este escrito acerca de la importancia de la investigación clínica y teórica para el abordaje psicoanalítico de éstas mencionadas estructuras *borderline* o *límitrofes*, donde según diversos autores podemos encontrar a los sujetos que padecen de depresiones mayores, fenómenos psicósomáticos, adicciones, bulimias, anorexias (de éstas dos últimas, las que no sean de corte histérico) y los llamados trastornos narcisistas.

BORDEANDO EL LÍMITE

Hoy en día nos encontramos ante esta estructura clínica denominada como *trastorno límite*, o *trastorno del límite*, “porque el límite no sólo es una contención exterior al sujeto, sino (...) una distancia, un espacio de intimidad que permite, es incluso la condición *sine qua non* para encontrarse con los demás. Querer algo de

ellos es requisito para poder pedir y poder perder” (146) [1]. Precisamente porque pareciera que en los sujetos en que se presenta este tipo de estructura o funcionamiento no hay delimitación entre interior o exterior, o entre yo y no-yo, etc.

El nombre a este tipo de “estructura” le quedó como anillo al dedo, por esta cuestión donde los bordes o las fronteras se encuentran porosas, difusas; “en tales sujetos lo que parece comúnmente aceptado es que al no haber elaboración no aparece un límite interno a la frontera entre lo interior y lo exterior, entre uno y otro. Es lo que estoy tratando de definir como falta de espacio libidinal y de vida inconsciente, frente a la muerte interior, característica, a mi parecer, de estos trastornos del límite que desconocen la distancia del otro y entran en permanente confusión sentimental” (148) [1].

Hay una falla en la simbolización, por no decir que hay una nula simbolización, quizás no al grado de las psicosis, pero aquí la simbolización es nula, no está en el cuerpo, o en las fobias, o en las formaciones reactivas como en la neurosis obsesivas, para muestra, el trabajo de sueño con pacientes fronterizos no da grandes frutos, es decir que no funcionan como una realización de deseos, sino más bien como una “evacuación” de estímulos penosos, “los pacientes fronterizos se caracterizan por el fracaso en crear subproductos funcionales del espacio potencial; en lugar de manifestar fenómenos transicionales, crean síntomas que desempeñan la función de fenómenos transicionales” (115) [2].

No hay una integración de los objetos en los sujetos limítrofes (diríamos a la manera Kleniana), pareciera que la escisión en el yo es mecanismo predominante, al igual que los otros mecanismos primitivos como la proyección y la identificación proyectiva; “en los adultos que presentan una personalidad limítrofe todo ocurre como si la sexualidad infantil inconsciente, la que trabaja en el sueño y la actividad psíquica inconsciente, no jugara su papel para controlar e integrar la ambivalencia pulsional primaria. Así perdurarían exageradamente los restos de la organización esquizoparanoide” (45) [3].

Hablando del yo del paciente limítrofe, “está sometido a las leyes de la escisión que sufre pasivamente y que utiliza en su provecho gracias a los otros mecanismos de defensa. De ahí, en estos sujetos, la pobreza de la actividad lúdica, del acceso al chiste y más generalmente a la actividad sublimatoria, siendo las salidas principalmente el pasaje al acto y la identificación proyectiva” (45) [3].

Retomando un famoso caso de Donald Winnicott referente al papel de la sexualidad en los pacientes limítrofes, encontramos que “comentando su propio análisis, muy “límite”, con Winnicott, Margaret Little escribe que la sexualidad (...) no puede sino estar fuera de lugar y carecer por completo de significación cuando no se está seguro de la propia existencia, de la propia supervivencia, de la propia identidad (...) el compromiso del análisis asuma la forma de una apuesta *vital* donde lo imaginario, el juego, el de las representaciones que se asocian de modo inesperado, no tiene lugar” (152-153) [3].

En el trabajo con pacientes limítrofes hay que prestar atención a la magnitud de las regresiones, ya que éstas nos darán la pauta para establecer la relación terapéutica, por ejemplo en el sentido de la posición, si es que un paciente de ésta índole puede soportar estar en diván o cara a cara con el analista; en el sentido de las frecuencias, de cuantas sesiones a la semana pueden soportar debido a la intensidad de sus regresiones en el análisis; y por supuesto del lado de analista, ya que “no alcanza con recordar que la regresión en el tratamiento depende del marco constituido y de la calidad de la atención subjetiva e intersubjetiva del analista hacía el material del paciente, sino que debe tenerse en cuenta la materialidad psíquica de la cual se sirve para escuchar, construir, interpretar” (11) [4].

