

LA ESTRUCTURA LIMÍTROFE UNA PERSPECTIVA TEÓRICO-CLÍNICA DESDE LA METAPSICOLOGÍA FREUDIANA¹.

Eduardo Braier

Resumen

El presente trabajo se hace eco del surgimiento de los *casos limítrofes* o *fronterizos* como el nuevo paradigma clínico de la práctica psicoanalítica contemporánea. Expone un modelo de *estructura limítrofe* -caracterizada por ser deficitaria e inestable- basándose en la metapsicología freudiana. Se apoya además en los aportes de diversos autores e incluye propuestas del propio autor.

Destaca las faltas o fallas en las funciones parentales a menudo padecidas por el paciente limítrofe, las cuales provocan una serie de consecuencias, entre las que figuran: el *trauma temprano* y acumulativo del desvalimiento y su reactivación, las peculiares formas de *angustia*, el *déficit identificadorio* y *las seudoidentificaciones protésicas*.

La *desmentida*, defensa que posee un papel importante en la estructura limítrofe, es diferenciada de la que presenta la estructura perversa en lo que respecta a sus orígenes y finalidad.

La correspondiente *escisión del yo* determina la coexistencia de dos núcleos contradictorios en el sujeto: uno *narcisista*, precario, en el que prevalece la desmentida, y otro *edípico* o *neurótico*, igualmente débil, regido por la represión. Este modelo estructural tiene como referente importantes trabajos freudianos y, tal como lo proponen algunos autores, abre puertas para la concepción de una *tercera tópica*. Se incluyen tres viñetas clínicas.

Palabras clave

Casos límite, estructura limítrofe, metapsicología freudiana, trauma temprano, compulsión de repetición, angustias, déficit identificadorio, seudoidentificaciones, desmentida, escisión del yo, tercera tópica.

¹ Este trabajo ha sido presentado en la Asociación Psicoanalítica Argentina el 20 de agosto de 2013. Una versión abreviada ha sido publicada en la Revista de la Asociación Psicoanalítica de Madrid, año 2012, n° 67. Finalmente, una síntesis fue expuesta por su autor en las VIII Jornadas de Intercambio en Psicoanálisis: *El paciente límite y su locura privada*, organizadas por GRADIVA Associació d'Estudis Psicoanalítics (Barcelona, 8 y 9 de noviembre de 2013).

“Las estructuras *borderline* son mucho más complejas que las neurosis y necesitamos, ante todo, comprenderlas mejor para poder tratarlas mejor”.

André Green. *Conferencias en México* (2007).

I. Introducción

Las patologías actuales han generado un cambio de paradigmas tanto en la clínica como en las teorías psicoanalíticas.

En lo que respecta a la clínica, el sitio mayoritario antes ocupado por las neurosis, alrededor de cuya investigación y tratamiento se fue construyendo el edificio teórico del psicoanálisis a partir de Freud y sus continuadores, ha venido siendo paulatinamente cubierto por patologías no neuróticas que, al igual que otros autores, prefiero llamar *trastornos narcisistas no psicóticos*. Dentro de tales trastornos, la organización limítrofe (*borderline*, caso límite, trastorno límite de la personalidad, fronterizo y otras denominaciones equivalentes) es su representante más prototípica.

Lo que antes era una presunción por descarte y una suerte de cajón de sastre se fue convirtiendo con los años en un diagnóstico cada vez más frecuente, mientras que el de neurosis se iba presentando de manera más espaciada.

Consecuentemente, los desarrollos teóricos referidos al *narcisismo patológico* de las últimas décadas, en especial los que atañen a los trastornos propios de las etapas narcisistas primitivas, fueron ganando el primer plano y desplazando en cierta medida al paradigma edípico de la psicopatología de raigambre freudiana, que antes había regido -y hasta obstaculizado, diría- el camino de una comprensión más profunda de estos cuadros; en efecto, el complejo de Edipo, en su condición de complejo nuclear de las neurosis, venía eclipsando otras hipótesis explicativas de las diversas manifestaciones clínicas que iban desfilando ante nosotros. Hoy existe un consenso acerca de que la principal problemática de estas alteraciones hunde sus raíces en etapas previas a la instauración del complejo de Edipo tal como fuera descrito por Freud.

Venimos comentando reiteradamente que los tiempos que estamos viviendo son, desde el punto de vista psicopatológico, más los de Narciso que de Edipo. Mal que nos pese, porque esto significa que la salud mental de la población ha ido empeorando. Quizás ello esté especialmente en relación, a mi entender, con la crisis y desintegración del grupo familiar, en tanto es la familia la que en principio ha de ser continente de ansiedades y de proveer modelos de identificación.

Continúa vigente la polémica de si estos padecimientos de patología intermedia entre las neurosis y las psicosis son producciones contemporáneas o si ya existían antes y simplemente no se diagnosticaban en tanto no eran distinguidos de unas y otras.

Las crisis económico-sociales padecidas por numerosos países agravan a su vez la salud mental de la población, acentuando la proverbial inestabilidad psíquica de estos pacientes, ante la brutal desaparición del Estado de Bienestar, que se va transformando en lo que yo llamaría un *Estado de Desamparo*. En este las instituciones del estado, representantes de los objetos parentales anaclíticos, han dejado de brindar protección a los ciudadanos, que se quedan sin trabajo ni dinero, vivienda o atención médica adecuada, lo que suele obrar como factor desencadenante de crisis personales que implican un viraje hacia el polo narcisista y arcaico de la estructura de personalidad, expresándose en retracciones narcisistas y en el desencadenamiento de angustias primitivas que amenazan con quebrantar las de por sí frágiles defensas de estas organizaciones psíquicas (Braier, 2013).

II. La estructura limítrofe. Una comprensión de su psicogénesis y

funcionamiento desde la metapsicología freudiana.

En esta ocasión me referiré expresamente a los *pacientes limítrofes*.

Soy de los que piensan que se trata de organizaciones psíquicas distintas de las neurosis y de las psicosis, así como también de las perversiones y las psicopatías (con las que también a veces pueden ser confundidas), y que reclaman un lugar como categoría nosográfica. Adissi (2013) me recuerda que, cuatro décadas atrás, se decía acerca de lo que hoy llamamos paciente límite que se trataba de “un psicótico vestido de neurótico”. Esto sonaría muy apropiado para los seguidores de la escuela inglesa, en tanto para esta toda neurosis encubriría un núcleo psicótico, de la que la organización neurótica sería una defensa; pero yo no comparto esta idea. También se hablaba al principio de “psicosis ambulatoria”, “esquizofrenia pseudoneurótica”, etc., denominaciones igualmente vinculadas con el criterio de que en verdad se trataría de una psicosis embozada; lo cierto es que estas personas no suelen desembocar en una psicosis declarada.

Desde mi punto de vista es esencial tener presente que los casos límite constituyen una *patología de déficit* antes que de conflictos psíquicos, más allá de que, en lo que veremos como su área neurótica, aunque esta se encuentre poco desarrollada, existan conflictos. En mi experiencia clínica los fronterizos configuran una *patología del desamparo*, originada sobre todo en las fallas de las funciones parentales, lo que nos lleva a investigar en cuestiones tales como el trauma psíquico temprano y la compulsión de repetición más allá del principio de placer, así como en la patología de las identificaciones primarias y en el surgimiento de angustias primitivas, tales como las de desvalimiento, vacío y separación.

Si bien en los tiempos de Freud no se hablaba de los cuadros fronterizos, el creador del psicoanálisis pudo haber insinuado la existencia de una patología de este tipo ya en 1924 en *Neurosis y psicosis*, tal como con perspicacia ha señalado Green en algunos de sus escritos (Green, 1977; 1993; 1999; 2000) y nos lo recuerda Sales (2012). En aquel trabajo Freud se refiere a un nuevo campo de investigación, en el que el yo puede, entre otras cosas, “partirse”, lo que habrá de traducirse en cuadros que no serían ni neurosis ni psicosis; justamente como resulta ser el caso de los sujetos *borderline*, cabe pensar hoy. Es cuando Freud alude a las “[...] extravagancias y locuras de los hombres”, en una frase a la que luego habremos de reproducir. Asimismo, es atinado suponer, como sostiene Sales (2012), que cuando Freud menciona que el yo se parte, el creador del psicoanálisis estaría aludiendo a la escisión del yo, fenómeno cuya importancia en el seno de la organización limítrofe hoy reconocemos.

Posteriormente, a propósito del caso del “hombre de los lobos”, distintos autores -Bergeret, Green, Brusset en 1999), por ejemplo- comenzaron a esgrimir el diagnóstico de trastorno limítrofe en lugar del de neurosis en el famoso paciente de Freud², basándose no sólo en ciertos datos clínicos (la alucinación del dedo seccionado, la paranoia en su variedad hipocondríaca cuando lo trataba Ruth Mack Brunswick), habida cuenta de que el enfermo limítrofe puede padecer episodios psicóticos (conductas delirantes, alucinaciones, despersonalización) sino también en la descripción, frente al problema de la castración, de mecanismos como la desmentida o renegación (*verleugnung*) y el repudio (*verwerfung*). Este último, como sabemos, corresponde a un rechazo radical de la realidad, que Lacan propuso traducir como *forclusión* y señaló como característico de la psicosis (Lacan, 1958; 1966), mientras que la acción de la desmentida sería de destacar por los posfreudianos en los casos límite. Ambos mecanismos, citados por el propio Freud en el historial (Freud, 1918 [1914]), generan una escisión del yo (*spaltung*) y coexisten en la estructura psíquica con la represión (*verdrangung*). Esta, en su condición de dispositivo defensivo principal de las neurosis (así como de un modelo ideal de normalidad psíquica), implica el reconocimiento de la castración y, desde luego, para Freud formaba también parte de la organización psíquica del “hombre de los lobos”, a quien tuvo siempre por un paciente neurótico.

² También se pensó que podría corresponder a una psicosis (R. Mack Brunswick, 1928; Leclaire, 1958).

Poco más adelante veremos que la visión del trastorno limítrofe centrada en una escisión del yo, que divide la organización en dos partes contradictorias y yuxtapuestas, estaría llamada a ocupar un lugar central en la concepción de su psicogénesis y de sus psicodinamismos. No obstante, sabemos que dicha escisión en sí misma no es patrimonio exclusivo de la organización del fronterizo, sino que, siguiendo a Freud, es, junto a la desmentida que le da origen, común a las perversiones (Freud dio cuenta de ello en 1927, al tratar el fetichismo) y en rigor *a toda otra organización psíquica*, en tanto poseería un carácter universal, tal como el inventor del psicoanálisis sostendría años más tarde (Freud, 1940 [1938]; 1940 a [1938]); pero en el fronterizo, tanto la desmentida como la escisión presentan ciertas particularidades, a las que también hemos de referirnos después.

En vez del conflicto psíquico inconsciente que caracteriza a la estructura neurótica, en la cual hay que combatir represiones patológicas (las que, con el peculiar retorno de lo reprimido según los distintos tipos de neurosis, explican en parte sus manifestaciones clínicas), en el caso de la estructura limítrofe nos encontramos con un edificio psíquico deficientemente montado, que por ello y ante todo hay que *ayudar a construir*; asimismo, procuramos dotar de figurabilidad psíquica lo no representado. Nos abocamos a esta labor en lugar de comenzar intentando derribar las barreras de la represión neurótica, condición esta última fundamental toda vez que procuramos obtener en los analizandos del psicoanálisis clásico un nuevo orden psíquico.

Por tanto, nos hallamos ante otro tipo de paciente, otras hipótesis acerca de su problemática y otras técnicas terapéuticas, aunque permaneciendo dentro de una orientación psicoanalítica. Pero se trata ya, en definitiva, de *otro psicoanálisis* en más de un sentido, el que paralelamente también necesitó ser construido (y en ello estamos aún, claro está), obligados por la necesidad de dar respuestas terapéuticas a estos casos y para que nuestros modelos psicopatológicos y técnicos no devengan caducos.

Este es uno de los grandes desafíos que ha tenido que afrontar el movimiento psicoanalítico en las últimas décadas.

Intentaré, desde una base metapsicológica freudiana y sin dejar de mencionar aportes de analistas posfreudianos, describir *la génesis y los dinamismos propios de lo que a mi modo de ver constituye una estructura limítrofe*, así como de precisar algunas diferencias con otras estructuras psicopatológicas. Me centraré en ello, a sabiendas de que el concepto de *estructura* en el campo psicoanalítico es complejo, al igual que en otras disciplinas; pero en esta ocasión no es mi objetivo ocuparme de dicho concepto. Adoptaré un criterio por el cual hemos de concebir *la estructura psicoanalítica* desde un enfoque especialmente funcional, vale decir como un conjunto de funcionamientos y de procesos psíquicos característicos de una organización.

Es sabido que Freud no se refirió estrictamente a la noción de estructura. Sin embargo, entiendo que su iniciativa de encontrar los mecanismos principales de la neurosis (represión), la psicosis (rechazo, repudio) y la perversión (desmentida), encerraba ya la idea de describir modelos estructurales de estas patologías, lo que fue llevado a cabo posteriormente por analistas como Lacan y sus continuadores, así como por otros desde diferentes líneas teóricas.

Presentaré en esta exposición mi visión personal del asunto y a la luz de mi experiencia clínica³.

Iré asimismo citando las obras del creador del psicoanálisis que resultan fundantes y fundamentales para comprender la organización limítrofe. Sucede que el potencial teórico del pensamiento freudiano ha demostrado ser formidable, al punto de que permite a sus continuadores seguir desarrollando hipótesis, desde una lectura contemporánea de su metapsicología. A esta tentativa me sumo.⁴

³ A los casos clínicos que tuve ocasión de tratar sumo las observaciones que me proporcionó mi labor como supervisor de un número apreciable de tratamientos de pacientes limítrofes a lo largo de varios años, en distintos centros de asistencia psicoterapéutica de L'Hospitalet, Cornellá, Badalona y Bellaterra (Cataluña).

⁴ Es necesario advertir que en escritos anteriores me he referido a varios de los que constituyen los principales ejes teóricos de esta propuesta mía para comprender la estructura limítrofe. Con el fin de evitar repeticiones aquí sólo

No deja de ser en cierto modo sorprendente encontrar hipótesis explicativas en las teorías freudianas que ayuden tanto a comprender una estructura psicopatológica como la limítrofe, la cual, salvo escasas publicaciones de la época en que Freud aún vivía, no empezó a ser estudiada y reconocida como tal hasta después de su muerte.

Apelaré al abordaje y comprensión de la estructura límite tanto desde la primera como desde la segunda tópica freudianas (esta última no en vano conocida también como *teoría estructural* de funcionamiento del aparato psíquico, denominación que a mi entender corrobora de manera elocuente una intención de explicar la estructura psíquica por parte de Freud), a lo que se agregará la ya citada hipótesis freudiana de la escisión del yo como una condición generalizada, que para algunos posfreudianos -entre los que me incluyo- daría pie además para concebir la existencia de una *tercera tópica*.

En rigor, cada una de las tópicas freudianas prefigura de por sí la noción de estructura psíquica.

Concomitantemente a la descripción de la estructura, mencionaremos de manera tangencial algunas de las principales *manifestaciones clínicas* que se observan en los casos límites y su directa vinculación con sus carencias y alteraciones, así como determinados aspectos de la *técnica psicoanalítica* a utilizar para su tratamiento, en especial cuando ellos suponen cambios significativos respecto del método psicoanalítico clásico.

Hemos de reconocer que *a priori* resulta paradójico concebir como una estructura un trastorno caracterizado por su tendencia a ...la desestructuración y la inestabilidad psíquicas (Green, 2007). Ello es así sobre todo si nos aferramos a la idea de que la noción de estructura debe, indefectiblemente, suponer una organización cuya base sea más o menos estable. Algo de esto le sucedería a Bergeret (1974. Primera parte, capítulo 4. *Las a-estructuraciones*) cuando consideró al *borderline* como producto de una *a-estructuración*, una *no estructura*, mientras un determinado caso no se definiera como una estructuración neurótica o psicótica. Prefería hablar de *estado* límite antes que de estructura, en tanto, decía de este que “[...] no posee la fijeza, la solidez, ni la especificidad definitiva de las organizaciones verdaderamente *estructuradas*.” (Cursivas del autor). Poco más adelante agregaba: “Se trata de una 'organización' de categoría provisoria, aun cuando tal acondicionamiento pudiera prolongarse durante bastante tiempo sin demasiadas modificaciones”. Bergeret situará al caso límite “[...] a igual distancia de las dos grandes estructuras, una de las cuales ha sido felizmente superada (la estructura psicótica) y la otra desgraciadamente no alcanzada (la estructura neurótica) por la evolución pulsional y adaptativa del sujeto.”

Pero han pasado casi cuarenta años de la publicación del libro de Bergeret acerca de la personalidad (un aporte muy interesante, por otra parte), durante los cuales corrieron verdaderos ríos de tinta sobre el tema. Lo que al principio fuera vivido como un caos clínico, con sus multiformes manifestaciones sintomatológicas, las que nos producían gran desconcierto y creaban enormes interrogantes en torno a sus orígenes y significados, se fue convirtiendo paulatinamente en algo menos inasible, susceptible de ser mejor comprendido a la luz de las distintas hipótesis que fueron surgiendo. Estas nos han proporcionado argumentos teóricos suficientemente sólidos y que guardan una coherencia entre sí como para vislumbrar angustias, defensas y, en definitiva, entramados psíquicos que, aunque endebles, permitirían hablar de una “nueva” estructura; algo *sui generis*, es cierto, pero estructura al fin, en lugar de considerarla como un *estado*. Una estructura que para ser tenida como tal -al menos según el criterio de algunos psicoanalistas, a los que me

los trataré escuetamente. Para acceder a una exposición más exhaustiva de mis ideas acerca de estos temas, el lector interesado puede acudir a mi libro *Hacer camino con Freud* (Braier, 2009), en el que casi la mitad de los capítulos (desde parte del primero hasta el sexto inclusive) está dedicada a problemáticas que conciernen especialmente a los trastornos narcisistas no psicóticos. Cabe añadir un par de trabajos, publicados en 2003 y 2004, basados en la lectura psicoanalítica del film *Zelig*, de W. Allen, en los que, además de unas disquisiciones diagnósticas entre los casos límites y las psicosis, podrá encontrarse mi desarrollo del concepto de *seudoidentificaciones protésicas*, así como mi posición personal acerca de las identificaciones de estos pacientes con el terapeuta.

sumo- no necesita ser alineada dentro de la neurosis ni de la psicosis. Y a todo esto me pregunto: ¿Acaso una psicosis no es aceptada también como una estructura, aunque se halle aún más gravemente alterada, dada su severa desorganización yoica? (Me refiero sobre todo a la estructura esquizofrénica -con el yo fraccionado, más arcaico, precario y frágil todavía, aun cuando no esté descompensada-, antes que a la de la paranoia o la melancolía).

Como era de esperar, la mayor comprensión ha facilitado el diagnóstico de estas afecciones y, por consiguiente, la creación de estrategias terapéuticas apropiadas, las que, a su vez, han mejorado el pronóstico, sobre todo cuando más precoces sean el diagnóstico y el tratamiento⁵.

Las contribuciones teóricas al tema de la organización limítrofe son tan múltiples como variadas.

A. Stern (1938) ha sido de las primeras en mencionar los casos *borderlines*, presentándolos como sujetos que no son ni neuróticos ni psicóticos.

A partir de los años '60 encontramos numerosos aportes provenientes del psicoanálisis de los Estados Unidos de América.

Aquí sólo destacaré aquellos trabajos que han influido de manera más decisiva en mi posición personal acerca de esta cuestión. Comenzaré mencionando los de ese notable autor de referencia que es A. Green, recientemente fallecido, quien junto con el gran tema del narcisismo se interesó también mucho por la que llamó “la nueva clínica psicoanalítica”. Green nos legó desarrollos que tratan especialmente acerca del paciente limítrofe, pergeñados a través de sus largos años de práctica y producción psicoanalíticas y en los que expuso sus propias teorías sobre el particular. Lo hizo siempre sobre la base de una profunda relectura de la metapsicología freudiana, aunque acudiendo también con asiduidad a autores como Winnicott y Bion, cuyas ideas consideró vinculables con las de Freud. (Green, 1974; 1977; 1980; 1982; 1986⁶; 1993; 1998-1999; 1999; 2000 a; 2003; 2007; 2011). Y no dudó en hablar de *estructuras no neuróticas* (Green, 2011), entre las que se incluyen los casos límite.

Entre otras aportaciones que personalmente me han resultado especialmente valiosas quiero mencionar además: buena parte de la obra de Winnicott (de la que destacaría *Realidad y Juego*), que está básicamente centrada en la patología límite, así como escritos de Kernberg (1968; 1975; 1984; 1992), muy activo hasta el momento actual, con sus desarrollos teórico-clínicos acerca de lo que llamó *la organización borderline de la personalidad*, o directamente *estructuras de personalidad de tipo limítrofe* (Kernberg, 1978); N. Marucco (1999), que con su libro nos ha ofrecido una nueva metapsicología de cuño freudiano, en gran medida aplicable al estudio de los cuadros fronterizos y demás trastornos narcisistas, así como las tempranas contribuciones de C. Paz, junto a M. Pelento y T. Olmos de Paz (1976; 1977; 1977 a). Tampoco podemos ignorar los importantes precedentes representados por los textos del hoy reivindicado Ferenczi (por ej., Ferenczi, 1929; 1932; 1932 a), que resaltó la importancia del objeto real externo y del trauma, tras cuyas obras afloraron las de autores que investigaron los estadios tempranos del desarrollo del niño y su relación con los objetos primarios (particularmente con la madre), tales como Balint, Bowlby, Spitz, Mahler, Natch, Fairbairn, Bion, Meltzer y Rascovsky, entre otros, además de los ya citados Winnicott y Green.

Más recientemente, me he adentrado en el pensamiento de Bergeret (1974) sobre el tema, que comparto en varios puntos, como más adelante podrá comprobarse, si bien discrepo en otros.

⁵ Hace décadas que se habla del adolescente *borderline*. Recuerdo al respecto interesantes aunque muy polémicos trabajos de Masterson (1971; 1971 a), en los que este autor concibe el síndrome *borderline* como una detención del desarrollo (coincidiendo en parte con Kernberg) que, apoyándose en las teorías de M. Mahler, se debería a una separación-individuación defectuosa. Para O. Kernberg (2013) el paciente límite, cuya psicogénesis suele en nuestro criterio remontarse a la temprana infancia, puede aún ser detectado en los niños con edad escolar. Kernberg destaca en este punto los aportes de M. Mahler y de Paulina Kernberg.

⁶ El título original de su conocido libro *De locuras privadas* es *La Folie Privée. Psychanalyse des cas limites* (París, Gallimard), en el que su subtítulo, suprimido en la versión castellana, anuncia inequívoca y elocuentemente la patología a la que está referido.

Es preciso señalar que la obra de M. Klein y de distintos autores de la escuela inglesa que han seguido rigurosamente sus lineamientos teóricos, ha sido tempranamente y continúa siendo fuente de inspiración de diversas descripciones en torno al paciente límite. Ello es así, a pesar de que Klein puso el acento en el objeto interno y en las proyecciones del sujeto generadoras del “objeto malo”, en detrimento de la comprensión de la incidencia del objeto real externo. Pero es que luego, como nos lo recuerda Green (1980) advinieron las obras de autores como Winnicott y Bion, que enmendaron la situación. En rigor, el propio Freud habría desmentido, nos dice también Green en el mismo texto, que la relación de la madre con su bebé pudiera dejar de ser idílica, criterio este de Green que comparto plenamente.

II. 1. Patología narcisista

Como venimos diciendo, nos encontramos ante una patología que nos remite fundamentalmente a los estadios narcisistas primitivos (fases oral y anal), lo que se pone en evidencia al abordar los diferentes aspectos de su problemática, en la que se advierte el grave compromiso del yo, deficientemente estructurado y frágil. Por ende este ha de ser nuestro punto de partida.

Al respecto es insoslayable considerar sobre todo *Introducción del narcisismo* (Freud, 1914), obra en la que el creador del psicoanálisis describe la constitución del narcisismo primario del niño, incluyendo el papel que cumple el deseo de los padres. Dicha obra ha estado precedida por referencias al tema dables de encontrar en el ensayo sobre Leonardo (1910), el análisis sobre Schreber (Freud, 1911 [1910]) y en *Tótem y tabú* (Freud, 1912-13), y seguida de otras tales como *Duelo y melancolía* (Freud, 1917 [1915]) y *Lo ominoso* (Freud, 1919). En mi criterio, estos textos resultan básicos para comprender la estructura limítrofe desde una metapsicología freudiana y en su articulación con la llamada *clínica del narcisismo*.

Por tratarse de algo muy conocido no citaré a los distintos autores postfreudianos que a lo largo de las últimas décadas han venido aportando valiosas contribuciones al estudio del narcisismo normal y patológico.

II. 2. Trauma temprano y compulsión de repetición “más allá del principio de placer”

Desde hace varias décadas es dable encontrar en la literatura psicoanalítica la coincidencia de diferentes líneas teóricas en cuanto a los orígenes traumáticos de esta patología.

“En el comienzo fue el trauma”. Es esta la primera ocurrencia que aflora en mí al animarme a describir una construcción mítica acerca de la posible psicogénesis de la estructura límite. Desde luego, me estoy refiriendo al trauma temprano, el del desvalimiento (la *hilflosigkeit* originaria), el que, más allá de su carácter universal, alcanzaría en los casos límites una dimensión cuantitativa considerable y en consecuencia patógena, sobre todo por acumulación. (Khan, 1974). Ello nos permite hablar de *una psicopatología y una clínica del trauma*.

En este punto me parecen especialmente relevantes dentro de la producción freudiana: el siempre visitado capítulo siete de la *Interpretación de los sueños* (Freud, 1900), en el que Freud nos habla del encuentro del bebé con el objeto, la experiencia de satisfacción -a la que ya se había referido en el *Proyecto de Psicología*- y el nacimiento del deseo; dando un salto en su producción, cabe citar *Más allá del principio del placer* (Freud, 1920), texto en el que se refiere al trauma precoz y a la compulsión de repetición, mientras que en *Inhibición, síntoma y angustia* escribe acerca de la situación traumática y su relación con el desamparo infantil; también en *Análisis terminable e interminable* hace mención del trauma temprano, al igual que en *Construcciones en el análisis* (Freud, 1937 a) y en *Moisés y la religión monoteísta* (Freud, 1939 [1934-38]).

Estos temas vienen siendo objeto de mis indagaciones desde hace años. (Braier, 2001).

En los casos límites la eficacia psíquica patógena de este trauma básico, destinado a ser reactivado y por tanto repetido, aunque no recordado (debido a que ha acontecido antes de la adquisición del lenguaje, tal como lo señala Freud en *Construcciones en el análisis*), implica una experiencia de desencuentro con el objeto primario en función materna. Es por eso que cabe hablar de una *patología del desamparo*. En la historia de estos pacientes nos encontramos a menudo (y que quede claro: digo a menudo y no siempre) con que en la infancia han padecido distintas formas de abandono y orfandad afectiva, abusos sexuales reiterados, maltratos corporales y/o psíquicos por parte de sus progenitores o sustitutos, cuyos efectos fueron investigados por Ferenczi, al que le siguieron los autores antes mencionados, todo lo cual configura lo que A. Rascovsky llamó *el filicidio atenuado* (Rascovsky, 1981); en otras ocasiones se trata más bien de una dificultad o imposibilidad de la madre de investir suficientemente al niño, como en el conocido *síndrome de la madre muerta* que describe Green (1980), en el que esta se halla, por ejemplo, absorbida por un duelo significativo y reciente.

Bergeret (1974. Primera parte, capítulo 4) ha señalado la existencia en los casos límites de un trauma real que opera como *primer desorganizador*, poniendo como ejemplo y enfatizando el papel de una seducción sexual precoz. Como he expuesto renglones atrás, yo me refiero esencialmente al trauma básico del desamparo y a sus efectos acumulativos.

Una vez más, resultan determinantes las tempranas relaciones del niño con sus padres o sustitutos. Desde el punto de vista de la función materna, nos encontraríamos ante una madre que no habría sido, como diría Winnicott, quien tanto indagó en los casos límites, “suficientemente buena”.

La madre fallaría en su condición de yo auxiliar, protectora, de contención y/o de espejo, generando en el niño una falla narcisista primaria.

Masterson (1971), fundándose en M. Mahler (1963), sostuvo acerca de la psicogénesis del *borderline* que el abandono materno se produciría especialmente a continuación del periodo de simbiosis, en el momento en que el pequeño ser intenta comenzar la separación de su progenitora, lo que impediría en él la prosecución de un desarrollo psíquico adecuado. El paciente límite se hallaría, pues, fijado entre la fase simbiótica y la de separación-individuación.

Como tantos otros autores, también yo acabaría destacando en la psicogénesis del caso límite, las experiencias vividas en la infancia temprana (fases oral y anal primaria), sobre todo con el objeto en función materna, lo que ocasiona, reitero, una patología esencialmente de déficit.

Pero el problema no concierne solamente a la relación madre-niño.

La figura del padre, cuya importancia, después de Freud, fuera remarcada sobre todo por Lacan, influirá desde antes del estadio edípico tardío en el destino del sujeto y de distintas maneras, sobre las cuales no será necesario insistir aquí. Green (1974; 2003; 2007) ha seguido a Lacan en esta cuestión y defendido la idea de una terceridad desde los momentos más tempranos de la existencia. En palabras de Green, el padre está “[...] a la vez en la madre y en el hijo [...] *entre* la madre y el hijo”. (Green, 1980. Cursivas de Green). Ahora bien, agregaría aquí yo, cuando la figura paterna es débil o está directamente ausente (en especial dentro de la mente de la madre), asistimos a determinadas consecuencias psicopatológicas. No solo no se podrá contar con él como figura interdictora -función que en parte, dicho sea de paso, puede también realizar la propia madre- sino tampoco como auxiliar en la función materna.

Sin embargo, yo no sería partidario de describir un determinado -y mucho menos definido- tipo de madre y de padre en el futuro fronterizo.

Diferentes acontecimientos en la vida del sujeto pueden provocar la reactivación de los traumas infantiles. Los hechos en sí pueden no ser relevantes en apariencia y sin embargo adquirir un carácter traumático, o bien puede tratarse de sucesos ostensiblemente traumáticos, como en el caso de la muerte de un ser querido y cercano, por ejemplo. Al igual que en el caso del trauma temprano, puede darse además una sumación de situaciones traumáticas.

Las vicisitudes por las que el fronterizo atraviesa recuerdan un campo minado, en tanto no sabemos

cuándo, al andar, habrá un estallido. (Aunque en el fondo existe siempre una relación con aquellas situaciones actuales en las que existe una amenaza de experimentar abandono o desamor, la pérdida del objeto o del amor de este). La reactivación conlleva una compulsión de repetición que está “más allá del principio del placer” (Freud, 1920). Coincido con Green (2003) cuando no vacila en afirmar que esta compulsión de repetición tiene una enorme importancia en los casos límite; asimismo, yo querría recordar que tal repetición no es no solo élica sino tripartita (Freud, 1939 [1934-1938]), dado que atañe también al yo y al superyó. El yo reacciona -y es el propio Freud quien lo describe- recurriendo a defensas primitivas (pre-represivas), para evitar revivir el trauma inicial, tales como la desmentida (Freud, 1939 [1934-1938]), la transformación en lo contrario (de sujeto pasivo a activo)⁷ o el pasaje del propio sujeto a otro, a la inversa de la vuelta en contra del sujeto (Freud, 1915; 1920). A estos mecanismos he añadido (Braier, 2001 a), apoyándome en mi propia experiencia clínica, la identificación con el agresor, en el sentido que le da A. Freud (1936) – que ulteriormente he encontrado también incluido por Bergeret (1974)-, así como la identificación proyectiva, mecanismo este que citan no sólo seguidores de la escuela inglesa sino también autores que no se han regido expresamente por esa línea teórica, como es el caso de Bergeret (1974), Bouvet (1975), Brusset (1999 a; 1999 b) o el del propio Green, quien acude a aquella en distintas partes de su obra.

El concepto de identificación proyectiva ha sido objeto de extendidas -y encendidas- polémicas (especialmente en los años '90 del pasado siglo), habiéndosele atribuido múltiples acepciones (en relación con sus condiciones normales o patológicas, formas, funciones y efectos), ante las cuales, en mi criterio, el concepto pierde especificidad para irse diluyendo. Por ende, y sin ánimo de extenderme demasiado en este punto, considero necesario precisar a cuáles de sus significados me refiero cuando me valgo de él. En los casos límites me resultan particularmente útiles dos de las formas y funciones de la identificación proyectiva: a) el mecanismo por el cual el sujeto emplea defensivamente a un objeto como *depositario* de aspectos vulnerables y rechazados de sí mismo, lo que en ese caso nos llevaría a pensar más en una *proyección identificatoria* (Brusset, 1999 b), y b) el que tiene lugar en una relación que tiende a la *fusión* y a que por ende se borran los límites del yo con el objeto, generando una zona de indiferenciación, lo que -más allá de las equiparaciones realizadas con el concepto de proyección freudiana como mecanismo- lo asemeja preferentemente a la identificación primaria, tal como la que describe Freud como primera forma de relación con el objeto. (Brusset, 1999 b). De paso agreguemos que la relación fusional sería, siguiendo a Balint (1968) y a Bouvet (1974), más propia de las psicosis; en el caso límite en cambio, dentro de una relación de características narcisistas, se daría una cierta diferenciación entre sujeto y objeto, aunque con una dependencia regresiva muy marcada con este. Concomitantemente, la identificación proyectiva, siguiendo lo que refiere Klein en su trabajo de 1946, podría operar en el fronterizo de nuevo como una defensa, esta vez ante la angustia por la pérdida del objeto (angustia de desamparo), anulando la separación entre el niño y su madre, lo que ha sido señalado por Brusset (1999 b), así como -entiendo se desprende de lo que escribe este autor- dando lugar en el tratamiento y por momentos a una transferencia de tipo narcisista o aun psicótica⁸.

En esta repetición tripartita, por su parte, el superyó machaca al yo con condenas y castigos.

¿Qué consecuencias traerá aparejadas esta reactivación del trauma? Podrá dar lugar, por ejemplo, a una serie de conductas sintomáticas, a través de lo que conocemos como pasajes al acto, así como a una descarga somática o incluso a estados alucinatorios.

La activación-repetición de lo traumático y de los citados mecanismos yoicos suele cobrarse un alto precio. Se halla en la base de reacciones patológicas tales como conductas maníacas o psicopáticas, a menudo no exentas de violencia y destructividad; destinadas, como acabo de decir,

⁷ Por ejemplo, abandonar al objeto ante el riesgo de ser o de sentirse -nuevamente- abandonado.

⁸ Cabe mencionar otras defensas, tales como la idealización. Siguiendo una perspectiva kleiniana se añaden otras defensas primitivas, como la escisión y el control omnipotente.

a evitar que el trauma sea revivido y en las que, por medio de algunos de los mecanismos descriptos, el sujeto suele buscar un depositario de las angustias que su yo elude experimentar.

Estábamos habituados a recurrir al modelo dinámico propio de las psiconeurosis y de la estructura edípica que integra el aparato psíquico no solo del neurótico sino de todo sujeto cuyo funcionamiento es equiparado a una cierta normalidad psíquica. Mientras este modelo de las neurosis, desde la obra del mismo Freud en adelante, consiste en la representación del conflicto psíquico constituido por dos polos, que son el deseo por un lado y el yo de realidad definitivo y sus defensas (cuyo prototipo es la represión) por el otro, en el caso de la patología narcisista (y de la subestructura narcisista que perdura en toda persona) en cambio tendríamos: en un extremo, y en lugar del deseo, el trauma precoz; en el otro, nuevamente el yo (primitivo) y sus defensas, en este caso pre-represivas.

Modelo de las neurosis y

de la subestructura neurótica o edípica

Yo. Defensas (represión)

Deseo

Modelo de la patología del narcisismo

primitivo y de la subestructura narcisista

Yo. Defensas (pre-represivas)

Trauma temprano

El *análisis de lo irrepresentable* forma parte importante del abordaje terapéutico de estos pacientes, en el que ha de apelarse a las construcciones, así como al análisis de la transferencia, escenario privilegiado de la compulsión de repetición, procurando con ello lograr la ligazón psíquica de aquellas situaciones traumáticas tempranas (Botella, C. y S., 1995; 1997; Marucco, 1999; Braier, 2009 a; 2009 b).

Tenemos pues por delante la tarea de construir una historia sin palabras, referida a los traumas arcaicos, a lo no representado que se repite.

II. 3. Las angustias en la estructura limítrofe

Nos hallamos ante angustias primitivas, como la del *desvalimiento o desamparo*, por ejemplo-denominación a la que adhiero en tanto alude a aquella proveniente de la reactivación del trauma básico (*hilflosigkeit*)-, en mayor medida que con la *angustia de castración*, más propia del neurótico. También encontraremos en los fronterizos las *angustias de vacío, separación e intrusión* (Green, 1977; 2003; 2007).

La *angustia de vacío* responde a la patología de igual nombre, tan habitual en los trastornos no neuróticos (la apreciamos de modo especial en la bulimia, por ejemplo, en la que puede adquirir contornos especialmente dramáticos), de los que, como queda dicho, los fronterizos son sus representantes más característicos.

La *angustia de separación*, mencionada por distintos autores, aparece descrita inicialmente en la literatura psicoanalítica en *Inhibición, síntoma y angustia* (Freud, 1926 [1925]).

Estas angustias están en relación con la pérdida del objeto o el temor a esta.

Green señala que Winnicott fue el primero que se refirió a la *angustia de intrusión*, llamándola *angustia de invasión* (Green, 2003). La concibo como consecuencia de la búsqueda de fusión con el

objeto, que puede generar el temor de ser invadido y devorado por este, como consecuencia de la propia identificación proyectiva que se pondría en juego en estas circunstancias y que generaría fantasías persecutorias de retaliación, con intrusión invasora por parte del objeto.

Prefiero reservar la variante de la *angustia de aniquilamiento* para denominar a la que prevalece en aquellos momentos en los que el sujeto límite se sitúa propiamente “al borde” de la descompensación psicótica, que equivaldría al *miedo al derrumbe* al que se refería Winnicott (1963), o bien si se halla ya experimentando -fugazamente por lo general- algún episodio psicótico.

Cuando el funcionamiento psíquico del enfermo límite se acerca al del neurótico puede también emerger la *angustia de castración*.

En suma, preponderan angustias cualitativamente diferentes de la angustia neurótica, ya sea en estados de ansiedad crónica como de crisis agudas, sumamente desorganizadoras y que a su vez, ante el retorno de la situación traumática, suelen mover a la actuación del sujeto y a la puesta en marcha, como hemos señalado, de defensas primitivas para mitigarla, o bien llevar a la búsqueda regresiva de la calma balsámica a través de las drogas, el alcohol, la comida o de diversos comportamientos adictivos (actividad sexual compulsiva y promiscua, por ejemplo). Estas angustias, desde la identificación empática y concordante con el paciente (Racker, 1959), son percibidas contratransferencialmente por el terapeuta como peculiares, especialmente intensas y hasta desgarradoras, lo que contribuye al diagnóstico de caso límite. Ya Bergeret (1974) había destacado la importancia de diferenciar los distintos tipos de angustia con fines diagnósticos.

II. 4. El déficit identificatorio y sus consecuencias

El trauma precoz supone la ausencia del objeto, que no acude al sujeto en su requerimiento, malogrando la experiencia de satisfacción. (Freud, 1900). Ello, entre otras cosas, si acontece en forma repetitiva, afecta el proceso de identificación primaria (Freud, 1921; 1923), lo que se exteriorizará clínicamente de diversas formas: dando lugar a la *clínica del vacío*, por ejemplo.

La denominación de *clínica del vacío* parece haber nacido de los testimonios de pacientes que se quejaban de una sensación de vacío en la zona epigástrica, sumada a la vivencia de estar vacíos por dentro. Según mi opinión, el vacío al que se hace referencia corresponde a un déficit narcisista, que es, al mismo tiempo que una falta de amor, la expresión de una falta o falla en la constitución de las identificaciones primarias estructurantes (déficit identificatorio en el que han puesto también el acento autores como Korman⁹, por ejemplo), poco integradas y mal cohesionadas, de lo que deviene además una considerable fragilidad yoica. Esto último se notará en los distintos aspectos del yo de funciones. Por ejemplo, los pacientes *borderlines* suelen mostrar -salvo en los casos menos graves y más próximos a un funcionamiento psíquico neurótico- importantes trastornos del pensamiento y una alarmante falta de *insight*, por lo que comprender el porqué de sus acciones se les hace difícil; su pobreza yoica hace que a menudo no capten el sentido de las interpretaciones del terapeuta o tengan serios problemas para trabajar con ellas; entre una sesión y la siguiente es frecuente que el asunto se haya borrado de su mente y que no retomen el tema.

La dificultad para la representación mental suele derivar en un pensamiento más bien fáctico. A las fallas en la simbolización se suma una impulsiva tendencia a la acción, a su vez mal contrarrestada por un superyó poco desarrollado. En el preconiente hay evidentes fallas en la articulación de las representaciones de cosa con las representaciones de palabra.

En realidad, los trastornos en el pensamiento y el lenguaje en el paciente límite pueden ser múltiples y su explicación teórica revestir una gran complejidad. Por el momento no tengo propuestas que agregar a las descripciones existentes sobre este punto, entre las que cabe tener presentes las observaciones pioneras de Knight (1953), así como las descripciones de Françoise

⁹ Véase Korman, 2006.

Brelet-Foulard (1999) acerca de una metapsicología del pensamiento. Entiendo que es este un asunto clave en la problemática y el tratamiento del paciente límite, que adquiere una importancia capital en la comunicación terapéutica, de acuerdo con los distintos grados de perturbación del funcionamiento mental. Los alcances terapéuticos de la terapia dependen en buena medida de los avances en la comprensión de estas anomalías.

Por otra parte, no es raro que en estos pacientes falten recuerdos de la niñez, lo que, según considero, además de obedecer a la imposibilidad de representar las situaciones traumáticas tempranas, se hallaría asimismo relacionado con el carácter doloroso de los acontecimientos vividos, que empujarían al yo a una desmentida pertinaz, así como a la represión.

Vuelvo al vacío, afectivo y estructural. ¿Vacío de libido narcisista entonces? Sí. Comienza siendo de “narcisización”, lo que es decir: de objeto, de identificaciones, de identidad (señalo esto último dada la directa relación existente entre identificaciones estructurantes -incluidas las secundarias- y sentimiento de identidad). Todo al mismo tiempo. A mi manera de ver, y mientras no dejo de tener presente que según los distintos autores existen diferentes hipótesis para explicar la clínica del vacío, es esto lo que en esencia subyace a las sensaciones de vacío¹⁰.

Lo característico entonces, en relación con estas carencias y faltas de cohesión yoica, en tanto no ha sido suficientemente “narcisizado” por sus objetos primarios, es que el fronterizo experimente intensas e imperiosas necesidades afectivas, así como trastornos severos en la identidad -*la identidad difusa* de la que habla Kernberg (2007), concepto que en este autor proviene de ideas de Erikson sobre el tema- y en la autoestima. Suele arrastrar un estado depresivo de fondo que correspondería a una depresión anaclítica o esencial, sobre la que ha insistido Bergeret (1974) y que Green llama *primaria* (Green, 1977). Desde mi punto de vista personal entiendo que tal depresión sería en gran parte una consecuencia de la precaria constitución del *yo ideal*, concebido este último de acuerdo con la acepción que le han dado Nunberg (1932), Lagache (1958) y Lacan (1958 a); el *yo ideal*, al nacer de la fusión con el objeto primario, sería la fuente inicial de la autoestima¹¹.