En cuanto a una relación de la cuestión regresiva y la organización, estructura o personalidad limítrofe vemos que “por posición borderline entendemos una fase del desarrollo, la cual puede permanecer en fijación rígida, constituyendo así, una organización borderline de la personalidad, o bien progresar superando la posición

depresiva, para reaparecer después, en períodos conflictivos graves, o durante su reedición en el proceso regresivo-progresivo psicoanalítico” (101) [5].

Entonces entendemos que si bien puede haber un pasaje de posiciones, de la esquizoparanoide a la depresiva, esto no exenta que en el paciente limítrofe haya regresiones durante el proceso analítico o durante la presencia de situaciones frustrantes o amenazadoras en la vida del paciente. He ahí la importancia de la regresión o de los eventos regresivos en el proceso analítico.

Tocando la cuestión del proceso analítico debemos tomar en cuenta la importancia del establecimiento de vínculos (o de nuevos vínculos) para con el paciente, para de esta manera darle las herramientas necesarias para que afronte el “vacío” que tiene en su “ser”, que suponemos fue provocado por una falla en sus primeras relaciones objetales, “subrayamos, que sin el ambiente facilitador de un interés maternal primario, con “reverie” del bueno, nadie llegará a la posición depresiva. Tal es nuestro deber como terapeutas” (107) [5].

Durante un proceso analítico con algún paciente limítrofe podemos tratar de llegar a través de sus regresiones al punto dónde hubo esta “escena” que desencadenará el “vacío”, es decir un momento (o momentos) en el que ocasionó la falla en la simbolización y la primacía de los mecanismos primitivos, y tratar de reconstruir, o mejor dicho, que el paciente reconstruya sus pasajes; relacionado a esta cuestión de la regresión y la corrección vemos que “el estado de “regresión a la dependencia” conlleva a la posibilidad de corregir una “inadecuada adaptación a la necesidad en la historia temprana del paciente” así como el restablecimiento del nuevo *self*. Este tipo de regresión nos convoca las etapas más tempranas y primordiales, de dependencia” (52) [6].

Tratando de dirigirnos hacia un posible fin u objetivo de análisis con pacientes fronterizos, podemos ubicar el “crear la capacidad de soportar la ambivalencia, la soledad, la finitud y la separación, lo que en el argot psicoanalítico se suele llamar soportar la castración. (...) en los trastornos del límite no sólo no existe esa

capacidad de soportar la ambivalencia, sino que ni siquiera se podría hablar propiamente de ambivalencia. Si el psicótico, debido a su absolutismo, no soporta la ambivalencia, en el trastorno del límite la ambivalencia es borrada por la denegación de la subjetividad del otro” (149) [1].

Con respecto a la densidad de la estructura o funcionamiento limítrofe, nos impone a pensar la forma de trabajo algo diferente al de los cuadros neuróticos ya que “el conflicto ya no está centrado en “el derecho de amar y trabajar”, sino en “el derecho a existir” (214) [7]. Es decir que el paciente *borderline* lucha por la búsqueda de algo más que ese objeto amado que creímos nuestro pero en realidad nunca lo fue, sino más bien, él busca siquiera tener un objeto amado al cual apegarse y que le sirva de sostén en la vida.

Algo de lo que distingue a los casos límite es la cuestión de los *actings outs* o de los *pasajes al acto*, como no hay una posibilidad de pasar primero por la palabra por el asunto de las fallas en la simbolización, entonces el limítrofe actúa, de ahí la cuestión de algunas toxicomanías, adiciones, perversiones, actitudes sociopáticas, delictivas, etc.; y esto también repercute en el trabajo analítico porque “al predominar la actuación sobre la representación hay dificultades en cumplir la regla fundamental, situación vinculada también a la disminución de la capacidad de elaboración simbólica, condiciones que hacen más arduo el trabajo interpretativo (...) En la neurosis funciona una lógica de la esperanza (...) En los estados *borderline*, la esperanza no está garantizada” (214) [7].