Por añadidura, como antes señalé, de lo que se trata y antes que nada es de *ayudar al sujeto a construir y fortalecer su yo*, lo que, además del papel de las interpretaciones, construcciones y demás intervenciones verbales del terapeuta, asocio con la constancia y estabilidad de su presencia, su capacidad de contención, la gradual introyección en el paciente de un objeto-sostén y la eventual posibilidad de formación de nuevas identificaciones “saludables” y estructurantes.

Veámoslo con más detalle. Nunca estará de más insistir acerca de la necesidad y el valor de un encuadre estable para estos pacientes, así como de garantizarles de entrada una constancia objetal, aquella que no tuvieron; me refiero a la presencia del analista como objeto con quien contar, confiable y contenedor. Hacerse cargo de estos pacientes supone incluso, de modo no muy diferente de lo que sucedería ante un enfermo psicótico, además de mantener estables en lo posible sus horarios de sesión, hallarse siempre dispuesto a atenderle en las emergencias, responder a sus llamadas telefónicas a distintas horas del día, etc., sobre la base de la asunción de un compromiso tan justificado desde la técnica como desde la ética; salvo, como sucede en determinadas situaciones, que responder invariablemente a estas demandas no resulte estrictamente necesario y sea en cambio preciso poner límites al paciente, como lo plantea Kernberg (1978; 1983) en los casos de enfermos muy manipuladores y con gran tendencia a la actuación.

En un sujeto que cuando niño -e incluso después- ha sido o se ha sentido privado de la presencia y

¹⁰ La contrapartida de este vacío puede asimismo hacerse presente en el sujeto fronterizo, cuyo mundo interno se halla a menudo, antes que vacío, poblado de objetos internos persecutorios y terroríficos, especialmente evidenciables en pesadillas y episodios alucinatorios. Desde esta perspectiva no existiría propiamente un vacío, como no fuera del buen objeto, sostén del ser. Recordemos que para autores como Bion, la ausencia del objeto (pecho) queda representada en el psiquismo como la *presencia* de un objeto malo.

¹¹ Como es sabido, Freud empleó indistintamente las denominaciones *yo ideal* e *ideal del yo*. (Véase por ej. Freud, 1914). La propuesta de los tres autores que acabo de mencionar ha sido la de diferenciarlas.

el afecto parental, el empleo inicial del diván no resulta recomendable y sí en cambio la posición cara a cara. Recuerdo haber escuchado por primera vez esta propuesta en boca de Kernberg (1978), con la que hace ya algunas décadas nos sorprendió, sonando al oído de muchos de nosotros por entonces, habituados al método clásico, no solo como novedosa sino también como un tanto transgresora. (Antes había sido enunciada por Eisenberg en 1949 y Wolberg en 1952)¹².

Dice María Elena Sammartino (2012), consustanciada con Winnicott y refiriéndose especialmente a los pacientes fronterizos:

“No puede olvidarse que el sujeto se constituye allí donde ha sido investido por la mirada de un otro emocionado. Por eso con frecuencia es necesario el cara a cara en la sesión, instrumento imprescindible para la integración de un yo sin cohesión o sin imagen especular.”

Entiendo que en este caso el encuadre clásico, con el uso del diván -que, recordemos, ha sido concebido sobre todo para sujetos neuróticos, capaces de tolerar la privación sensorial de la figura del analista-, podría reactivar iatrogénicamente el trauma precoz, incrementando las angustias de desvalimiento, separación y vacío y la desconfianza hacia el terapeuta; por tanto conspiraría además contra el establecimiento de una buena alianza terapéutica. A veces esto directamente no es soportado por el paciente¹³. Claro está que, de darse las condiciones adecuadas (fronterizos que mantienen un cierto funcionamiento psíquico cercano a los neuróticos; posibilidad de contar con una elevada frecuencia de sesiones semanales; analista adiestrado para comprender y tolerar emocionalmente las vicisitudes regresivas del paciente) y a lo que en mi opinión se refiere, el análisis de la regresión transferencial puede adquirir suma relevancia, y es cuando el uso del diván y sus efectos regresivantes tendrían sentido. Aquí los aportes de Winnicott (1954) son indispensables; él supo como nadie sacar partido de estas regresiones, mediante los recursos técnicos adecuados para ello, además del *setting* y el *holding* necesarios en tales circunstancias. También Balint (1968) y más recientemente los Botella (1995; 1997), desde otras perspectivas, han abordado la regresión en estos pacientes.

Asimismo, desde la teoría freudiana del yo de las identificaciones y dadas las alteraciones en el proceso identificatorio que padece el fronterizo, es fácil comprender que este yo, deficitario no sólo en su matriz identificatoria sino también ante la constitución igualmente insuficiente y endeble de sus identificaciones secundarias, resulte limitado en sus capacidades sublimatorias, además de poco tolerante a la frustración y la espera, lo que suele dar lugar al desarrollo de las antes citadas angustias, a la descarga en el cuerpo y el pasaje al acto, caracterizado por conductas compulsivas que no pueden ser refrenadas y mediatizadas a través del pensamiento. En relación con esto último, se detectan además fallas previsibles en la construcción del ideal del yo/superyó, por lo que el superyó del paciente límite suele resultar incapaz de poner límites al yo. De allí que Kernberg (1978; 1983; 2013) señale la necesidad de un apartamiento temporario de la neutralidad analítica en el tratamiento de estos pacientes, cuando las circunstancias requieren que el terapeuta actúe a la manera de un superyó auxiliar que establece límites útiles frente a los episodios de *actings out* destructivos del sujeto, los que ponen en riesgo a este o a otros, o bien atentan abiertamente contra el encuadre y la continuidad del tratamiento.

Cuando las insuficiencias en la conciencia moral y en la creación de ideales éticos son

¹² Por esta y otras propuestas de modificaciones de la técnica clásica respecto del tratamiento del paciente *borderline*, Kernberg, ya por entonces, prefería hablar de *psicoanálisis modificado* o de *psicoterapia psicoanalítica* en vez de método psicoanalítico (Kernberg, 1983). En sus últimos años ha afirmado Green (2007, p. 351) con relación a los casos límite: “[...] si el psicoanálisis clásico es rara vez aplicable, en muchos casos *la psicoterapia psicoanalítica* parece ser la mejor elección” (Las cursivas son mías).

¹³ Por otra parte, la posición cara a cara puede además favorecer en el paciente la introyección de la figura del terapeuta como un objeto benevolente susceptible de alojarse dentro de la órbita de su mundo interno o bien integrarse al yo y/o al superyó.

pronunciadas, el fronterizo carecerá de valores morales. En ese caso, si lograra frenar sus impulsos y no llegara a protagonizar conductas antisociales, será más bien por el temor a las consecuencias que dichas conductas pudieran acarrearle; cuando ello no ocurre se asemeja a un psicópata.

Es el déficit narcisista el que conduce al sujeto límite a *la búsqueda del objeto*. Podrá intentar llenar el vacío en su mundo psíquico del objeto interno, vacío originado en la falta o falla del objeto primario fundante del ser psíquico¹⁴, núcleo del yo primitivo y acaso del superyó protector¹⁵, a través de una adicción a los alimentos (bulimia; ciertas formas de obesidad), al alcohol, a drogas diversas y/o a un vínculo -también adictivo- con un otro, este último idealizado, al igual que los objetos en juego en las distintas adicciones; desarrolla por ende una marcada dependencia hacia tales objetos del mundo exterior, aunque con la particularidad, nada rara de encontrar en el fronterizo, de que ellos pueden ser fácilmente intercambiables. Le resultará en cierto modo menos difícil relacionarse con, por ejemplo, la droga que con una persona, ante la que se hallará expuesta a las vicisitudes de todo vínculo humano (no ser correspondido, ser abandonado, traicionado, etc.).

Pero no siempre este objeto externo funciona como una mera prótesis en el sujeto límite. Paralelamente, a los fines terapéuticos considero que no es suficiente con lograr la ligazón psíquica y el juego representacional en estos pacientes a través de las construcciones y las interpretaciones. Profundamente necesitados de afecto, buscan ser aceptados y amados. En este sentido, querría precisar que, para una evolución favorable, mi experiencia me ha llevado a pensar que -trabajo terapéutico mediante, continuado y prolongado- cabe otorgar especial importancia a la posibilidad por parte del paciente de la búsqueda y encuentro de un objeto significativo, por el cual sentirse amado (objeto-sostén) y que le brinde su respaldo y compañía. Dicho objeto será un subrogado de las figuras parentales; pero, ¿acaso esto no es igual para los neuróticos y los llamados seres “normales”? Al fin y al cabo los objetos de amor a los que aspiramos son sustitutos tanto de los objetos edípicos como de los del narcisismo primario; en el caso de los sujetos límites suelen representar preferentemente a la madre nutricia y al padre protector e interdictor que remiten al narcisismo primitivo antes que a los padres edípicos.

Pero, claro está, hay aquí una cuestión de grados. En el fronterizo el objeto salvador, el buen objeto, se convierte en alguien decisivo y vital, dado que aquel siente que no solo su ser psíquico depende de este, sino también hasta su propia supervivencia¹⁶.

No en vano, en personas con antecedentes de graves carencias y maltratos en la niñez, que han conocido el dolor psíquico hasta atravesar incluso cuadros psicopatológicos severos y en los que, por su evolución favorable -llegan a veces a descollar por su creatividad y/o la trascendencia social de su labor- cabe hablar de *resiliencia*, sus historias de vida suelen registrar la presencia de una figura (pareja, maestro, tutor, etc.) que habrá de resultar de fundamental importancia para su recuperación, sostén y desarrollo, por ejercer funciones de contención, protección, guía y/o constituir modelos de identificación para estos sujetos.

En su vínculo con el objeto el fronterizo podrá idealizarlo sobremanera (para después quizá caer en una acentuada desvalorización), experimentar una intensa dependencia, así como ansiedades paranoides y también los avatares de la repetición del trauma temprano, sea sintiéndose abandonado, provocando el ser abandonado (Freud, 1920) o abandonándolo él mismo con una finalidad defensiva inconciente, como ocurre en aquellos pacientes en los que prevalece un intenso temor a ser abandonados y que, pese a figurar entre los más necesitados de ayuda, son los que abandonan a sus terapeutas, interrumpiendo (a veces de modo inesperado y aparentemente incomprensible) su tratamiento (Braier, 2001 a). El asunto no consiste entonces, desde luego, solo

¹⁴ Balint (1968) nos habla precisamente de una *falta* o una *falla básica*.

¹⁵ En este punto me alejo un tanto de Freud y me acerco más al pensamiento kleiniano, que reconoce tanto la existencia de un superyó temprano así como recalca, en mayor medida que el propio Freud, la función protectora del superyó. (Klein, 1958).

¹⁶ Esto se pone claramente de manifiesto en la descripción del caso de Delia, que incluyo en este trabajo.

en que el fronterizo encuentre al objeto (pareja, hijo, amigo, animal de compañía, etc.), sino también en que logre preservar un buen vínculo con él, cometido en el que muchos sujetos limítrofes fracasan. Pero siempre podrá contar con la ayuda terapéutica, incluso para mejorar la relación con este objeto; o bien, llegado el caso, para soportar y, de serle posible, elaborar su pérdida (con frecuencia no pueden experimentar duelos; se reducen a sustituir un objeto por otro).

A lo largo del tratamiento no es raro que sea el propio terapeuta quien se convierta en el ansiado objeto para el paciente límite (Braier, 2004), lo que puede dar lugar a una particular transferencia, de características adictivas, muy regresiva, con gran dependencia del terapeuta e idealización de su figura¹⁷.

A veces el *borderline* también puede pasar por estados de tedio, al no encontrar en el mundo exterior el objeto que necesita y que pueda “llenarlo”.

Observamos a menudo un verdadero “hambre de objetos”, expresión de la necesidad de hallar un objeto que se convierta en el sostén del ser, que al introyectarlo el sujeto *borderline* pueda a la vez identificarse y sentir que llena su vacío estructural. Desde distintas posiciones teóricas siempre se ha venido hablando de este objeto, que sobre todo remite a la figura materna reaseguradora.

La búsqueda del objeto puede ser desesperada y compulsiva; suele conducir, entre otras cosas, a un desenfreno sexual, en el que el placer cuenta poco o nada, o por lo pronto no es la causa principal de una tal conducta. En directa vinculación con las carencias afectivas que la persona arrastra, se trata de una necesidad primaria y perentoria de contacto corporal y de despertar algún tipo de interés de parte de otros, aunque solo sea fugazmente. Prevalece claramente una sexualidad pregenital. Es frecuente que incluya prácticas sexuales con desconocidos, no exentas de diversos riesgos, pudiendo acarrear consecuencias tales como embarazos, ante los cuales el tan necesitado y preciado objeto puede quedar finalmente encarnado en el hijo, que se quiere tener a toda costa frente a circunstancias vitales a menudo muy adversas, comenzando por el desequilibrio psíquico de la propia persona o la ausencia de una figura paterna para el niño¹⁸; o dar lugar a abortos, aun repetidos, a la contracción de enfermedades infecciosas, tales como el sida, a padecer violaciones, etcétera.

Pasemos a otro tema, el cual se halla en estrecha conexión con lo que estamos considerando.

Rotemberg (1999) ha estudiado la estructura fronteriza desde una base teórica freudiana, con particular atención a lo vinculado con los trastornos en la identidad que suelen presentar estos enfermos, trastornos que constituyen un problema central en opinión de no pocos analistas (Deutsch, Winnicott, Kernberg, etc.). Me interesa destacar un punto al que Rotemberg hace particular referencia. Mientras señala que, si bien Freud no llegó a precisar la patología fronteriza como una entidad nosológica, menciona un pasaje en *El yo y el ello* en el que, nos dice este autor, “[...] se hace alusión directa al tipo de problemática que [...] caracteriza a esta estructura”. (Rotemberg, 1999, p. 43). El mencionado pasaje no es otro que aquel en el que Freud habla de los casos de “personalidad múltiple” y que por muy conocido por los lectores de la obra freudiana no reproduciré aquí. En cambio transcribiré lo que Rotemberg (*Ibid*, p. 43) deduce del texto de Freud:

“Freud nos habla de un Yo multidisociado, de una identidad conformada por múltiples fragmentos de identidad incompatibles entre sí. Este resultado entiendo surge como consecuencia de un trastorno en la conformación del Yo del Narcisismo. Las identificaciones primarias del Yo, así como las tempranas relaciones objetales y las consecuentes identificaciones secundarias en el Yo siguen un patrón caótico cuya resultante es este abigarrado manojito de identificaciones. El Yo sobrevive a este drama gracias a la desmentida, pivotando alternativamente sobre uno u otro de estos fragmentos de identidad”.

¹⁷ El caso de Olivia, que también se incluye en el presente trabajo, constituye un claro ejemplo de este tipo de relación que puede llegar a establecerse con el terapeuta.

¹⁸ Lo veremos al tratar el caso de Delia.

Además de lo que Rotemberg expone y con lo que estoy de acuerdo, considero que en algunos sujetos limítrofes -y siempre en relación con este déficit identificatorio e identitario- se producen *seudoidentificaciones*, a la manera de *identificaciones protésicas*, a través de las cuales estas personas buscan adquirir un sentimiento de identidad, al tiempo que aquellas funcionarían a la manera de dobles a los cuales recurrir para desmentir el vacío de identidad. Aferrándose a estas identificaciones protésicas, por otro lado inestables, heterogéneas y hasta antagónicas, el enfermo limítrofe procura asimismo luchar contra una persistente amenaza de desestructuración, así como elevar su mellada autoestima, afectada desde la depresión anaclítica a la que ha quedado condenado ante la ausencia del objeto primario; por medio de tales identificaciones también puede querer 'convertirse' en otro, en su tentativa de huir de sí mismo¹⁹.

Es en este punto que podemos también encontrar un nexo entre algunos sujetos limítrofes y los que H. Deutsch (1942) denominó “personalidades como sí”²⁰.

Otra posibilidad es la existencia de identificaciones *patógenas* que, con Mayer (1982), coincido en denominar *tanáticas* (Braier, 2009). Son estas identificaciones del tipo de las primarias pasivas, tal como las describe P. Aulagnier (1979) y también Marucco (1999), consecutivas a la carga tanática de los objetos primarios que operan sobre el incipiente psiquismo infantil; corresponderían a las pulsiones filicidas de las figuras parentales, que producirían efectos deletéreos en la estructura del sujeto, como cuando le espetan al niño: “eres una mierda”, “eres una rata”, “eres un feto al que debí haber abortado”, etc. etc. Estos enfermos *son*, pues, *identificados* con objetos denigrados, precipitándose al cumplimiento de un destino de sufrimientos diversos, fracasos, enfermedades, ruina y muerte (Mayer, 1982).

En estas circunstancias, al déficit en identificaciones *normogénicas*, como les llamó García Badaracco (1985), se añadiría la presencia de estas identificaciones *patógenas*, cargadas de pulsión de muerte, contra las cuales el sujeto habrá de luchar a lo largo de su existencia.

En *resumen* y acerca de este importante punto, el déficit objetal e identificatorio en la *estructura limítrofe* puede dar lugar a:

- a) La ilusión de su reemplazo por un objeto a ser introyectado y con el cual en parte poder identificarse (personas, drogas, alcohol, alimentos, etc.).
- b) *Seudoidentificaciones* protésicas.

A este déficit en las identificaciones primarias *normogénicas* (García Badaracco, 1985) puede agregarse la existencia de identificaciones *tanáticas* (Mayer, 1982; Braier, 2004).

Si bien no se trata de caer en el intento de pretender explicarnos a través de un único modelo

¹⁹ A estas seudoidentificaciones me refiero en la lectura psicoanalítica que hago del filme “Zelig”, de W. Allen, a lo largo de un trabajo en el que sigo las tribulaciones del personaje central de la película, que bien podría ser la representación de un caso *borderline*. Zelig intentaría la huida de sí mismo y de los perseguidores fantaseados por medio de identificaciones camaleónicas que pudieran encubrir y también rellenar su verdadera, a la vez que frágil identidad, mimetizándose con personas de su entorno de muy disímiles características. (Braier, 2003). A propósito de la relación entre Zelig y su terapeuta, planteo también -en otro artículo, continuación del anterior- las alternativas que pueden darse durante el tratamiento cuando el paciente busca en la propia figura de su terapeuta al tan ansiado objeto con el cual fusionarse e identificarse. (Braier, 2004).

²⁰ Desde otra perspectiva, H. Deutch nos hablaba de las “personalidades como sí”, las que ulteriormente fueron relacionadas con los casos limítrofes, entre otros por Kernberg (1968).

La viñeta clínica en la que describo el tratamiento de Enric ilustra especialmente estas perturbaciones de la identidad del paciente fronterizo.

teórico las distintas alteraciones propias de la estructura limítrofe, como cabe comprobar, la teoría freudiana de las identificaciones posee una particular importancia, dado que, a mi manera de ver, junto a contribuciones posfreudianas, contribuye grandemente a la comprensión de varios de los principales trastornos que se observan en esta patología. Es en el interés y valoración especiales de la teoría de las identificaciones, aplicada al estudio de esta estructura, que coincido plenamente con autores como Korman (2006).

II. 5. La subestructura neurótica en el fronterizo

Hasta aquí sólo hemos venido haciendo mención de la precaria estructura narcisista del sujeto limítrofe, que es la que en rigor lo convierte en un fronterizo, “al borde” de la desorganización psicótica, en la que a veces cae a través de estados que suelen ser fugaces, como los episodios delirantes, por ejemplo. Pero en estas organizaciones existe al mismo tiempo una estructura neurótica o edípica, cuyo desarrollo es variable en cada caso, aunque por lo general suele ser poco consistente y en principio incapaz de asumir el predominio en el funcionamiento psíquico por mucho tiempo. Esto último posee una relación directa con lo que subraya V. Korman (2005; 2006) acerca del fronterizo y otros trastornos similares, en cuanto a que se trata, nos dice, de *cuadros con insuficiente resignificación retroactiva edípica (CIRRE)* les llama Korman). Además, esta dificultad de acceso a un nivel edípico no ha permitido al sujeto reforzar sus frágiles e inconexas identificaciones primitivas con las identificaciones secundarias provenientes de la renuncia a los objetos edípicos.

II. 6. Desmentida y escisión del yo. Tercera tópica

Al plantearse la coexistencia en el sujeto de ambas estructuras, la narcisista y la edípica (resultaría válido hablar también de *subestructuras*, situadas dentro de una estructura, en este caso la limítrofe), estamos ya aludiendo a la escisión del yo y de la organización psíquica en su conjunto; de este modo, mientras una parte del yo reprime, otra desmiente.

También antes hemos destacado que la desmentida, que ha causado la escisión yoica, cobra especial importancia en la estructura fronteriza -así lo señala Green (2011) entre otros, añadiéndole la *desinvertidura*-, como sucede también en la perversa. Pero mientras en esta última se trata de una desmentida de la castración, tal como lo expuso Freud en el fetichismo (Freud, 1927), noción que - con el creador del psicoanálisis y con Lacan- se hará extensiva a todas las perversiones masculinas, en los casos límite no sucede lo mismo.

¿Qué desmiente o intenta desmentir el sujeto limítrofe? Para defenderse de la insoportable angustia de desvalimiento, así como de las del vacío y separación, considero que lo que esencialmente desmiente es *la falta* del objeto; y puede hacerlo -ya antes algo hemos hablado de ello- a través, por ejemplo, del pasaje al acto, en el que con frecuencia recurre a objetos tales como personas, drogas o alcohol, con los que intenta sustituir en su fantasía al objeto primario; estos objetos operan a la manera de dobles en los que se sustenta la desmentida y equivalen al fetiche al que echa mano el fetichista para desmentir la amenaza de castración²¹. Es el caso, por ejemplo, en que una circunstancia determinada por la que el sujeto atraviesa, reactiva el trauma precoz del desvalimiento (*hilflosigkeit*), amenazando con desencadenar las angustias consiguientes. Aquel apela entonces a la desmentida de la realidad; por medio de otros mecanismos defensivos que

²¹ Al respecto es interesante recordar que, justamente en *Fetichismo*, además de importarle describir la desmentida de la castración en el fetichista, Freud brinda otros ejemplos de desmentida de la realidad que atañen a la *pérdida de un objeto* cuando este consiste en una persona. Allí cuenta la historia de un hombre cuyo padre había fallecido y nos dice que en aquel, mientras una corriente psíquica se comportaba como si su padre no se hubiese muerto, otra reconocía la realidad.

acompañan a la desmentida, como la identificación proyectiva, puede además conjuntamente y como ya vimos, utilizar a otros sujetos como depositarios de tales angustias.

A mi juicio, en el caso límite la desmentida tiene su origen en la etapa del narcisismo primario y corresponde a la que Rank (1914) y Freud (1919) señalan en sendos trabajos, sobre los que enseguida volveremos.

Concomitantemente, el fronterizo desmentiría su falta de una identidad definida y estable, esto es, la percepción de su propia inconsistencia interna, tal como sostienen algunos, entre ellos Rotemberg (1999). Este llega a opinar que la desmentida en el caso límite lo es sobre todo de esta percepción *interna*, a diferencia del perverso, en el que la desmentida corresponde a una percepción externa (la diferencia anatómica de los sexos).

Ya antes he expresado que esta desmentida del vacío identificatorio e identitario lo es a mi juicio y al mismo tiempo de la ausencia o riesgo de pérdida del objeto (aunque una se refiera a la identificación y sus deficiencias, es decir al ser, y la otra a la relación con el objeto, pero es que la primera depende de la segunda, por lo que están directamente relacionadas) y que se ve acompañada en algunos casos por seudoidentificaciones, las que a menudo no llegan a impedir que aflore una ansiedad flotante. Pero, aunque resulte redundante puesto que es característico de la desmentida, en mi criterio está claro que esta también atañe a una percepción externa en el fronterizo, cuando, como acabamos de ver, este reniega de una parte de la realidad exterior que amenaza con hacerle revivir su desamparo.

En menor grado, cuando eventualmente su funcionamiento psíquico asume una modalidad más neurótica, el fronterizo podrá asimismo llegar a emplear la desmentida frente a la amenaza de castración; el Hombre de los lobos, que acaso fuera un caso límite, podría ser un ejemplo de esto último, en cuyo historial la *verleugnung* es una de las corrientes que emergen frente a la castración. (Freud, 1918 [1914]).

Finalmente, mientras en la perversión cabe concebir a la desmentida instalada, estable y prácticamente inmutable, por el contrario, en la estructura limítrofe este mecanismo se nos presenta como muy inestable, como todo el funcionamiento psíquico (y las defensas del yo en particular); la desmentida fracasa con facilidad en el fronterizo, permitiendo el retorno de lo desmentido/escindido, con la posibilidad de irrupción de los distintos tipos de angustia antes descriptos y en particular de la vivencia de lo siniestro, así como de la depresión anaclítica. Pero el sujeto habrá de recurrir insistentemente a recrear y restablecer este mecanismo una y otra vez, apoyándose para ello sobre todo en diversos objetos, a menudo cambiantes e intercambiables, así como en seudoidentificaciones, al tiempo que suele echar mano a otras defensas pre-represivas, antes citadas.

Volvamos a la escisión del yo. Tal como la expone Freud (*Spaltung*. Freud, 1927; 1940 [1938]; 1940 a [1938]), para algunos autores postfreudianos, sobre todo argentinos, comenzando por Marucco (1978; 1978 a, 1980 y 1996), seguido de Raggio (1989), Rubén Zukerfeld (1992; 1999; 2000) y Rubén Zukerfeld con Raquel Z. de Zukerfeld (1990; 1999; 2005), a cuyas posturas adhiero, la noción de una escisión del yo da pie a la concepción de una *tercera tópica*, en la que dicha escisión es propia de la constitución del yo. Estimo que esta escisión procedería de la temprana *desmentida* o *renegación* de las injurias narcisistas primitivas. Freud menciona dicha desmentida -lo que parece haber pasado desapercibido durante bastante tiempo para muchos de los estudiosos de su obra- en “Lo ominoso” (1919), citando a Rank (1914), en el pasaje -rankiano, pero acaso también con raíces freudianas, porque por entonces ambos autores intercambiaban asiduamente sus puntos de vista- que describe al doble en los inicios (narcisismo primario) como “una enérgica *desmentida* {*Dementierung*} del poder de la muerte” (“Enérgico *mentís*”, en otras traducciones)²². La desmentida surgiría por ende mucho antes de la fase fálica, en la que este mecanismo tiene en

²² Las cursivas son mías.

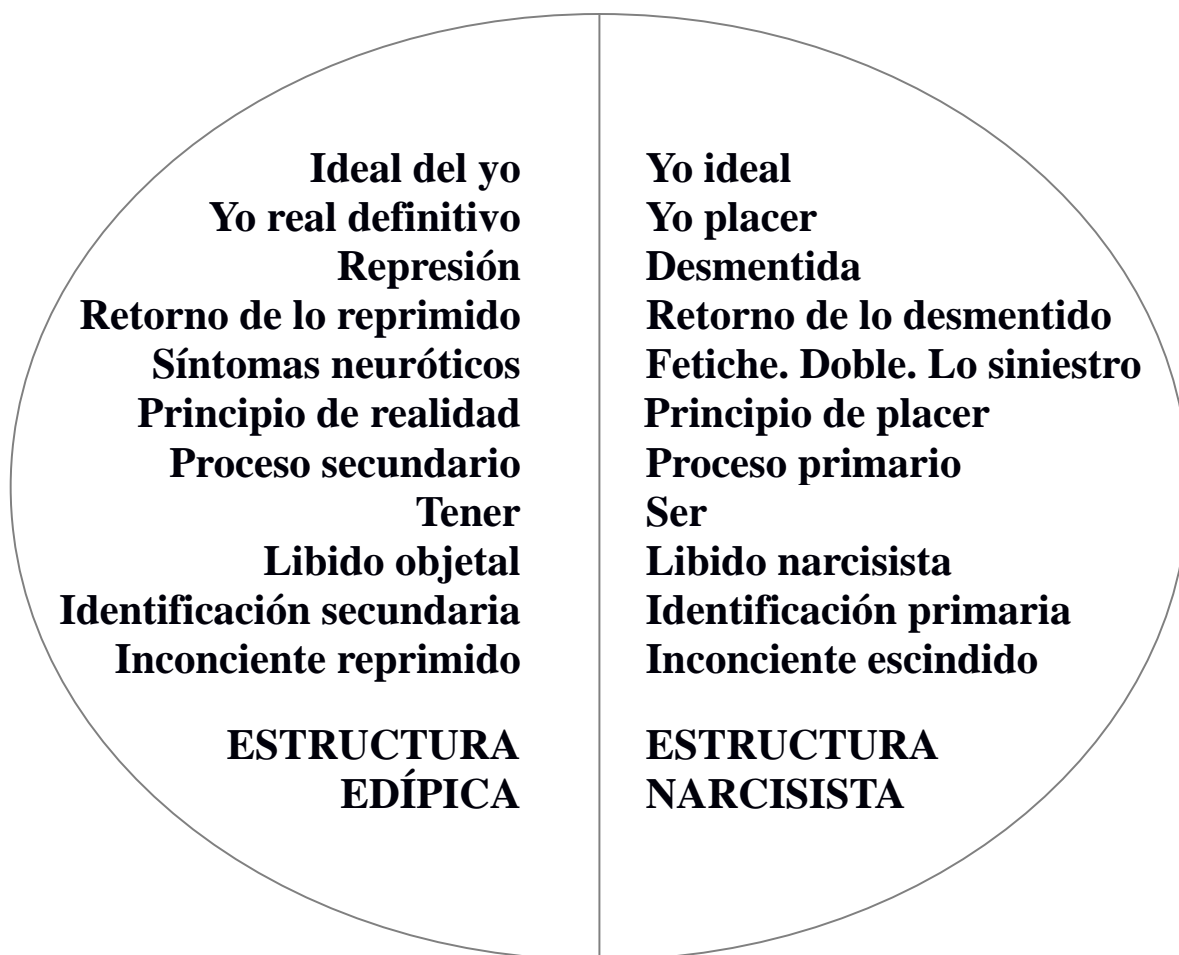
cambio por objetivo renegar de la amenaza de castración.

El creador del psicoanálisis volverá a referirse a la desmentida y la escisión en trabajos posteriores (Freud, 1939 [1934-38]; 1940 [1938]; 1940 a [1938])²³. La escisión del yo, representada tópicamente con una barra vertical por los Zukerfeld en sus gráficos, no se vería limitada a psicóticos y perversos. Esta última apreciación proviene del propio Freud, cuando en *Esquema del Psicoanálisis* (capítulo VIII) acaba definiendo la condición *universal* de dicha escisión, lo que entiendo avala con contundencia la propuesta de una tercera tópica freudiana.

Intentaré una descripción sucinta de esta tercera tópica, contando con el soporte de un sencillo gráfico que me he permitido diseñar, en el que la barra vertical vuelve a representar la escisión del yo.

Tercera tópica

N. Marucco (1978); E. Raggio (1989); R. Zukerfeld y R. Zonis de Zukerfeld (1990).



10. ²³ También A. Green ha hecho referencia a la escisión del yo, al “estatuto dividido del sujeto” (Green, 1980), habiendo incluso acudido en algún momento a la idea de una *tercera tópica* (Green, 1974), “osadía” (tal el término que él mismo empleó) que reivindicará casi treinta años más tarde en *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo*.

La escisión explica la presencia de: a) un área que es asiento del yo real definitivo y del ideal del yo, que reconoce la castración, lo cual supone la incidencia del Edipo y de la represión (*estructura edípica; inconsciente reprimido*), que coexiste con otra área, b), contradictoria con la anterior, constituida por el yo-placer y el yo ideal, que desmiente la castración (y la falta del objeto, añadiría yo), sostiene a Narciso (*estructura narcisista; inconsciente escindido*) y es autónoma de la del Edipo. Marucco (1980) postula que en la primera se inscribe el retorno de lo reprimido a través de las representaciones verbales y que en cambio el fetiche, el doble y el sentimiento de lo siniestro responden a la segunda, terreno del narcisismo primario, de lo desmentido y de historias traumáticas que se repiten y que carecen de palabras (lo no representable)²⁴.

Continuemos caracterizando ambas partes de este yo-identificación escindido por la desmentida. En *la estructura edípica (E. E.) o neurótica* rigen el principio de realidad y el proceso secundario, la categoría del *tener*, la libido de objeto y la identificación secundaria; se puede simbolizar la castración, mientras que la angustia de castración puede derivar en la producción de síntomas neuróticos.

En *la estructura narcisista (E. N.)*, por el contrario, reinan el principio de placer²⁵ así como el proceso primario; impera allí además la categoría del *ser*, la libido narcisista y la identificación primaria; se reniega del reconocimiento de la falta de pene en la mujer, de la realidad, y el resultado prototípico es la fabricación del fetiche. No se acepta la ausencia, la incompletud. Se mantiene la ilusión narcisista de la completud y además se reniega de la muerte.²⁶

En síntesis, el modelo de la tercera tópica supone: a) una *escisión originaria y universal*, a la cual se podrá recurrir a lo largo de la vida y ante cualquier emergencia; b) la coexistencia de *dos* estructuras diferentes, y c) al mismo tiempo, la delimitación de un campo de *lo representable* y otro de *lo no representable*.

Rubén Zukerfeld destaca el potencial heurístico que posee esta tercera tópica, nacida de las necesidades clínicas actuales y del propio desarrollo interno del psicoanálisis, el cual conduce a nuevos interrogantes y a una reformulación metapsicológica de los modelos teóricos para que ellos no resulten obsoletos.

En cada sujeto habrá un predominio de una u otra de las dos estructuras, de acuerdo con el desarrollo psíquico individual y con los distintos momentos, como respuesta a las vicisitudes experimentadas a lo largo de la vida.

²⁴ Según mi criterio habría excepciones a este enunciado: tanto el fenómeno del doble en su variante de doble antagónico y en tanto representante del superyó castigador, como el sentimiento de lo siniestro cuando está más relacionado con la angustia de castración antes que con la angustia de desvalimiento (Freud, 1919), podrían ser situados dentro de la estructura edípica. Esto se daría cuando, siguiendo a Freud en *Lo ominoso*, cabe considerar la emergencia de lo siniestro como consecuencia del retorno de lo reprimido antes que de la otra eventualidad, esto es, del fracaso de la desmentida, el que daría lugar al “retorno de lo escindido”.

²⁵ A lo que los autores suelen describir en cuanto a este punto, yo agregaría tener presente que el principio del placer puede a la vez ser doblegado por la compulsión repetitiva que está “más allá” de este y que de acuerdo con Freud y su última teoría de las pulsiones, formulada en 1920, es tributaria de la pulsión de muerte.

²⁶ Aquí me permito anexar una observación personal: además de la desmentida de la amenaza de castración, concebimos la desmentida de lo que algunos lacanianos llaman la “castración narcisista”, que atañe a las fantasías de omnipotencia, completud, perfección, bisexualidad, atemporalidad e inmortalidad.

Marucco (1996) se apoya en la lógica particular que describe O. Mannoni (1963. “Ya lo sé, pero aun así...”) para hablarnos de un fetiche “virtual”, tan inmaterial e inasible como normal y necesario, el cual, junto a la aceptación de la realidad -de la castración- nos permite desmentir, para así poder amar y crear.

2. 7. Proceso evolutivo. De los *estados límite* a la *estructura limítrofe*

Lo hasta aquí descrito acerca de la estructura limítrofe corresponde esencialmente a los casos límites en adultos. Sin embargo, es preciso pensar esta problemática desde la visión proporcionada por una exploración pormenorizada de la evolución, es decir de los sucesos psíquicos que suelen experimentar estas personas desde los estadios iniciales de la afección, los que, como se puede apreciar, se remontan a la niñez temprana, pasando por la crisis adolescente. Esta última normalmente conmociona el aparato psíquico, en este caso deficitario y frágil, al, entre otras cosas, reactivar las pulsiones sexuales parciales y el complejo de edipo y generar un recambio identificatorio que afecta tanto al superyó/ideal del yo como al yo. Todo esto permite hablar del adolescente *borderline* o aun del niño *borderline*. No es mi propósito emprender semejante trayecto investigativo, pero lo que estoy señalando apunta a no perder de vista esta perspectiva procesal del problema, así como la importancia que paralelamente reviste, como antes señalé, el diagnóstico precoz, con miras a un tratamiento con mayores posibilidades de éxito terapéutico.

La estructura limítrofe en el adulto, vale decir, la etapa en la que la podemos concebirla como una verdadera estructura antes que un estado, en tanto todas y cada una de sus características (relaciones anaclíticas de objeto, ansiedades y defensas, etc. etc.) perduran y en cierta medida cristalizan es, pues, el resultado de un largo proceso de tentativa de supervivencia y organización psíquicas, cuyas perturbaciones se remontan a los comienzos de la existencia de un sujeto que luego deberá atravesar con grandes dificultades las distintas etapas evolutivas, en las que entonces, según mi criterio, después de pasar por *estados límite* podrá finalmente llegarse a la conformación de una *estructura límite*.

II.8. Diferencias de la estructura limítrofe con otras estructuras psicopatológicas

En esta ocasión no pretendo exponer las características propias de cada una de las organizaciones psicopatológicas. Solo tomaré dos de ellas, la estructura neurótica y la perversa, para considerar algunos aspectos y establecer sus analogías y diferencias con la estructura limítrofe. (También cabría diferenciarla de la patología psicótica, así como de la psicopática y de otras alteraciones narcisistas no psicóticas, incluida la psicósomática)²⁷.

²⁷ Soy consciente de que a estas observaciones más subyace una polémica sobre la cual no podré aquí extenderme, la que, entre otras cosas, encierra la compleja cuestión de las similitudes, diferencias y conexiones entre los conceptos de *estructura*, *personalidad* y *carácter*. Al menos describiré brevemente mi posición en lo que respecta a la cuestión de las estructuras psicopatológicas a ser consideradas como tales. En el presente trabajo queda claro desde el principio lo que pienso: que estas no se reducen a las tres que, desde sus propios conceptos referenciales, suelen reconocer los analistas lacanianos, vale decir, la neurótica, la perversa y la psicótica; pero lo que ahora querría agregar es que en mi opinión el asunto tampoco quedaría zanjado con la aceptación de una cuarta estructura, la limítrofe, sino que existirían *numerosas estructuras*. Maldavsky (1988), por ejemplo, se refiere a las distintas estructuras narcisistas.

La estructura psicósomática, mejor comprendida desde los desarrollos de P. Marty, reclama también su lugar nosográfico, si bien entra dentro de las estructuras no neuróticas o narcisistas no psicóticas.

Las grandes olvidadas serían las *estructuras caracteropáticas*. Como hace tiempo comentó Baudry (1984), las *caracteropáticas* son una noción que parece seguir aún en busca de identidad dentro del psicoanálisis. En ellas, a diferencia de la estructura limítrofe, imperan la fijeza, la rigidez y la estereotipia. Freud, que describió magistralmente el carácter anal (Freud, 1908 a), por ejemplo, les llamó “anomalías del carácter” y hasta llegó a sostener en sus últimos años que el método psicoanalítico estaba indicado solo para tratar las neurosis y dichas anomalías (Freud, 1937). A mi

¿Qué sería, desde la tercera tópica, lo que esencialmente distingue al *caso límite* y por tanto permite diferenciarlo de otras organizaciones? En principio, lo característico de su estructura estaría dado por su inestabilidad, con tendencia a la desorganización, con predominio de la estructura narcisista (E. N.) y de la desmentida por sobre la represión y cuyas alteraciones se exteriorizan a través de una sintomatología múltiple y a menudo clamorosa, tal como hemos venido describiendo. Prevalece una relación con un objeto *anaclítico*²⁸ por sobre una relación triangular, edípica y genital; suele estar lejos de la primacía de lo genital, con escasa o ninguna presencia de las formaciones sintomáticas de compromiso que caracterizan al neurótico. Lo que parece responder a un registro edípico con frecuencia no es tal: por ejemplo, el sujeto *borderline*, sea hombre o mujer, se siente abandonado por su progenitora porque esta ama y se dirige al padre; pero no se trata estrictamente del complejo de edipo, sino de una reactivación de la pérdida del objeto anaclítico.

Sin embargo, como antes hemos señalado, el componente neurótico de la organización puede conseguir, temporalmente al menos, un cierto gobierno del funcionamiento psíquico, con la consiguiente mejoría del sujeto, lo que puede suceder de manera espontánea o por obra de la labor terapéutica²⁹.

Todo esto es posible de ser representado gráficamente en el modelo de la tercera tópica, que no reproduciré aquí, ya que lo encontramos en reiteradas ocasiones en los trabajos de R. Zukerfeld y R. Z. de Zukerfeld, aunque podemos recurrir al esquema que he propuesto antes, una suerte de versión simplificada del original, con pocas diferencias. La representación consiste en este caso en eventuales “barridos”, como les llaman los Zukerfeld, que se traducen en movimientos a un lado u otro por parte de la barra vertical del modelo (la que, como antes dije, representa la escisión del yo), de modo que ora se hallará más ensanchada la estructura narcisista, ora la edípica. Ello expresa la inestabilidad de esta organización psíquica, en la que las descompensaciones provocadas por las más diversas circunstancias pueden estar a la orden del día.

Concibo las producciones psíquicas del fronterizo como expresión simultánea de una mezcla y superposición, en diferentes proporciones según los distintos momentos y situaciones por las que atraviesa el sujeto, de los dos niveles de funcionamiento de su mente, el narcisista y el edípico.

modo de ver, ello da cuenta del estatuto nosológico que estas últimas alcanzarían para él, al mencionarlas –esto es indubitable– como entidades psicopatológicas.

A las consabidas caracteropatías asociadas con las psiconeurosis (histérica, fóbica y obsesiva o anal) cabe añadir estructuras caracteropáticas narcisistas y escisivas como las maníacas, melancólicas, depresivas, paranoides, esquizoides, etc., así como los distintos tipos de caracteres patológicos que W. Reich (1933) menciona en su *Análisis del carácter*. Opino que todas estas organizaciones caracteriales merecen ser consideradas e investigadas como *estructuras específicas*. Si nos permitimos equipararlas con lo que algunos autores llaman trastornos de la *personalidad* (los casos límites son uno de estos trastornos), contaremos con ricas descripciones de otras variantes caracteropáticas en la obra de autores como D. Liberman (1962; 1976). ¿Y qué serían si no, además, las descripciones de Kernberg en las que apela a menudo a dicho término, como cuando menciona la *personalidad narcisista*, a la que describe minuciosamente (Kernberg, 1975) y considera “un tipo específico de la patología *caracterológica*” (las cursivas son mías), diferenciándola de la que denomina *personalidad fronteriza*? No en vano se habla de *estructura de la personalidad*. D. Lagache (1958), en su famoso informe, llamado precisamente *El psicoanálisis y la estructura de la personalidad*, sostiene que la personalidad es en sí misma una estructura, en tanto constituye un conjunto organizado y en movimiento (dinámico).