Otro aspecto teórico y técnico y posiblemente el más importante en cuanto a la cuestión del tratamiento con pacientes limítrofes es la cuestión de la contratransferencia; esa posición del analista frente al analizado que de una forma más global y general aquí nos referimos a todo lo que le despierta o hace sentir el paciente y el discurso del mismo al analista, es decir que “nuestra propia transferencia no resuelta desempeña un papel, pues el acopio de conocimiento analítico ya se ha llevado a cabo y está profundamente impregnado con el afecto

transferencial; entonces tiende a construir una resistencia propia y hace difícil oír lo que nos transmiten” (266) [8].

Habrà que prestarle la debida atención a este aspecto del analista ya que, sin dejar a un lado la transferencia por supuesto, será nuestra herramienta fundamental para buscar la cura analítica del paciente *borderline*, en la medida que reconozcamos lo que al analista le produce el discurso, las ansiedades, las angustias, los temores, etc., de los pacientes, y esta misma sea trabajada ya sea en el espacio de supervisión clínica o en el análisis propio del terapeuta. Sólo reconociendo lo que el otro le hace sentir al terapeuta podrá evitar cometer *resistencias contratransferenciales, acting outs* o simplemente *no funcionar adecuadamente como analista* (268) [8].

Hay que realizar una labor de acompañante para con el paciente en esta difícil tarea de tratar de hacer que pueda establecer vínculos afectivos, la prueba estaría en crear la capacidad de establecer vínculos con el analista ya que *“la capacidad de jugar juntos y de participar en las ilusiones del otro es imprescindible para que se efectúe la integración narcisista; así como que el analista cuestione las ilusiones es esencial para que se establezcan nuevos vínculos*. No se trata de que el analizando renuncie a las ilusiones, sino que se abra a modalidades relacionales distintas” (238) [7].

En este sentido el “jugar juntos” emana del “jugar es hacer” de Winnicott, donde precisamente como él lo postula, ahí entra en “juego” la función del *holding* que debe cumplir el analista con el paciente, servirle dentro de la situación analítica de ese sostén fallido de su historia infantil.

A MANERA DE CONCLUSIÓN

Ante tales problemáticas en la estructuración psíquica de los sujetos fronterizos, surgen alternativas teórico-clínicas para su intervención, entre las que podemos destacar el mantenimiento de un encuadre riguroso pero no rígido que propicie un ambiente facilitador, para que el espacio analítico sea también un espacio potencial donde el sujeto pueda ir construyendo o reconstruyendo ligazones y figuraciones que le permitan ir simbolizando lo in-simbolizable para él en esos huecos en su historia subjetiva que repercuten en su aquí y ahora.

El analista sin salirse de su lugar debe buscar la manera de identificar y sentir su contratransferencia pero no actuarla, sino más bien ponerla al servicio del proceso del paciente como arma fundamental para buscar poner en palabras lo que el paciente no puede.

Por último pero no menos importante, el analista debe funcionar como un analista “suficientemente bueno”, es decir, debe colocarse respecto al paciente ni tan cerca que no lo deje ser o andar por sí solo y ni tan lejos para no sostenerlo cuando llegue a caerse, así como una madre que va acompañando a su hijo a dar sus primeros pasos, así es la clínica de lo fronterizo.

BIBLIOGRAFÍA

- [1] PEREÑA, F. (2011). *Cuerpo y agresividad*. México, D.F.: Siglo XXI.
- [2] GREEN, A. (1972). *De locuras privadas*. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.
- [3] WIDLÖCHER, D. (Comp.) (2000). *Sexualidad infantil y apego*. México, D.F.: Siglo XXI, 2004.
- [4] FÉDIDA, P. (2000). *¿Por dónde empieza el cuerpo humano? Retorno a la regresión*. México, D.F.: Siglo XXI, 2006.
- [5] SOLÍS, H. (1980). *La Posición Borderline y el robo del Fuego*. Cuadernos de Psicoanálisis. Volumen XIII. México D.F.: Asociación Psicoanalítica Mexicana. pp. 99-113.
- [6] LEVIN, A. (2004). *El sostén del ser*. Buenos Aires: Paidós.
- [7] HORNSTEIN, L. (2003). *Intersubjetividad y clínica*. Buenos Aires: Paidós, 2010.
- [8] MCDOUGALL, J. (1978). *Alegato por una cierta anormalidad*. Buenos Aires: Paidós, 2010.