²⁸ La distinción que hace Bergeret acerca del objeto en diferentes organizaciones psíquicas me parece sumamente esclarecedora. Así, el objeto del “estado límite” sería, como venimos diciendo, básicamente un objeto *anaclítico*, a diferencia de la estructura neurótica, en la que cabe hablar de un objeto *sexual*, mientras que por ejemplo en la melancólica se trataría de un objeto *narcisista* que es internalizado. (Bergeret, 1974, 3. *Las grandes estructuras de base*. Cursivas del autor).

²⁹ Para algunos analistas, cuando se trata de un paciente *borderline*, la meta terapéutica puede limitarse a aspirar a que este logre funcionar a la manera de un neurótico; el acceso a la triangularidad edípica, con la asunción del comando psíquico por parte del ideal del yo por sobre el yo ideal de la estructura narcisista, puede en algunos casos demandar años de labor o no llegar a producirse jamás.

Pero, reitero: no hay duda que el complejo de Edipo, que Freud reconoció como el “complejo nuclear de las neurosis” (Freud, 1909), no ocupa en el limítrofe un lugar preferencial ni mucho menos, dada su insuficiente configuración, siendo en cambio *la pérdida del objeto* la fuente principal de sus angustias (de abandono, de vacío, de separación), cuestión que nos remite a la temprana relación con la figura materna.

En el neurótico es la estructura edípica (E. E.) la que prevalece. Ha atravesado con mayor éxito las etapas narcisistas primitivas, por lo que se halla dotado de una base identificatoria que le permite arribar al conflicto edípico mejor equipado, a diferencia de las consabidas carencias que en este terreno presenta el fronterizo. El ideal del yo en el neurótico ha ido imponiéndose por sobre su yo ideal; habiendo reconocido y aceptado la castración, en su organización predomina la represión por sobre la desmentida; se ha nutrido de identificaciones secundarias que definen mejor su identidad y orientación sexual y desde la situación edípica y la primacía fálica opera en él la resignificación *a posteriori*. Por lo demás, están presentes las restantes condiciones y características de su funcionamiento antes mencionadas al efectuar una reseña del modelo de la tercera tópica y en particular a lo que a la estructura edípica se refiere.

No obstante, pueden también darse en el neurótico ciertas oscilaciones. Al respecto basta señalar, por ejemplo, que es también susceptible de experimentar en determinadas circunstancias una reactivación de traumas tempranos, los cuales han hecho mella sobre todo en su estructura narcisista primitiva, la que, como sabemos, perdura en su aparato psíquico (y que cabe incluir en su tratamiento psicoanalítico). En el gráfico de la tercera tópica tales oscilaciones implicarían igualmente un desplazamiento de la barra vertical de la escisión, en un “barrido” hacia uno u otro lado. Pero en definitiva estamos ante una organización más estable, con neto predominio, como dijimos, de la estructura edípica; de lo contrario, claro está, no estaríamos hablando de una neurosis.

La necesaria diferenciación teórico-clínica entre la estructura limítrofe y la perversa, así como sus puntos de conexión, ha sido el objetivo de un reciente trabajo de Luis Sales (2012), que ya mencioné, cuya discusión en el seno de Gradiva (Barcelona, 04. 02. 2013) despertó mi interés por este aspecto específico dentro del tema concerniente a los casos *borderline* y me ha servido de estímulo para seguir profundizando sobre dicho aspecto.

Como bien nos lo recuerda Sales, acudiendo a su vez a las observaciones de Green a las que también yo he recurrido en los comienzos del presente trabajo, ha sido el propio Freud (1924) quien pudo -temprana y casi sorprendentemente, diría yo- haber insinuado los puntos en común entre las perversiones y la patología límite, aunque esta última no fuese nombrada en estos términos ni en ningún otro equivalente por entonces, puesto que aún no había sido reconocida nosográficamente. La frase freudiana en cuestión resulta por demás sugerente y parece ser el fruto de su genial intuición. (Yo ya había anticipado que la iba a transcribir):

“Las inconsecuencias, extravagancias y locuras de los hombres³⁰ aparecerían así bajo una luz semejante a la de las perversiones sexuales; en efecto, aceptándolas, ellos se ahorran represiones” (Freud, ob. cit, p. 158).

Vale decir, siguiendo a Sales (2012), en ambas patologías ya Freud encontraría algo en común: “[...] se ahorran represiones”. Y antes, en el mismo artículo, como ya vimos, había aludido además a que en estos casos, que no son ni neurosis ni psicosis, el yo podía “partirse”, término este que insinúa la escisión del yo, a la que se solo tres años más tarde se referiría expresamente en *Fetichismo* y de la que asimismo participarían, como hoy sabemos, al igual que de la desmentida que la ha provocado, tanto los casos límite como las perversiones. Y es precisamente la desmentida

³⁰ ¿Se trataría de los multiformes pasajes al acto del *borderline*? ¿Las *locuras privadas* de las que habla Green? (1986). Es posible establecer una relación, tal como el propio Green pensaba.

la que alcanza en ambas organizaciones un protagonismo superior al papel que juega la represión en una y otra. Pronto retomaremos esto.

Por mi parte comenzaré diciendo que conviene diferenciar ambas estructuras debido a que, entre otras cosas, en la *clínica psicoanalítica* es frecuente que los sujetos fronterizos presenten lo que J. Mc Dougall (1982) llamó *neosexualidades*, las cuales, como sabemos, consisten en diversas conductas sexuales de carácter pregenital que semejan –y pueden hacer pensar en– los actos de los perversos sexuales y que en realidad son defensas ante ansiedades primitivas; ya antes hemos comentado que las urgencias afectivas de los fronterizos los impulsan con cierta asiduidad a establecer imperiosamente contactos sexuales con personas (como suele ocurrirles también con las drogas o el alcohol, por ejemplo), muchas veces de una manera adictiva, en los que la sexualidad parece ser lo de menos, aun cuando no es raro que a primera vista semejen una hipersexualidad³¹. Lo que esencialmente buscan es sostén y amparo, para así evitar el dolor psíquico, además de intentar amortiguarlo buscando experimentar sensaciones fuertes. El área de lo sexual es solo uno de los escenarios de sus múltiples manifestaciones psicopatológicas.

Sales (2012) también se detiene en la referencia a estos aspectos del fronterizo y sus diferencias con el perverso.

Señala Lerner acerca del fronterizo: “En estos cuadros, la necesidad cabalga sobre el deseo” (Lerner, 2007, p. 30). Aquí entendemos que se trata de una necesidad afectiva (Green, 1999).

M. Little (1985), la psicoanalista británica, escribió valientemente acerca de su análisis con Winnicott, revelándonos que pasó por etapas en las que se hallaba seriamente perturbada, que había sido víctima cuando niña de claras fallas maternas, pensaba en suicidarse y debió ser hospitalizada. Y ha sido ella misma, que ha escrito acerca de los pacientes *borderline* y frente a su propio drama, quien sostuvo que la sexualidad se halla fuera de lugar y que carece “[...] de significación alguna cuando uno no está seguro de su propia existencia, de su supervivencia y de su identidad.” (Little. Citada por J. André, 1999).

En cambio es propiamente su conducta sexual lo que define al perverso como tal. Aunque señalarlo sea una redundancia: está claro que es allí donde encontraremos sus perturbaciones y las claves de su problemática.

Por otra parte, destacaremos la fijeza en la estructura perversa en cuanto a la modalidad de satisfacción sexual, a diferencia de las cambiantes prácticas perverso-polimorfas que suelen registrarse en las actuaciones perversas de los *borderline*.

Dado que ambos cuadros pueden, no obstante, y pese a lo que acabo de precisar, confundirse en el campo de la clínica, sobre todo en un primer momento y/o si no hay la posibilidad de una indagación profunda, nuestro intento de diferenciar sus respectivas estructuras, añadiendo al clínico el *punto de vista metapsicológico*, se justifica ampliamente. Y más aún si atendemos a la coincidencia de que en las dos es la desmentida un mecanismo defensivo a destacar. Por lo tanto, espero contribuir a ello con las puntualizaciones que desarrollaré a continuación.

Claro está que analizaremos el problema desde una perspectiva teórica e inevitablemente algo esquemática, aunque susceptible de articulación con la clínica. A lo que apunto es a reconocer de antemano que en la práctica psicoanalítica las diferenciaciones suelen en algunas ocasiones ser dificultosas de llevar a cabo, a pesar de lo cual, y dada la importancia diagnóstica, pronóstica y en materia de estrategias terapéuticas que implican tales diferenciaciones, entiendo que estas consideraciones se tornan necesarias.

En páginas anteriores ya hemos distinguido al servicio de qué opera la desmentida en una y otra organización. Por ende, no será necesario insistir en cuanto a lo que considero son los orígenes, finalidades y peculiaridades de la desmentida en el fronterizo. En lo que atañe al perverso, hasta aquí solo habíamos enunciado, y muy sintéticamente, que lo que desmiente es la castración. Precisemos ahora un poco más: esto significa que desmiente la percepción exterior de la diferencia

³¹ Véase más adelante el caso de Delia.

anatómica de los sexos, y con ello la amenaza de castración, al evitar así activar la teoría sexual infantil de la castración (Freud, 1908). En consecuencia, debemos tener en cuenta que el perverso mantiene en su inconciente la representación de la madre con pene y, por extensión, la de las mujeres dotadas de pene³². En el caso particular del fetichista (Freud, 1927), es el objeto fetiche (prenda femenina, partes del cuerpo de la mujer, etc.) el que hace posible la desmentida, al representar inconcientemente el pene de la mujer; con el auxilio del fetiche el sujeto será entonces capaz de relacionarse sexualmente con una mujer.

La figura de la madre fálica, es decir provista de un pene, incidiría también en las demás perversiones masculinas. (La perversión en la mujer merece un capítulo aparte y es un tema que no podremos incluir aquí). Es que una parte del yo del perverso, la que corresponde a su estructura narcisista (E. N.) y que es la que desmiente la amenaza de castración, ha quedado a las puertas del edipo tardío que describe Freud, fijada a la madre fálica, a la que la desmentida lo remite, en una fantasía de unión fusional con ella; esta imago materna suele corresponderse en la realidad material con una madre fálica, esto es, retentiva, cuya presencia en la biografía de todo sujeto perverso no es constante pero sí muy frecuente y que puede cumplir un papel determinante en la génesis de la perversión de su hijo; una madre *perversógena*, como preferiría yo llamarla, en lugar de perversa, como directamente la denomina E. Welldon (1988). Madre que retiene al hijo-pene que la completa y en la que yo -como le sucede también a Sales (2013)- no puedo dejar de pensar en el hijo como si de una suerte de fetiche de este tipo de madres se tratase. (Esta relación madre-niño, aunada a la existencia de una figura paterna débil o ausente, configura un núcleo básico en numerosos casos de elección de objeto homosexual, lo que fue tempranamente descubierto por Freud y enunciado en 1910 en su ensayo sobre Leonardo. El importante hallazgo sería retomado y desarrollado sobre todo por Lacan, quien de este modo habría de consolidarlo como contribución del psicoanálisis a la comprensión de determinados fenómenos psicopatológicos).

Pero la estructura perversa consta también de una parte neurótica o edípica (E. E.) que reconoce la castración y en la que opera la represión; vale decir que el perverso ha accedido también, aunque sea parcialmente, al complejo edípico.

En relación con lo que acabo de mencionar, otra diferencia que considero importante en el funcionamiento de las dos estructuras que estamos comparando es que en la del perverso el *après coup*, desde el sector neurótico-represivo, opera -en grado similar a lo que acontece en la neurosis- sobre las representaciones-cosa inconcientes, resignificándolas edípicamente y desde el complejo de castración, lo que no sucedería en la misma medida en el fronterizo por carecer de una consistencia estructural en el plano neurótico-edípico³³; pero además la resignificación adquiere en el caso límite menos relevancia porque a lo señalado cabe añadir la imposibilidad de significar las huellas perceptivas del trauma precoz en su inconciente escindido (Braier, 2009 c), susceptibles de ser reactivadas pero no significadas, al encontrarse fuera del circuito asociativo (constituyen *lo irrepresentable*) y que, hemos de reiterarlo, suelen cumplir un papel importante en las manifestaciones clínicas de estos enfermos por la vía de la compulsión de repetición, con pasajes al acto y descargas intrasomáticas.

Siempre dentro de lo que atañe al modelo de la tercera tópica y al decir de los Zukerfeld, la situación en el perverso quedaría representada del siguiente modo: la barra vertical de la escisión yoica permanece “congelada”, remitiendo el conjunto a la descripción del aparato psíquico que Freud comenzó a exponer cuando se refirió al fetichismo en su trabajo de 1927, en el que expresa la coexistencia de dos corrientes antagónicas respecto de la castración. Ya hemos dicho que la

³² En realidad la imago de la mujer con pene habita también el psiquismo de los llamados sujetos “normales”, aunque limitándose a aparecer representada en producciones psíquicas no patológicas, tales como los sueños o los mitos.

³³ Antes hemos mencionado que Korman (2005; 2006) ha hecho especial hincapié en ello.

estructura limítrofe es en cambio más inestable, por lo que, gráficamente hablando, admite “barridos”.

Venimos insistiendo en que la patología del enfermo limítrofe es patología de déficit. Ello significa que su contextura psíquica es más endeble que la del perverso, más proclive a la desorganización. Mientras en la estructura limítrofe detectamos carencias y fallas en el terreno de las identificaciones primarias y secundarias (así como la falta de un objeto bueno, un sostén interior) y por ende una marcada labilidad yoica, en la estructura perversa ello necesariamente no sucede; su parte neurótica está más desarrollada, es más estable que la del limítrofe (aunque, según considero, no exenta de fallas en la represión, pero ahora no podremos detenernos en ello) y la correspondiente al narcisismo primario se caracteriza por la fantasía de permanecer en unión con la madre fálica (que como resulta de frecuente observación, se suele corresponder con una relación de fuerte fijación y dependencia del enfermo a la madre real); no hay allí precisamente un vacío identificatorio, como en el fronterizo; es más, ciertos perversos se hallan profundamente identificados con la madre fálica. Su estructuración identificatoria es, en definitiva, más consistente; y su problema resulta, por ende, ser de otro orden. Al punto tal de que todos sabemos de la existencia de personas que registran una adaptación social satisfactoria o aun son muy reconocidas y valoradas en sus profesiones (artistas, por ejemplo), que al mismo tiempo y en la intimidad se entregan a las más diversas -y en ocasiones insólitas e insospechadas- prácticas sexuales, constituyendo verdaderas estructuras perversas; estas personas pueden ser psíquicamente bastante estables (casi me atrevería a decir sólidas) y en ellas la escisión supone también una disociación de la personalidad que a su vez implica la coexistencia de facetas y conductas personales marcadamente diferentes y hasta antagónicas en más de un sentido (notables personalidades de la cultura, por ejemplo, capaces en la intimidad de practicar de un modo habitual tal sexualidad sádica con sus parejas que estremecería a más de uno).

Los sujetos limítrofes, en cambio, a menudo parecen poco menos que consumirse día a día en medio de sus angustias, cuando no arrastran una depresión que llega a limitarlos severamente en su desenvolvimiento. Entonces, como terapeuta, además de sentirme conmovido ante la sensación de inermidad que transmiten, vienen a mi mente pensamientos tales como: “es un sobreviviente psíquico”, “es como un flan que está a punto de deshacerse” o “es como una hoja al viento”. Quienes poseen una estructura perversa no suelen despertarnos precisamente estos sentimientos ni este tipo de ocurrencias contratransferenciales.

En resumidas cuentas: más allá de la coincidencia en que en ambas estructuras, la limítrofe y la perversa, la desmentida puede erigirse en el mecanismo defensivo principal (ya hemos señalado que en el limítrofe operan también un conjunto de otras defensas, algunas de las cuales pueden adquirir especial relevancia), encuentro importantes diferencias en lo que concierne a:

- a) Los orígenes y finalidades de dicha desmentida.
- b) El desarrollo de la subestructura edípica y por consiguiente el grado de operatividad del *après coup*.
- c) La barra vertical de la escisión del yo (“congelada” en el perverso; con “barridos” en el fronterizo).
- d) El grado de estructuración identificatoria alcanzado y por ende de contextura psíquica.

III. Viñetas clínicas.

1. Delia o la búsqueda desesperada del objeto

Esta paciente, a la que llamaremos Delia, es en mi experiencia clínica personal quizás uno de los más típicos casos límites que haya podido tratar.

Soltera, tenía algo más de treinta años cuando me consultó por primera vez. Ejerce una profesión autónoma, con la que ha venido ganándose ajustadamente la vida.

El tratamiento de Delia -en este caso yo hablaría de una psicoterapia psicoanalítica- consta de dos etapas, separadas por un intervalo de algo más de tres años. Durante la primera de ellas, cuando, recomendada por una conocida común acudió a mi consulta, se hallaba en un estado psíquico lamentable. Todos sus trastornos, que venían de larga data y que más adelante describiré, estaban exacerbados. Había entonces que brindarle antes que nada contención y sostén, sin demasiadas probabilidades de adentrarse en la naturaleza de sus padecimientos.

Recuerdo que hice todo lo que pude: la veía a razón de dos sesiones por semana, atendía con invariable condescendencia sus angustiosas y frecuentes llamadas telefónicas y le daba a veces sesiones adicionales.

Estuve de acuerdo con que paralelamente continuara un tratamiento psicofarmacológico que antes de conocerme había iniciado con una psiquiatra de la mutual médica a la que pertenecía.

Esta primera etapa duró algo menos de un año, a lo largo de la cual la paciente fue experimentando paulatinamente una cierta mejoría, tanto en su estado emocional como en su funcionamiento mental.

Argumentando dificultades económicas para seguir pagando el tratamiento y al abrirse la posibilidad de realizar una psicoterapia de honorarios reducidos a través de la mutual médica, Delia decidió por entonces interrumpirlo. Le recomendé que bajo ningún concepto dejara la psicoterapia, que en este caso llevaría a cabo con otro terapeuta, y que tampoco abandonara el tratamiento psicofarmacológico.

Nos despedimos en buenos términos, si bien a esas alturas ciertos problemas transferenciales se habían vuelto ostensibles. En un momento dado, poco antes de interrumpir la terapia, Delia me había confiado que a veces yo le recordaba a su padre, a quien calificaba como una persona intrusiva. Agregó que por momentos había sentido que yo invadía su mente, que esto le resultaba doloroso y además temía fuera muy perturbador, habiéndome manifestado en más de una ocasión sus dudas acerca de si no se hallaría mejor tratándose con una mujer.

Bergeret (1974) se halla entre quienes han destacado que en estos pacientes se observa no solo el temor a la pérdida del objeto sino también a la intrusión de este, dado que lo necesitan junto a él y temen la intrusión precisamente por esta misma cercanía. También Green lo señala (1977; 2003; 2007), en relación con angustias de abandono y separación por un lado y de intrusión por el otro. Entiendo que esto último podría relacionarse asimismo con lo que otros autores -Masterson (1971), por ejemplo- han descrito acerca de los deseos de fusión y el temor a ser engullido.

Transcurridos poco más de tres años recibí una llamada telefónica de Delia, en la que solicitaba nuevamente mis servicios profesionales.

Acordamos una entrevista. Lo primero que entonces me contó fue que en el interín había sido madre de un niño, que en ese momento tenía ya dos años y medio de edad. De inmediato recordé que, cuando se hallaba pronta a interrumpir el tratamiento conmigo, comenzaba a obsesionarle la idea de tener un hijo y así llegó a transmitírmelo; a punto tal que había pensado en gestarlo a través de la fecundación *in vitro*, recurriendo al semen de un amigo homosexual. Pero su hijo terminó siendo el fruto de la relación, insustancial y fugaz (tanto que duró menos de cuatro semanas) con un hombre al que había conocido por entonces a través de internet y al que llamaremos Bernardo. En las relaciones sexuales que mantuvieron, Bernardo no tomaba precauciones para evitar un embarazo. “Esta es mi oportunidad”, contó Delia que pensó entonces. La relación, como ya dije, acabó pronto, pero ella consiguió lo que se proponía: embarazarse. Con lo que no contaba era que este hombre (al parecer una buena persona, pero que nunca llegó a plantearse formar una pareja con ella) demostraría interés por el hijo una vez nacido y no estaría dispuesto a renunciar a él.

La paciente se hallaba ahora en una situación sumamente conflictiva, con intervención de abogados de ambas partes; todo lo relativo a la crianza del pequeño, al que denominaremos Rafael, era motivo de litigio (régimen de visitas, reclamos de custodia compartida, manutención, etc.), en lo que parecía ser una guerra sin cuartel entre padre y madre por la posesión del hijo.

A todo esto, Delia me refirió que venía efectuando un tratamiento psicoterapéutico con una psicóloga de la mutual médica, con la que después de un tiempo había pasado a tratarse en su consulta privada, pero que la terapeuta decidió interrumpirlo hasta nuevo aviso debido a que se hallaba embarazada. Ambas habían acordado que la terapia se reanudaría semanas después del parto. Mientras tanto, y dadas las difíciles circunstancias por las que estaba atravesando, Delia sintió que, además del auxilio que le brindaba su abogado, necesitaba una ayuda psicoterapéutica. No se sentía en condiciones de esperar sin más a que su terapeuta -con quien por otra parte declaró sentirse cómoda y satisfecha, aunque no sin algunas reservas- retomara su labor profesional, por lo que, con carácter provisional, acudió nuevamente a mí; me dijo que me había elegido sobre todo porque yo ya la conocía y se sentía sin energías suficientes para volver a contar sus problemas a un tercer terapeuta.

Inició entonces una segunda etapa de tratamiento conmigo. Por motivos económicos solo pudo tomar una sesión semanal. Tiempo atrás había dejado el tratamiento farmacológico, manifestándose reacia a este.

Ahora sí considero oportuno describir el estado y la evolución de la paciente en las dos etapas del tratamiento.

En la primera etapa Delia, una mujer poco agraciada, se presentó con un aspecto un tanto desarrapado. Registraba diversos trastornos, característicos de los cuadros fronterizos: una pronunciada adicción a la marihuana y a la cocaína, al tiempo que bebía alcohol a menudo y en forma compulsiva; una marcada tendencia a la actuación, con conductas tan inquietantes y desenfrenadas como impredecibles, frecuentes accesos de ira (rabia narcisista ante sus múltiples frustraciones y la percepción de su debilidad yoica), una actividad sexual compulsiva y promiscua (que avalaba por medio de racionalizaciones); algunas somatizaciones (no fueron graves) y breves episodios deliroides de contenido persecutorio; todo esto junto a un trasfondo de ansiedad desbordante y casi continua, irritabilidad y una tendencia a la depresión que intentaba combatir denodadamente. Me refirió que arrastraba “desde siempre” estos estados anímicos y que, entre otras cosas, no le permitían concentrarse suficientemente en su trabajo, lo que le preocupaba mucho.

Los porros que fumaba casi sin parar constituían unos de los principales objetos con los que trataba de llenar su vacío existencial, al igual que los ocasionales hombres a los que, al apenas conocerlos y de manera prácticamente indiscriminada y compulsiva invitaba a mantener relaciones sexuales, en el fondo debidas a un afán perentorio de contacto corporal y afectivo. Intentaba así desmentir la falta del objeto por medio de estos objetos que se procuraba casi incesantemente, defendiéndose de este modo de sus angustias de desamparo, vacío y separación.

Calificó las relaciones con sus padres como “pésimas”. Les reprochaba que hubiesen sido excesivamente fríos con ella.

Tenía escasos recuerdos de su niñez. (Lo que, como antes dijimos, suele observarse en los cuadros límite).

Estos datos me llevaron a sospechar que pudieran haber existido importantes fallas en la “narcisización” de esta paciente.

La hostilidad que experimentaba hacia sus progenitores, que se empeñaban en ayudarla, la resguardaba de su profunda necesidad de dependencia hacia ellos. Había utilizado su rencor para poder alejarse, en una posición pseudo-independiente que implicaba una huida hacia adelante.

Delia posee un hermano, mayor que ella, con el que mantiene un vínculo más afectuoso y que vive en el exterior.

Tanta ansiedad, que intentaba calmar con sus actuaciones y prácticas adictivas, denunciaba, si

cabe, una mayor descompensación estructural. Al mismo tiempo se quejaba de sentirse desvitalizada y desmotivada.

Supe que en su adolescencia había intentado en una ocasión suicidarse ingiriendo psicofármacos.

Las ideas suicidas la seguían asaltando con cierta frecuencia.

De pronto una obsesión se fue apoderando de ella: su situación había llegado a tal extremo que tenía que contar cuanto antes con alguien por quien sentirse amada incondicionalmente. ¿Una pareja? Desde luego, pero estaba visto que le resultaba muy difícil conseguirla. Anteriormente solía experimentar enamoramientos súbitos e intensos. Sus tentativas de formar una pareja siempre habían acabado en fracaso y era la regla que persiguiera hasta el agotamiento a algunos hombres poco y nada interesados en mantener una relación amorosa con ella. Ahora expresaba otra vez su deseo de tener una pareja, añadiendo que tanto podría tratarse de un hombre como de una mujer, dado que esto no le preocupaba en lo más mínimo. Estaba claro que lo fundamental continuaba siendo el sentirse aceptada, amada y reafirmada en su ser por un objeto- sostén; la cuestión sexual ocupaba en ella un plano muy secundario.

Al mismo tiempo Delia empezaba a aislarse y a evitar los encuentros con la gente, puesto que temía sufrir un nuevo desengaño amoroso y no poder ya soportarlo.

Los animales de compañía no le interesaban, por lo que la alternativa de tener uno de ellos quedaba totalmente descartada.

Por otro lado, hacía mucho tiempo que venía deseando tener un hijo. Fue cuando pensó: ¿por qué no tenerlo, y a la brevedad? Delia no quería -no podía, en realidad- esperar. Y menos a tener una pareja. Acaso el niño sería solamente para ella.

Esto podría salvarla, pensaría, el crear ella misma el objeto: un hijo que la amara y a quien amar.

Por momentos ello parecía convertirse en una cuestión de vida o muerte.

Siempre albergué la sospecha de que la paciente también se habría alejado de mí debido a que quería sentirse completamente libre de tener ese hijo a toda costa, al temer ser juzgada por mí o que de alguna manera yo pudiera impedirlo. Al abandonar su tratamiento conmigo habría así evitado toda intervención de mi parte. Lo cierto es que fue muy poco después que Delia tuvo aquella aventura con Bernardo y luego un hijo con él.

Son varios los analistas -sobre todo franceses- que sostienen que el terapeuta puede llegar a representar para el paciente al padre en su función interdictora frente a la relación simbiótica con la madre. Esto contribuiría a explicar en parte la ya mencionada sensación de Delia de ser invadida por mí, cual padre que interfiere y finalmente podría llegar a impedir su unión con el objeto; y que para llevar a cabo sus planes de tener un hijo habría necesitado quitarme de en medio; es cierto que luego volvió a mí, pero ya como madre de un niño, a quien por otro lado tenía con ella la mayor parte del tiempo.

Pasemos ahora a describir los sucesos de la *segunda etapa* del tratamiento.

En primer término debo decir que al volver a verla la encontré mejor de ánimo, al igual que físicamente, ya que lucía más compuesta y atildada. ¿Ello se debía -me preguntaba yo- a los efectos beneficiosos de la terapia que había estado realizando o ... a que por fin tenía a *su* niño (el objeto)?

Quizás a las dos cosas...

Todo esto me condujo a una seria reflexión en torno a respetar la flagrante actuación de la paciente, aunque ello hubiera implicado que a partir de entonces estuviera en juego el destino de otro ser, el hijo. Quiero decir que me propuse no intervenir, abstenerme de interpretar lo sucedido, por el momento y hasta nuevo aviso, ya que probablemente ello sería vivido por Delia como una intromisión, así como una observación crítica, superyoica; en definitiva, condenatoria.

Es indudable que el niño se hallaba expuesto a las vicisitudes de un vínculo patológico con una madre que se perfilaba como extremadamente retentiva; pero me encontraba con el hecho ya consumado... y con una clara sensación contratransferencial de que en estas actuaciones desesperadas de Delia estaba en juego su propia supervivencia.

“Menudo problema para un terapeuta”, pensé, visto tanto desde el punto de vista técnico como ético...

El hijo ocupa sin duda para Delia, mucho más allá de sus deseos maternos, el lugar del objeto primario de amor. Con Rafael intenta llenar el vacío objetal, afectivo e identificatorio que arrastra desde hace muchos años. Por él y gracias a que él existe ha abandonado los porros, la cocaína y el alcohol. Estaba ahora debido a ello casi siempre sobria, además de bastante más serena. Antes de que existiera Rafael, los objetos, fuesen estas drogas o personas, habían sido siempre fácilmente intercambiables para Delia; el niño, desde luego, constituye una excepción en este sentido, no solo por tratarse de un ser humano, sino por haberlo ella traído al mundo, lo cual le confiere un valor narcisista que no admite comparación alguna. Delia albergaba la ilusión de haber conseguido por fin un objeto estable que la amaría y con el que contaría para siempre; Rafael, naturalmente, nunca dejaría de ser *su* hijo.

Tampoco aceptó en estos momentos tomar psicodrogas; su “droga” era ahora el niño, o al menos era quien ocupaba ese lugar. Comprendí rápidamente, insisto en ello, que para que se sintiese acogida por mí durante el tiempo que llegara a durar la terapia, era necesario que yo asumiera como premisa el esforzarme en admitir y aceptar, sin contrariarla, la solución a la que ella había acudido para resolver sus problemas existenciales, que encaró por su exclusiva cuenta y riesgo, creando con su actuación el objeto que la sostenga y le brinde -nada menos- un objetivo a su vida. Además, reitero, ella se sentía mejor; al mismo tiempo, debía yo reconocer que mi sensación contratransferencial había experimentado un cambio: ya no percibía aquella angustia desgarradora y esa mezcla de profunda tristeza y apatía en la mirada perdida y desesperanzada que antes exhibía Delia. De hecho la calidad de la comunicación en las sesiones había mejorado también; se hallaba algo más receptiva, podía aceptar mejor y trabajar, en alguna medida, con mis interpretaciones, más allá de las dificultades que habría padecido siempre en cuanto a su limitada capacidad elaborativa y sus irrefrenables tendencias a la actuación.

Sus problemas habían pasado a ser de otra índole, al menos por el momento. Estaba claro que experimentaba una gran tensión emocional, así como ansiedades de naturaleza persecutoria a raíz de las disputas con el padre del niño. (“Me insulta, me acosa, no me deja construirme como persona”, expresó). Pero estas eran emociones de otro cariz; pese a todo, más soportables que las que antes había padecido. Ahora tenía un hijo, su vida cobraba sentido; luchaba junto a alguien y por ese alguien. En relación con esto me dijo textualmente que cuando abandonó la psicoterapia que efectuaba conmigo “... ya no encontraba de qué hablar. Ya no confiaba en la vida...” Y muy pronto, como vimos, se embarazó.

Aunque ahora también era evidente que, como Delia querría que el hijo fuese solo de ella, en una ilusión de unidad con el objeto, no toleraba compartirlo con el padre de la criatura. No estaba preparada para ello; confesó que le costaba horrores aceptar tal situación.

La labor terapéutica se fue centrando en esto último, ya que ella sentía que Bernardo le “arrancaba” el niño de sus brazos, cuando en realidad solo parecía estar haciendo uso de sus derechos como padre en cuanto a poder verlo y estar con él dentro de los períodos legalmente establecidos. Pronto retornaría en Delia la amenaza de una nueva descompensación de su frágil estructura. Entre otras cosas, temía que Bernardo con el tiempo acabara predisponiendo mal al niño hacia ella y que este la rechazara, o que aquél le iniciara una demanda por insania y pudiera quitarle la tenencia de Rafael, todo lo cual era en parte producto de una proyección en Bernardo de sus deseos de apropiarse del niño.

Traté que entendiera algo elemental: que quizás ella algún día llegaría a aceptar, sobre todo si lograsen tener una relación más pacífica con Bernardo, que el hecho de que el niño dispusiera de un padre que lo quiere y reclama, que desea cuidarlo y participar en su crianza, era preferible no sólo para el niño sino para los tres. Tal vez lo comprendió, pero sólo intelectualmente; en el fondo no se resignaba a compartir a Rafael; deseaba que el padre “no entre” en esto.

En la relación con su hijo la paciente se aferraba desesperadamente a él, por lo que existía una

dependencia mutua. No habría de extrañarme entonces que se hubiera vuelto partidaria de la lactancia prolongada, por lo que, mientras tuviese leche, pensaba seguir dándole el pecho a Rafael - que ya se acercaba a los tres años de edad- por un tiempo indeterminado. (Otra razón por la que rechazaba recurrir a los psicofármacos). Le sugerí que intentara pensar si esto no se correspondía más con una necesidad de ella antes que del niño. (Delia había llegado a decirme no solamente que querría tenerlo solo para ella sino además que desearía que no creciera y no se fuera nunca de su lado).

Habiendo partido de la carencia de objeto y las angustias de desamparo y vacío, sin la posibilidad de revisar la relación con su hijo a través de la psicoterapia, Delia podría estar en camino de irse convirtiendo en algo semejante a una madre fálica y de conformar con su vástago un sistema narcisista patológico cuyas consecuencias son de sobra conocidas por el psicoanálisis.

De más está decir que Delia se angustiaba sobremanera cuando Rafael se enfermaba, mientras que le invadía una gran tristeza cuando no estaba a su lado durante los días que su padre se lo llevaba con él; toleraba muy mal la soledad y la espera, que disparaban en ella las angustias de desvalimiento, separación y vacío. Ante ello se animó a contarme que había estado pensando en... tener un segundo hijo, ahora sí por fecundación *in vitro* y con la ayuda de su amigo gay. Esta vez sería -¡por fin!- un hijo solamente para ella, sin un progenitor ni persona alguna que viniera a reclamarlo y a arrebatárselo de su lado. No estoy para nada convencido que, cuando con prudencia y suavidad me atreví a hablarle de que trate de pensar en los probables inconvenientes y desventajas que al nuevo hijo podría significarle carecer de figura paterna y ese vínculo fusional y excluyente que ella querría establecer con él, pudiera ahora escucharme y comprenderme realmente. Consideré que no tenía otra alternativa que convertirme en esos momentos en representante de la figura paterna interdictora, con sus pros y sus contras. Me aparté temporarily y necesariamente en este caso de la neutralidad a la que cabe aspirar en el análisis clásico (pensada, eso sí, para las psiconeurosis). En este punto lo sigo a Kernberg (1978; 1983). Estuve tratando de evitar lo que considero sería una nueva actuación de Delia, que podría tener algunas consecuencias francamente nocivas. Asumí entonces en cierta medida el papel de un superyó que procuraba poner límites útiles a su yo. Otra cosa -le expliqué- sería poder tener un hijo más adelante, en circunstancias más apropiadas, teniendo ante todo la posibilidad de reconocer sus problemas con mayor claridad y pudiendo proceder de un modo más reflexivo, consciente de la responsabilidad y complejidad que el hecho implica. Es que, además de Rafael, estaría en juego ahora la salud mental y en definitiva el destino de otro ser; y nos encontrábamos a tiempo de evitarlo. Pero luego comprobé que ella en esos momentos regresivos sólo pensaba en calmar su angustia lucubrando tener un segundo niño, ya que lo de Rafael no había salido como esperaba... Si por ahora descartaba tal propósito no era debido a ninguno de los motivos sobre los que intenté pudiera reflexionar, sino simplemente a otros de orden práctico: Delia pensaba que ello “no sería razonable” ya que no daría abasto, teniendo que trabajar y además que ocuparse de dos hijos pequeños. A esto -continuó diciéndome- se sumarían las dificultades económicas a las que se vería expuesta y que, además, chocaría con la desaprobación de sus padres, quienes no podrían aceptar esta nueva situación bajo ningún concepto y por tanto no la ayudarían.

En sus momentos más lúcidos, Delia confesó que le gustaría poder interesarse suficientemente por algo, aparte de la relación con su hijo, pero que no llegaba a conseguirlo.

Me dijo: “Querría ser yo misma, estar bien por mí misma, no dependiendo del bebé, apasionarme por algo”.

Con su identidad difusa y su autoestima baja, se hallaba todavía muy ocupada en *ser*, en sobrevivir psíquicamente; aunque estuviese mejor no había aún lugar para los deseos y proyectos vitales. No era un ser deseante; ahora los hombres parecían no importarle.

Su trabajo no le disgustaba, pero tampoco llegaba a entusiasmarle, si bien le confería cierta identidad y contribuía a elevar un tanto su autoestima.

Manténía muy pocas relaciones amistosas, por otra parte inestables, y experimentaba un

sentimiento de desarraigo. Además, sus familiares viven lejos, por lo que se sentía sola, aunque algo menos desde que nació Rafael.

Sin embargo, fue saliendo lentamente de su inercia y programando algunos encuentros con grupos de personas con los que contactó a través de internet y que se reunían periódicamente para realizar distintas actividades; esto pareció empezar a despertarle un cierto interés. Sentí que debía refrendar estas actitudes, que ella asumía no sin vacilaciones y temores.

En los vínculos que llegó a establecer me manifestó que, como siempre al parecer, le costaba mantener la distancia adecuada, sea por su tendencia a “pegarse” al -fundirse con el- objeto o, por el contrario, su temor a la intrusión de este.

He aquí todo un problema técnico que puede presentarse con algunos pacientes limítrofes dentro de la relación terapéutica, frente al cual esta vez presté especial atención y estuve advertido cuando con Delia dispuse de una segunda oportunidad, habida cuenta de que ya en la primera etapa de su tratamiento me había transmitido que se sentía “invadida” por mí. Se trataba de encontrar una distancia en la comunicación que resultara apropiada, de tal modo de no provocar la angustia de intrusión pero tampoco intensificar las de abandono y separación. En materia de intervenciones verbales, por ejemplo, yo intentaba no caer en un exceso ni tampoco en silencios demasiados prolongados, atender cuidadosamente al *timing*, procurando detectar cuándo convenía efectuar una interpretación o una construcción, con la posibilidad de que la paciente pudiera aceptarlas y procesarlas y cuándo, por el contrario, sólo cabía contenerla y esperar.

En estrecha relación con este aspecto situaría yo lo inherente a la frecuencia de las sesiones semanales con los casos límites. Por lo general, considero convendrá sea menor que la recomendada para el análisis de las neurosis. En pocas palabras: decantarse por un número de sesiones que resulte suficiente para no incrementar las angustias de desvalimiento, vacío y separación, pero que a la vez no sea excesivo, a los fines de evitar la angustia de intrusión y de que el paciente se sienta abrumado, dadas sus dificultades para metabolizar nuestras interpretaciones y construcciones. Un par de sesiones semanales puede, en mi opinión, constituir una frecuencia recomendable en muchos de estos casos.

Tiempo después, la paciente decidió reanudar su terapia con la terapeuta que la estaba tratando. En todo momento procuré que se sintiera libre de hacerlo. Al respecto sus limitaciones económicas fueron determinantes esta vez, por cuanto ahora decía hallarse bien conmigo.

Pudimos realizar un buen cierre del tratamiento y ella misma evaluó los resultados como muy favorables.

Resumen

Describo los avatares que durante la psicoterapia psicoanalítica se presentan en la vida de una típica paciente límite, en relación con la búsqueda desesperada de un objeto/sostén, que acaba definiéndose en la figura de un hijo. Los *actings* suscitados por dicha búsqueda, de características impulsivas y adictivas (adicción a drogas y alcohol, sexualidad promiscua y actos sexuales perversos), desembocan en la gestación del citado objeto, al que logra tener a toda costa, embarazándose mediante una actuación deliberada con un compañero ocasional.

Una vez nacido el niño, al que pretendía poseer como un objeto de su exclusiva pertenencia, la inesperada involucración del padre del bebé en la vida de este la sume en diversos conflictos y frustraciones que incrementan su angustia crónica y su depresión anaclítica.

Es en este estado que urde la posibilidad de buscar... un segundo hijo (esta vez por fecundación *in vitro*, con la colaboración de un conocido que, una vez nacido el niño, le promete habrá de desentenderse), vale decir, en condiciones tanto psíquicas como -además- económicas francamente desfavorables.

Tan especiales cuanto delicadas circunstancias, en tanto comprometen la salud mental y la vida en

general, no solo de la paciente sino también de otros seres, enfrentan al terapeuta con verdaderas situaciones dilemáticas, tanto desde el punto de vista técnico como ético. Estas conducen a replanteos en la estrategia terapéutica, habida cuenta del significado del objeto para la supervivencia psíquica e incluso física de la paciente (ha tenido un intento de suicidio) y las dificultades que su deficitaria estructuración psíquica le crean para tolerar la soledad, la espera y la frustración, así como para aceptar, comprender y elaborar las interpretaciones y construcciones del terapeuta, que han de apuntar especialmente a las carencias tempranas de la paciente.

2. Olivia. Cuando el objeto es el propio terapeuta... o una niña

El siguiente ejemplo corresponde también a un caso límite, aunque menos grave que el de Delia. Diría que está algo más cercano al polo neurótico que al psicótico, siguiendo el criterio que sirve a algunos autores para clasificar las distintas formas clínicas de este cuadro, en el que se suelen reconocer distintos subgrupos, según los trastornos predominantes. Sin embargo, y de manera en cierto modo paradójica o hasta contradictoria, comprobaremos que en esta paciente era al mismo tiempo muy importante la persistente búsqueda de instauración de una relación simbiótica que remitiría a la unión materno-filial y que condicionó en gran parte las características de la transferencia y la ulterior elección del objeto “salvador”.

Lo que me interesa especialmente al exponer este caso es, precisamente, mostrar las características que adquirió la transferencia terapéutica y por qué la búsqueda del objeto recayó finalmente en una ansiada niña.

Traté a Olivia durante varios años. Cuando me consultó estaba próxima a cumplir los treinta años de edad. Se había casado poco antes y tenía ya un hijo varón a punto de cumplir dos años. Se ocupaba de los cuidados del niño y de las tareas domésticas, mientras su marido trabajaba como empleado en una fábrica.

El motivo de consulta era un estado depresivo crónico, que pronto se reveló como una depresión anaclítica y que, concomitantemente con la psicoterapia, requirió un tratamiento con antidepresivos, que fue conducido por otro colega.

Olivia, una muchacha medianamente inteligente, de buena presencia, no hallaba satisfacción ni mayores motivaciones en su vida, que transcurría en un estado de apatía y de tristeza que solo giraba por momentos hacia la rabia y la protesta. Se sumaban frecuentes quejas en torno a no sentirse suficientemente querida por sus padres, quienes, según ella, manifestaban una clara preferencia por su hermano, que era un par de años menor que la paciente. Sus quejas iban dirigidas preferentemente hacia su madre. Experimentaba intensos celos, además de sentirse a menudo descalificada por sus progenitores y de pensar que le deparaban un trato injusto, siempre en comparación con el que recibía su hermano, que en su opinión resultaba invariablemente favorecido. Lo que podría inicialmente ser tomado como un desplazamiento al complejo fraterno de su situación edípica no era tal cosa. En realidad, la relación de su madre con el hermano incrementaba sobre todo su angustia de desamparo o abandono.

Buena parte de las sesiones giraban en torno de las situaciones conflictivas que se creaban en el seno de su familia de origen entre sus cuatro componentes. Estaba claro que los problemas de Olivia eran esencialmente afectivos y que calaban hondo en su interior, haciéndola sentirse además casi permanentemente insegura y desvalorizada.

Tales situaciones parecían reactivar antiguos traumas, que ella revivía experimentando una angustia de desamparo y que contratransferencialmente yo percibía como desgarradora. Algo similar sucedía si la reactivación traumática provenía de otros contextos, como el de su grupo de amigos. Por lo general Olivia no reaccionaba con las consabidas defensas pre-represivas que estamos habituados a reconocer en la clínica psicoanalítica, por lo que su inermidad se mostraba al desnudo y me conmovía profundamente; en tales circunstancias, ella solía llorar con gran amargura durante las

sesiones. Yo formulaba entonces interpretaciones acerca de esta repetición de una historia de abandono (sobre todo materno), en parte real y en parte quizás imaginario y sólo subjetivo, así como su excesiva susceptibilidad ante estos hechos, los que también se reproducían en el seno de la transferencia.

Su adolescencia había sido muy tormentosa. Hasta poco tiempo atrás, Olivia se drogaba a menudo con hachís, cocaína y algunas drogas sintéticas y había tenido una vida sexual muy promiscua.

Transcurrido un cierto tiempo de tratamiento comprendí que había sido una adolescente *borderline*, lo que con cierta facilidad pudo haber permanecido oculto -sobre todo sus *actings out*- tras las conductas habituales de muchos jóvenes del grupo que frecuentaba, que hacían una vida similar a la de ella. Yo barruntaba que Olivia habría sobrellevado por entonces como podía su depresión y sus estados de ansiedad que venían de mucho tiempo atrás, acudiendo para ello a las drogas, así como al alcohol y a una práctica sexual de características igualmente adictivas. (En esto se parece mucho a lo que le sucedía a Delia, cuyo caso he descrito antes).

Pero al casarse su vida cambió por completo. Pudo dejar atrás su época de drogas, sexo y alcohol para convertirse en una buena compañera de su marido, una excelente madre (responsable, cariñosa e intuitiva) y ama de casa. Su impulsividad de entonces había disminuido considerablemente. Además se animó a esbozar algunos planes para el futuro (aunque sin demasiada convicción), como estudiar una carrera universitaria.

No obstante, Olivia seguía experimentando una angustia y una profunda tristeza, aunque a veces ensayaba algunas salidas humorísticas. Pasó en plena sesión por un episodio de cierta confusión, acompañado de una sensación de fuertes mareos, lo que me hizo temer se tratara de un desequilibrio estructural, expresión de una regresión hacia estadios narcisistas primitivos; pero la cuestión no pasó a mayores.

La paciente fue desarrollando una transferencia muy idealizada, dependiente y regresiva. (Lo que algunos podrían llamar una *transferencia adictiva*). La veía a razón de dos sesiones por semana, cara a cara. Su demanda era constante y excesiva. Pronto se hizo evidente que reclamaba de mí un trato especial. Me llamaba por teléfono con cualquier pretexto, aunque solo fuera para oír mi voz; también para contarme sus últimas cuitas con su familia y preguntarme cómo debía comportarse en cada caso, lo que se hizo extensivo a la relación con su marido, con quien empezaba a mostrarse desencantada y desconforme, aunque podía reconocer que él la quería.

Yo sentía simpatía por ella y me despertaba deseos de protegerla, aunque en muchas ocasiones resultaba francamente cargosa. Mi familia estaba ya habituada a sus frecuentes llamadas telefónicas, que no respetaban horarios ni fines de semana. “Es de nuevo esa paciente”, oía decir una y otra vez a mi mujer cuando Olivia pedía hablar conmigo. En su momento pude interpretar los motivos de su conducta, pero antes dejé durante un tiempo prolongado y sin interpretar que obrara de este modo, sobre todo porque contratransferencialmente percibía que ella tenía una profunda necesidad de aferrarse a mí. Llegué a la conclusión de que debía ser comprensivo con ello y, dentro de ciertos límites, permítirselo; más adelante veríamos como iría evolucionando todo esto.

Al terminar cada sesión, a Olivia le costaba sobremanera desprenderse de mí. Su angustia de separación se hacía evidente entonces. Ella intentaba demorar el cierre de la sesión y la despedida con cualquier consulta, comentario, queja (“me está echando”, me decía) o pregunta de último momento. Claro, yo me daba cuenta de ello, pero siguió repitiendo este proceder, medio en broma, como si se tratase de un juego y dado que, hasta cierto punto, yo se lo permitía, sin dejar de decirle pacientemente que se sentía rechazada por mí, como por sus padres. Para ella estas pequeñas concesiones, como lo eran también las relacionadas con sus consultas telefónicas, representaban asimismo una cierta satisfacción de ese trato especial que reclamaba y que se hallaba relacionado con sus carencias infantiles. Gratificaciones transferenciales de sus necesidades anaclíticas.

Pequeñas concesiones ante pequeños *actings*, a las que, desde una contratransferencia que calificaría de tierna, considero cabe acceder en este tipo de pacientes de patología no neurótica, que

arrastran carencias afectivas y tendencias masoquistas, siguiendo el sendero abierto por autores como Ferenczi (1932 a) o Natch (1966). Se trata aquí de una flexibilización del encuadre.

Yo me iba convirtiendo para ella en su salvador. La cuestión consistía en aceptar durante el tiempo que fuera necesario ser el objeto de esta transferencia tan intensa.

Así funcionó su relación conmigo durante varios años, hasta que Olivia fue evolucionando, de modo de ya no sentirse tan dependiente de mí y de ir confiando más en sus propios recursos. La idealización fue dando paso a una relación más realista conmigo. Olivia maduró, se podría decir.

Logró que su marido entrara en un tratamiento psicoterapéutico, lo que tuvo efectos positivos en la relación conyugal.

Con el tiempo creo que conseguimos realizar un cierto trabajo elaborativo, que se vio reflejado en el hecho de que Olivia fue comprendiendo y controlando mejor aquellas situaciones que reactivaban sus traumas y con ellos sus sentimientos de exclusión y de abandono. La ansiedad fue cediendo.

Permanecían en cambio su tristeza y su apatía.

En esos años tuvo otro hijo varón. Siempre me pareció que seguía siendo una buena madre para sus dos hijos. Acaso extrañamente, como madre se desenvolvía con cariño y solvencia.

De pronto, coincidiendo con la época en la que estábamos planteando la posibilidad de un cierre del tratamiento, fue creciendo en ella el deseo de tener una niña, lo que era compartido con su marido, o al menos consentido por él. En principio todo parecía muy natural y comprensible; sin embargo, al ir indagando en las fantasías de Olivia al respecto, fueron revelándose ciertas cuestiones, dignas de ser analizadas.

A medida que transcurría el tiempo, el deseo de tener una hija se fue tornando obsesionante. Lo ansiaba fervientemente, aduciendo que estaba convencida que solamente ello lograría hacerla feliz. Para conseguir tal objetivo estaba dispuesta a los mayores sacrificios. Eso sí, la pareja no quería correr la suerte de que el tercer hijo resultara ser otro varón; necesitaban asegurarse de que fuera una niña. ¿Era esto posible? Fue entonces que pudo averiguar que en un país europeo estaba legalizada la fecundación *in vitro* con elección del sexo de la criatura mediante selección de embriones, lo que no está permitido en España.³⁴

Además del elevado coste económico del procedimiento, al que se sumarían los del viaje y estadía de la paciente durante algún tiempo en el centro donde habría de practicarse, el asunto comportaba cuestiones éticas, entre ellas las relacionadas con el destino de los embriones a ser descartados. Tampoco era posible, claro está, garantizar totalmente los resultados. Y Olivia ya frisaba los cuarenta años, lo que entrañaba además tanto un aumento de ciertos riesgos en la descendencia como el estrechamiento del margen de tiempo del que disponían para llevar a cabo la fecundación.

No obstante la paciente y su esposo se aferraron obstinadamente durante un tiempo a esta posibilidad que se les presentaba. Por mi parte mantuve mi neutralidad técnica en cuanto a la decisión adoptada por la pareja, aunque no dejé de analizar lo subyacente a este febril deseo que se había despertado en ella, cosa que la buena relación transferencial y el mayor equilibrio emocional logrado por Olivia hacían posible.

Fue entonces que, junto a las consabidas expectativas en torno al deseo de que se tratase de una niña, pudimos descubrir que esta la representaba a ella misma, que por fin contaría con una madre amantísima (la propia Olivia) y que, por lo visto, Olivia le otorgaría un lugar preferencial entre sus

³⁴ Mientras escribía este trabajo (corría el mes de marzo de 2013) y a raíz de una búsqueda que efectuaba por internet, me encontré inesperada y providencialmente con la consulta de una mujer realizada solo un año atrás, cuya situación era en cierto modo idéntica a la que había atravesado Olivia y que bien hubiera podido ser formulada en su momento por la propia paciente, casi con las mismas palabras. Dice textualmente: “Necesito información sobre inseminación *in vitro* en la que antes se haya hecho una selección de embriones. He soñado siempre con una nena y ya voy por dos nenes. Ya casi es una obsesión. ¿Alguien tiene información de dónde, cuánto cuesta y demás? Gracias.”

hijos. Ella aspiraba inconscientemente a solucionar de este modo el principal problema de su existencia, nunca del todo resuelto por la terapia. Sin embargo, aún reconocido este motivo por la paciente, ¿debía por esto renunciar a tal deseo? Consideré que no era nadie para juzgarla, que ello tampoco correspondía a mi papel y que debía limitarme a analizarla, a analizar su deseo. Ella y su marido decidirían.

Fue posible un trabajo elaborativo acerca de su identificación proyectiva sobre la figura de la ansiada niña de sus propios aspectos infantiles desvalidos y necesitados del amor maternal, tan reclamado en el seno de esa particular situación triangular constituida por ella, su madre y su hermano (situación resignificada edípicamente, además, aunque su gravitación principal sobre la paciente parecía responder más a orígenes preedípicos, en los que prevalecería el anhelo de fusión con la figura materna).

Poco después poníamos fin a la experiencia terapéutica. De todas maneras ella me fue luego manteniendo al tanto de cómo marchaban las tentativas de someterse a la fecundación *in vitro* en las condiciones antes expuestas, lo que finalmente no fue posible por diversas razones, entre ellas las económicas. Tanto Olivia como su marido no tuvieron más remedio que desistir de tal empeño y acabaron aceptando, resignados, esta realidad.

Y algo más todavía: el análisis de la situación puso al descubierto que el deseo de poseer una niña había venido siendo reforzado inconscientemente por la necesidad de tener que renunciar algún día a la relación terapéutica conmigo, a través de la cual -y desde luego, por obra y gracia de una transferencia materna sobre mí- ella había estado satisfaciendo, en su fantasía, sus necesidades y deseos infantiles. Por tanto, el vínculo madre-hija que había intentado crear estaba en parte además destinado a sustituir el que tenía conmigo. De hecho, la idea inicial de Olivia había sido dejar la psicoterapia para, con el dinero que le costaba, poder en parte pagar los gastos correspondientes a su tratamiento para tener una niña. Era una cosa por otra, la relación con la niña en lugar de la relación que tenía conmigo...

Antes hemos recordado que, en los casos límite, frente a la dificultad o incluso imposibilidad que estos pacientes experimentan para efectuar un trabajo de duelo, el reemplazo de un objeto por otro es un hecho que suele observarse. Entonces, Olivia no hacía más que intercambiar un objeto por otro, como tantos *borderlines*? En parte cabe admitir que sí, pero la diferencia reside en que, trabajo terapéutico mediante, pudo tomar plena conciencia de ello, que además esta vez ambos objetos eran altamente significativos en lugar de irrelevantes para ella (como lo habrían sido las drogas, el alcohol o las relaciones interpersonales fugaces y sexualmente promiscuas que había tenido en su adolescencia) y que logró realizar un cierto trabajo de duelo por la finalización de su tratamiento y la separación de su terapeuta.

3. Enric, el paciente mutante

Enric tenía 34 años cuando lo vi por primera vez. Venía recomendado por un analista de mi conocimiento. Era hijo único, no tenía ocupación alguna desde hacía tiempo y vivía del dinero que regularmente le suministraban sus padres, quienes pertenecían a familias de la alta burguesía barcelonesa y guardaban una posición económica acomodada.

Aceptó acudir a una entrevista sin mayor motivación, ante la insistencia de sus progenitores, en particular de su padre (sin duda, lo haría para no sumar más problemas con él, quien, poco más o menos lo había emplazado a que se tratara; en caso contrario no lo seguiría manteniendo). Antes había pasado por un número considerable de terapias de las más variadas orientaciones.

Fue su padre quien me pidió, poco menos que encarecidamente, que aceptara atenderlo, a sabiendas de los fracasos y finales casi siempre violentos de los anteriores intentos terapéuticos emprendidos.

Hablé por separado con los progenitores de Enric, divorciados desde cuando este tenía quince

años. Ambos habían vuelto a formar una nueva pareja. Al parecer Enric había sufrido mucho al presenciar las discusiones que ellos tenían por entonces y cuando se separaron. Me refirieron que Enric se llevaba muy mal con las parejas de los dos.

Su padre ya no sabía qué hacer con Enric, qué medidas tomar. No obstante, oscilaba entre el escepticismo y la esperanza de que alguien -o algo que sucediese- pudiera todavía hacer que su hijo cambiase.

Su madre, por el contrario, se hallaba bastante desesperanzada, manifestándose impotente ante los múltiples problemas de su hijo. “Está en una situación sin salida. No logra o no quiere salir adelante, lo que quizá le resulta más cómodo, en cierto modo”, me dijo en una entrevista. Y agregó a continuación: “Solo no puede. Ha intentado cambiando de vivienda y hasta de país. En cada lugar es empezar de nuevo. Y al final se va mal de todos lados. Lo que pasa es que no tiene objetivos en la vida. Solo los inmediatos. No le interesa nada. No trabaja, ni le molesta pedir dinero para vivir...También es reacio a la terapia. Y siempre está a la defensiva”.

A pesar de todo, encaré el caso con interés y con la expectativa de poder hacer algo por él.

En la primera entrevista con Enric me encontré con un hombre que vestía a la manera de un adolescente, a la vez que bastante descuidado, con prendas deportivas y de las muy baratas. Sin embargo, noté que... olía muy bien, a perfume muy fino. Facetas algo contradictorias, pensé de entrada... Luego me enteraría que era un comprador compulsivo de productos muy caros de perfumería.

Siempre había sido un niño problemático, lo que se notaba especialmente en su mal rendimiento escolar y en las faltas disciplinarias (había sido muy agresivo con sus compañeros).

No pude detectar actitudes de abandono o desinterés por parte de sus padres y Enric no llegó a quejarse mayormente de ellos en este aspecto, aunque me dijo que si bien se sentía querido por su padre, este había sido siempre algo distante con él³⁵.

Cuando niño estaba bastante apegado a su madre; según su opinión, esta era más cariñosa que su padre.

“Son buenos padres. No me puedo quejar. Pero fueron siempre muy permisivos. Tal vez ahora yo esté sufriendo las consecuencias de esto. Pero yo sé que el día de mañana mi vida se va a encaminar”, me dijo en una de las primeras sesiones.

Con el paso del tiempo las conductas inadaptadas, extravagantes y rebeldes de Enric habían despertado la reacción de sus padres y gradualmente fue experimentando un rechazo por parte de éstos, o al menos él se sentía rechazado por ellos; lo cierto es que muy probablemente Enric contribuía con su conducta a tal rechazo. Finalmente llegó a pensar que su progenitores se lo querían quitar de encima.

La descripción que de él hizo inicialmente su madre lo mostraba, entre otros rasgos, como alguien con grandes tendencias al *acting out*, al tiempo que mentiroso y manipulador.

Enric vivía solo, en un piso alquilado. A menudo emprendía largos viajes, en los que solía meterse en líos. Aficionado al alcohol desde su difícil adolescencia, y en menor medida y por temporadas a las drogas (porros, cocaína), protagonizaba -generalmente en estado de ebriedad y con cierta frecuencia- peleas en bares, por las que acababa detenido en alguna comisaría; en esos episodios solía perder o bien le robaban el dinero que llevaba consigo y sobre todo sus documentos personales, lo que, cuando se hallaba fuera del país, le acarrea diversos inconvenientes a la hora de emprender el regreso a Barcelona. Esto era algo que significativamente se repetía, como si de

³⁵ Aquí cabe una reflexión: es cierto que, entre los factores determinantes dentro de la psicogénesis de los casos límite he destacado las fallas de las funciones parentales y sus consecuencias, incidiendo desde los primeros estadios del desarrollo del sujeto (desamparo) en adelante. Sin embargo, hemos de admitir que a veces nos encontramos con casos cuyas causas nos intrigan, puesto que no podemos vislumbrar ni mucho menos verificar la existencia de tales fallas, aunque la transferencia pueda ser de gran ayuda al respecto (tampoco nos es posible descartarlas, en tanto corresponden a la intimidad de la relación del niño con sus objetos parentales) y es cuando volvemos a pensar en las series complementarias freudianas, sin dejar de considerar los factores constitucionales y genéticos que pudieran intervenir.

este modo quisiera exhibir su incapacidad para autodesenvolverse y su desconcierto identitario.

Desde niño había sido muy pependenciero. Resultaban frecuentes sus arranques de ira, durante los cuales perdía todo control. Podía entonces agredir físicamente a quien se cruzara en su camino y a romper los objetos que tenía al alcance de su mano, ya fueran propios o ajenos.

Entre sus transgresiones más frecuentes se hallaban reiteradas infracciones a las normas de tráfico, con multas que por lo general no pagaba (por saltarse semáforos en rojo, protagonizar choques o aparcar en lugares prohibidos). Pero además había sido denunciado ante la justicia por amenazas y agresiones. Siempre estaba atravesando por algún juicio de turno.

Casi no conservaba amigos ni novias. A algunas de estas las había llegado a maltratar físicamente y también fue denunciado por ello.

Confirmé que no tenía mayores intereses ni aspiraciones. (Fallas en la constitución del ideal del yo). “Nunca pude sentirme realmente metido en un proyecto. Empiezo una cosa y no la termino...”, comentó en una ocasión.

Había completado a duras penas sus estudios secundarios. Luego intentó estudiar en la universidad, pero fracasó. “Mi cabeza no estaba clara”, me dijo, agregando que en realidad nunca le gustó estudiar.

Solo quería -decía- pasárselo bien, pero ello no consistía en otra cosa que intentar entretenerse con banalidades (jugando con las máquinas tragaperras en los bares, por ejemplo), alguna que otra comilona, de la que parecía gozar relativamente, o una borrachera que, como ya dije, solía acabar en trifulca.

La actividad sexual le daba cierto placer, pero tampoco le interesaba demasiado.

Ni tenía pasión alguna, ni le preocupaba el no tenerla, aunque admitió que quizás ir de compras podría llegar a provocarle cierto entusiasmo.

Enric no parecía haber cambiado para bien en momento alguno. (Es Green -2007- quien dice que los fronterizos no suelen mejorar, con lo que yo no estaría del todo de acuerdo, pero en este caso así parecía ser). Sus frecuentes e inquietantes episodios reñidos con la ley podían hacer pensar incluso en un cierto empeoramiento, al igual que sus fallidas relaciones con la gente o sus fracasadas tentativas de mantenerse en algún trabajo, por ejemplo, en el que siempre creaba problemas, protagonizando altercados con sus superiores u otros empleados y por lo general terminaba siendo echado.

Una de las características más marcadas de Enric era lo que Kernberg (2007) ha llamado *difusión de la identidad*, caracterizada por una “[...] falta de integración de su concepto de sí mismo [...]” (Kernberg, 2012).

Más allá de los asiduos cambios en su aspecto físico (en cuanto a dejarse crecer una mullida barba y bigote que le daba apariencia de joven intelectual, que de pronto se afeitaba totalmente, alternando de forma continuada entre uno y otro aspecto), puedo asegurarles que cada sesión (tenía dos por semana, cara a cara) me encontraba con un paciente “distinto” en cuanto a los supuestos rasgos de su personalidad, lo cual al principio me resultó algo francamente desconcertante, ya que no sabía a qué atenerme. Quién o cómo era Enric? ¿Cuál podía ser el diagnóstico? Hasta que descubrí que el problema consistía precisamente en esto, las continuas mutaciones en su personalidad, en la que todo resultaba temporario, a menudo inauténtico y hasta contradictorio. Si en una ocasión me recordaba a un disminuido mental, a la sesión siguiente podía, por el contrario, parecer listo y hasta intelectualoide, lo que engañosamente insinuaba además la posibilidad de que tuviera ciertos intereses culturales y hasta estar en mejores condiciones de comprender la naturaleza de sus problemas. (Esto se explicaba también en relación con sus oscilaciones de sus procesos de pensamiento, que presentaban severas perturbaciones y deficiencias, aunque fugazmente parecía funcionar de un modo más o menos adecuado. Sus comentarios comprendían a menudo frases hechas, más o menos oportunas. Otras, por el contrario,

evidenciaban serias fallas del pensamiento, que aparecía como pobre, más bien operativo, o aun incoherente. Por otro lado, mostraría siempre una propensión a experimentar malos entendidos cuando me dirigía a él y una escasa o ninguna capacidad de insight); también existía el Enric drogadicto, el yonqui o el alcohólico; el transgresor, a veces peligrosamente violento, que llegó a meterme el miedo en el cuerpo; el psicótico, con breves episodios delirantes, paranoico-agresivos; el bon vivant, con arranques de conducta aparentemente sofisticada y snobista, que contrastaba con otra seudoidentidad, la del marginal cuasi vagabundo y buscavidas. (Un fin de semana se presentó sin aviso previo en mi domicilio para pedirme dinero prestado, a la manera de un pordiosero, ya que se había quedado sin un céntimo y no lograba comunicarse con sus padres).

Podía inferirse que Enric, que no lucía especialmente ansioso ni padecía la tan habitual depresión anaclítica que suele observarse en estos enfermos, desmentía constantemente su propia inconsistencia psíquica, aferrándose para ello a seudoidentificaciones protésicas, en extremo cambiantes. Yo tenía, pues, una especie de Zelig en mi consulta...

Intrapsíquicamente daba la impresión de que se las arreglaba a su manera con sus *seudoidentificaciones*, las que le conferían una ilusión de identidad; así se sentía al menos “alguien”, aunque fuese -para tomar algún ejemplo dentro del conjunto de sus diferentes máscaras- un *yonqui* o un sociópata, obrando además transitoriamente como tales, dada la eficacia psíquica de estas seudoidentificaciones, lo que lo llevaba en este caso a deambular por ambientes marginales, en consonancia con su supuesta identidad, y a alternar con sujetos de baja estofa. De este modo, al mismo tiempo, luchaba por mantener una cierta autoestima, proveniente de un yo primitivo (yo ideal, asimismo endeble) que prevalecía en el comando de su psique, lo que le generaba fantasías megalómanas que explicarían, por ejemplo, sus rasgos desafiantes, de prepotencia y de torpe arrogancia (basada en un supuesto coraje o poder centrado en la violencia física y en su “rebeldía” ante la sociedad), rasgos estos que afloraban con mayor asiduidad que otros en su conducta.

A los fines de sostener su autoestima, no parecía obtener prácticamente ningún suministro narcisista de la relación con los objetos externos ni con su incipiente ideal del yo, con insuficientes registros de principios éticos y proyectos vitales socialmente valorados. Pero en él, reitero, no se encontraban indicios clínicos de depresión (presentaba defensas maníacas), por lo que tampoco había mayores motivos para que siguiera paralelamente un tratamiento psicofarmacológico, al que por otra parte se oponía.

Este paciente, a diferencia de otros casos límite (véanse las ilustraciones acerca de Delia y Olivia), no era lo que podríamos llamar un buscador de objetos. En el fondo se trataba más bien de un solitario, sin amigos ni pareja estables, como tampoco es raro de observar entre los sujetos fronterizos. De hecho ya dije que vivía solo, habiendo llegado a convivir únicamente en una ocasión con una joven que fue su pareja durante unos meses.

Sus vínculos con los demás eran superficiales; tenía dificultades insalvables para establecer relaciones íntimas. Las que pudieron haber sido importantes, con sus padres o alguna novia en el pasado, se iban deteriorando en forma paulatina, sea porque él se desentendía o porque los otros se decepcionaban de él.

Contrariamente a lo que sucedería con un psicótico, Enric mantenía un cierto criterio de realidad. Pero era altamente significativo que no usara reloj, lo que tenía que ver con su voluntaria desconexión del mundo de las obligaciones y los compromisos, intentando vivir en una pretendida temporalidad regida por el principio del placer.

Procuraba además imponer su propia lectura de la realidad, a la que trataba de acomodar según sus conveniencias del momento y para justificar sus actos.

En este orden de cosas cabe señalar que a veces parecía desorientarse en tiempo y espacio. Llegó a atravesar momentos de acentuada confusión espacial y temporal, asistiendo a las sesiones totalmente fuera de horario. Se mostraba entonces como adormecido o aturdido, lo cual no siempre obedecía a las copas de más que en ocasiones bebía. Además tomaba el camino más largo – y

siempre el mismo- para llegar a mi despacho, porque no se animaba a probar otros itinerarios, más directos y rápidos, al serle desconocidos. Temía perderse. Naturalmente, en esas circunstancias en que sus insuficiencias yoicas se incrementaban, se acrecentaban también sus dificultades para pensar.

Tal era su inestabilidad que desde estos estados de mayor desorganización, en los que estaría prevaleciendo la subestructura narcisista, al igual que cuando evidenciaba una alarmante pobreza en su producción psíquica, Enric podía pasar, incluso dentro de un mismo día -o eventualmente dentro de una misma sesión- a un funcionamiento de un nivel que recordaría al de un neurótico, como cuando razonaba y se expresaba con cierta lucidez. Si tomáramos el enfoque proporcionado por el modelo de la tercera tópica, esta inestabilidad quedaría representada por los llamados “barridos”, que se sucederían con asiduidad, con la barra de la escisión del yo desplazándose a uno y otro lado.

Sus padres me relataron que Enric, tiempo atrás, había protagonizado episodios delirantes de contenido persecutorio que duraron sólo algunas horas, relacionados con personas por las que se sintió atacado o perjudicado y que cursaron con estados de ira, no exentos de violencia.

Con todos estos datos clínicos no me cabía ya duda alguna: estaba nuevamente frente a un caso límite. De hecho, en Enric convergían varias de las alteraciones que, siempre que se presenten con carácter persistente, el controvertido DSM-4 incluye dentro del llamado TLP (trastorno límite de personalidad), tales como: “relaciones interpersonales inestables”; “alteraciones de la identidad”; “impulsividad”, esta última evidenciable tanto en gastos excesivos como en “abuso de sustancias” (drogas y alcohol) y “conducción temeraria”; “ira inapropiada e intensa [...] (por ej., “muestras de mal genio [...], peleas físicas recurrentes” e “ideación paranoide transitoria”³⁶.

Acudía forzado a las sesiones, sobre todo “para quedar bien” con su padre. Conmigo fingió al comienzo establecer una alianza terapéutica, aunque pronto mostró sus verdaderas intenciones. La relación, muy ambivalente desde el principio, como se podía prever, dio paso a una conducta caracterizada por sus francos ataques al vínculo, actitud que tarde o temprano había repetido siempre con sus terapeutas anteriores, según me había anticipado su padre. Pronto se opuso a mis intenciones de interesarme por su vida, mostrándose desafiante, burlón y también amenazador, con evidentes maniobras de manipulación; hubo momentos en que se retiró aparentemente enfadado en medio de las sesiones. “Tú no tienes 'calle'”. ¿Qué me quieres enseñar a mí”? me espetaba provocativo. Y aparecieron los componentes paranoides: “No me puedo fiar de ti”, me decía. Llegó a amenazarme, mientras me miraba fijamente, como un extraviado mental, exclamando: “Tú no me conoces. No sabes de lo que soy capaz. Ya lo verás.” Confieso que a ratos sentí temor.

Faltaba a algunas sesiones sin avisarme o con excusas banales, o llegaba pocos minutos antes de que finalizara el tiempo de la sesión, como “para cumplir”. En varias ocasiones creí que ya no volvería más, pero para mi sorpresa -¿por complacer y aplacar a su padre?-, después de una sesión tormentosa, por ejemplo, retornaba a la sesión siguiente como si nada hubiese sucedido y hasta se mostraba amable (si bien su conducta daba siempre la impresión de inauténtica, ya sea de responder a una falsedad deliberada o a un “como si”).

Enric nunca acabó de instalarse en la terapia. En realidad, no tenía intención de hacerlo. Las frecuentes rupturas del encuadre eran la tónica (*actings* en plena sesión, interrumpiéndola y retirándose bruscamente; retrasos en el pago, etc.). Intenté poner límites, pero fue en vano. Todo esto me obligaba a hablar frecuentemente con sus progenitores, lo que es probable representara para

³⁶ El DSM-4 describe un total de nueve perturbaciones dentro del TLP. Conque existan cinco de estas (como sería en el caso de Enric) es suficiente para efectuar un diagnóstico de TLP, acaso -dicho sea de paso- el único diagnóstico contenido en el DSM que contempla el conjunto de la personalidad, en lugar de ser meramente sindromático.

Desconozco si en el DSM-5, de reciente aparición, se ha introducido algún cambio al respecto.

él un beneficio secundario: mantener a sus padres pendientes de su persona cual si de un niño enfermo y rebelde se tratase, así como alimentar la ilusión de un reencuentro entre ellos a partir de los problemas que él tenía.

Mal podía yo pensar en la existencia de un proceso terapéutico en marcha; en este caso nunca existió como tal. Siempre estábamos “en los comienzos”, como empezando de cero, con la sensación de no poder avanzar un ápice. El acceso a su subjetividad parecía poco menos que imposible. No obstante lo seguí intentando, aunque a menudo me pareciera una batalla perdida. Asimismo, me mantenía a la espera de que hubiera algunas señales que me permitieran intervenir eventualmente con interpretaciones o construcciones con posibilidades de que Enric mínimamente las aceptara, comprendiera y pudiera procesarlas.

Mientras permaneció en tratamiento conmigo Enric nunca evidenció la más mínima conciencia de que estaba enfermo y que necesitaba ayuda terapéutica. En todo caso, mi ayuda según él había consistido en un par de oportunidades en un préstamo monetario...(¿?). Así me lo transmitió, con nada disimulado sarcasmo. En efecto, ya dije que hube de prestarle dinero en una emergencia y por unos días, se supone que para que cubriera necesidades básicas como las de comida y transporte. Sin embargo, esta conducta no parecía consistir en una maniobra manipuladora de naturaleza psicopática, aunque lo aparentara. Creo que Enric me llevaba así a asumir transitoriamente y de manera directa el rol de padre o de madre anaclíticos, en una transferencia que remedaba en parte la relación que mantenía con sus padres. Es que la transferencia podía también ser tan cambiante como sus señas de identidad. Pero además lo sorprendente, dado que había efectuado otras terapias anteriormente, era que realmente parecía no captar en qué podía consistir la ayuda terapéutica, como si fuese un disminuido mental. Su padre tuvo que convencerlo de que siguiera adelante, que se trataba de comprender el por qué de sus problemas, que en eso consistía mi ayuda. Al principio pareció que lo entendía, pero durante las sesiones se enfurecía ante palabras o frases mías cuyo sentido era totalmente tergiversado desde una ideación paranoide (y bajo una transferencia de igual naturaleza), o simplemente no las comprendía. Entonces podía decirme: “¡Tú no me ayudas!”. Lo difícil era descubrir en esos momentos qué resonancias y conexiones habrían tenido en su mente la palabra o la frase en cuestión. Ocurrió, por ejemplo, una vez que empleé el término “incidente”. Reaccionó gritándome. Armó un escándalo en la sesión. Más tarde sospeché que esa palabra podría haberle reactivado algún asunto por el que habría sido denunciado y acusado por la justicia. Por supuesto, era imposible obtener su colaboración para indagar por qué habría reaccionado de esa manera... El problema concierne a los diversos trastornos del pensamiento que son dables de encontrar en el fronterizo.

En muchos momentos, contratransferencialmente me producía una gran pena verlo tan perdido, sin incentivos en la vida, sin saber quién era realmente y para qué vivía; aunque, en lo que a él mismo respecta, ello no parecía preocuparle mayormente. No salía de su pasividad, hacía poco o nada por conseguir un empleo o por intentar estudiar algo. Se mantenía casi impertérrito ante su situación.

Llegué a pensar, ¿sería esta forma parasitaria y fútil de vida, con sus inconsistencias e invariables y repetidos fracasos, además de la consecuencia inevitable de sus déficits estructurales, una forma de venganza hacia sus padres, en un círculo vicioso signado por la destructividad?

¿O también significaba un excesivo temor a asumir su autonomía e independencia, para las que no se sentiría capacitado? En una de las primeras entrevistas le pregunté qué era lo que en verdad deseaba en esos momentos de su vida. Me contestó: “Querría ser *dependiente*”, lo que constituía un lapsus, pues había querido decir exactamente lo contrario: ser independiente (de sus padres, sobre todo económicamente). En uno de los pocos momentos lúcidos y participativos que tuvo, llegó a expresarme: “Me cuesta asumir el crecimiento de mi persona, comprometerme con algo.”

La vida de Enric parecía marcada por un sino irrevocable. No tenía nada resuelto, ni siquiera encauzado.

A pesar de mis esfuerzos, no pude lograr adentrarme demasiado ni mucho menos influir favorablemente en sus problemas existenciales y de identidad. Al final me sumé a la larga lista de

terapeutas que no pudieron hacer gran cosa por él.

De pronto Enric dejó de venir a las sesiones por un enfado del momento y porque argumentó ante su padre que había resuelto trasladarse a otra ciudad, en la que, según lo que había escuchado -en realidad, de boca de desconocidos en un bar- “seguramente” conseguiría trabajo, lo cual resultaba, por otra parte, sumamente dudoso, dado que el número de parados en España ya era por entonces muy considerable.

Era esta otra huida hacia adelante; y huida de un nuevo intento de tratamiento.

Ya dijimos que Enric se montaba una visión de la realidad según sus -supuestas- conveniencias; en este caso, lo hacía también llevado por la necesidad de evitar el displacer de asumir la verdadera naturaleza de sus trastornos psíquicos y de conducta. Había arribado a una conclusión por su cuenta, reduciendo la solución total de sus problemas existenciales a una fórmula simple: todo se resolvería en cuanto consiguiera un trabajo. Ello resultaba bastante absurdo; o casi propio de un pensamiento operatorio (Martí). Es innegable que encontrar un trabajo podría ser importante para cualquiera en su lugar. Podría contribuir a insertarlo en la realidad y en su relación con la gente, a organizar mejor su día a día, a emanciparlo económicamente en algún momento, pero no es menos cierto que ello no sería ninguna garantía de solución de sus problemas personales, que él desmentía olímpicamente y que no estaban relacionados con su desocupación, la que era más bien una consecuencia inevitable de aquellos. Además, Enric nunca se había caracterizado por su interés por trabajo alguno ni por cuidar sus empleos.

Habían transcurrido unos cinco meses del frustrado -y frustrante- tratamiento. Fue en la sesión previa al comienzo de mis vacaciones de verano que Enric me comunicó que no seguiría viniendo, que esa era su última sesión, además de su plan de trasladarse a otra ciudad, y que para ello contaba con el conocimiento y el respaldo de sus padres. Me dijo todo esto en un tono agresivo y desafiante, comportándose de un modo abiertamente hostil y despreciativo. Contradictoriamente (¿puede alguien ser más contradictorio e incoherente que un *borderline*?), minutos antes, ante una pregunta mía me había respondido que la terapia le había “servido de mucho”, sobre todo para comprenderse mejor... esta vez con un tono de voz que sonó como sincero.

En los últimos minutos de sesión protagonizó una actuación tan insólita como inesperada: prestó oídos sordos a mis palabras de cierre, hablando en voz alta y al mismo tiempo por sobre ellas de cosas triviales, tal como suelen hacer los niños cuando no quieren escuchar lo que les están diciendo. Toda una burlona puesta en escena, con la que me daba a entender que no le importaba nada lo que le decía porque él, a partir de ese momento, ya había dado por terminada la terapia y se sentía en consecuencia, en un ejercicio de megalomía, el dueño de la situación.

La despedida fue muy desagradable. Me esforcé en saludarlo lo mejor que pude. (Este tipo de pacientes suele poner al máximo a prueba el control y manejo de nuestras emociones contratransferenciales. En este caso, como podrán imaginar, no podía evitar sentirme molesto).

Poco después me comuniqué con su padre para informarle lo sucedido, quien esta vez no volvió a insistir a su hijo de que continuara la terapia y lo dejó hacer.

No he vuelto a saber nada de Enric ni de sus padres. Como es obvio suponer, me es difícil hallar motivos para pensar en un pronóstico favorable; aunque nunca se sabe.

IV. Resumen y consideraciones finales

Como suele decirse, el sujeto fronterizo arrastra una *patología de los límites*: no solo entre la neurosis y la psicosis, sino también entre el adentro y el afuera, el inconsciente y el consciente, el sujeto y el objeto.

Para intentar comprender la génesis y el funcionamiento psíquico de la organización límite he escogido como punto de partida los *traumas tempranos* (Freud, 1920; 1937; 1939 [1934- 1938]),

acontecidos en la etapa del narcisismo primario y que operan por un efecto acumulativo (M. Kahn, 1974) en el psiquismo del sujeto, provocando diversas alteraciones .

En dicho punto se hallarían los principales orígenes de las carencias y perturbaciones de los casos límite, a saber:

1) La *fijación al trauma*, que al ser reactivado desencadena la *compulsión de repetición* (Freud, 1920), con efectos tales como el pasaje al acto o la descarga somática. La repetición es tripartita, lo que conlleva la participación yoica de defensas pre-represivas, entre las que destaca la *desmentida*, mecanismo preponderante en la estructura limítrofe, que -postulo- provendría del narcisismo primario (Rank, 1914; Freud, 1919) y provocaría una escisión constitutiva en el aparato psíquico.

2) La liberación de *angustia*, sobre todo de *desvalimiento o desamparo* (si bien el fronterizo puede también experimentar otros tipos de angustias, como las de separación, vacío, intrusión, aniquilamiento y, eventualmente, de castración).

3) Si nos basamos en la teoría del yo de las identificaciones, adquiere especial relevancia el consiguiente *déficit en la constitución de las identificaciones primarias estructurales*. La endeblez de esta matriz identificatoria se hace notar en la organización mental del fronterizo, habitualmente también carenciado en lo que atañe a las identificaciones secundarias, todo lo cual afecta la formación del yo, así como la del ideal del yo/superyó.

Estamos, pues, frente a una patología del *ser* antes que del *tener*. La falta del objeto primario o el riesgo inminente de su pérdida supone una orfandad afectiva y estructural, vale decir que no solamente implica una falta básica de investiduras narcisistas, sino también la de una *estructuración identificatoria consistente*. La estructura falla desde sus cimientos, viéndose además afectada la instauración de un objeto interno que funcione como *sostén (sostén interior, en términos de Mayer, 2000)*, acaso también -identificación mediante- núcleo del superyó protector.

Todo esto deviene en los inevitables trastornos en la autoestima -depresión anaclítica, a la que no en vano Bergeret (1974) le otorga especial importancia en el fronterizo- y en la difusión de la identidad. Las faltas empujan a:

a) La búsqueda compulsiva de un objeto sustitutivo (pareja, compañeros sexuales ocasionales, hijo, droga, alcohol, alimento, etc.), con la ilusión de llenar este vacío libidinal, objetal e identificatorio (clínica del vacío, adicciones varias, conductas compulsivo-adictivas; sexualidad promiscua, etcétera).

Para una evolución favorable en el fronterizo, según mi experiencia y trabajo terapéutico mediante, continuado y prolongado, otorgo especial importancia a la posibilidad de que el paciente encuentre un objeto significativo por el cual sentirse amado (objeto-sostén; el buen objeto) y que le brinde su respaldo y compañía. La cuestión no consiste, desde luego, solo en encontrar al objeto (pareja, hijo, amigo, animal de compañía, etc.), sino también en que el sujeto logre preservar un buen vínculo con aquel, cometido en el que muchos fronterizos fracasan. Pero para ello siempre podrá contar con la ayuda terapéutica.

b) La conformación de *identificaciones protésicas o seudoidentificaciones* (Braier, 2003), que promueven conductas tan cambiantes como heterogéneas, lo que recuerda la personalidad *como sí* que describiera H. Deutch (1942).

4) A lo hasta aquí resumido cabe añadir la posibilidad de instauración de identificaciones primarias *tanáticas* (Mayer, 1982; Braier, 2009), que operan de manera autodestructiva a lo largo de la vida del sujeto.

5) La *pulsión de muerte* incide especialmente, desde la desmezcla pulsional propia de los estadios narcisistas primitivos, en la compulsión de repetición más allá del principio de

placer, tributaria de la pulsión tanática (Freud, 1920) que tiende a la desaparición de la excitación. A través de dicha pulsión el sujeto reproduce el trauma precoz, que suele traducirse en las mencionadas descargas somáticas y pasajes al acto, con diversos grados de destructividad.

A ello hemos de añadir las citadas *identificaciones tanáticas*, con sus deletéreos efectos, como consecuencia de las pulsiones tanáticas filicidas provenientes de las figuras parentales.

Mención especial merece el incremento de las pulsiones destructivas ocasionado por el odio y resentimiento despertados ante el abandono por parte de los objetos primarios y otros objetos, sustitutivos y significativos, pulsiones generadoras de actos agresivos hacia los demás (incluso sociopáticos) o bien autoagresivos, los que pueden llegar hasta el suicidio; el mundo interno de estos pacientes suele estar poblado de objetos perseguidores y hasta terroríficos, productos en parte de la introyección de objetos hostiles *per se* y/o hacia los que han dirigido previamente su propia agresión, lo que determina que, con frecuencia, carezcan de la capacidad de estar solos sin experimentar angustia o desasosiego, que se suman a sus sentimientos de desamparo y a su depresión anaclítica.

- 6) Como broche final y fundamental para una concepción de la estructura limítrofe, señalo la existencia de una *escisión del yo*, consecutiva a la acción de la desmentida, que divide la organización psíquica en dos subestructuras coexistentes y antagónicas en su funcionamiento: la narcisista y la edípica o neurótica, con prevalencia de la primera (en la que imperan el yo ideal y la desmentida), lo que se acentúa en las fases de desorganización y descompensación, y mayor participación de la segunda (regida por el ideal del yo y la represión) en las de mejoría o en las que la precaria organización del psiquismo se ve menos alterada, aunque siempre curse con una insuficiente resignificación edípica (Korman, 2005; 2006). De este modo, el funcionamiento de la estructura limítrofe puede ser comprendido desde una tercera tópica freudiana. (Marucco, 1978; Raggio, 1989; R. Zukerfeld y R. Zonis de Zukerfeld (1990).
- 7) Lo hasta aquí descrito acerca de la estructura limítrofe, en tanto contribuya a una presunción más precisa de su psicogénesis y a una mayor comprensión de las alteraciones en su funcionamiento, permitiría albergar resultados más esperanzadores de un trabajo analítico sostenido, tendiente a mejorar las condiciones de vida del paciente límite, tales como sus angustias y su depresión, las alteraciones de su pensamiento y conducta, de su sentimiento de sí y sus incertidumbres acerca del sentido de su existencia, a través de una labor que simultánea y fundamentalmente coadyuve a la construcción de un yo y un superyó/ideal del yo más sólidos; vale decir, sin renunciar al más ambicioso de los objetivos: un cambio en la estructura, que se expresará en un funcionamiento psíquico que se aproxime más al polo neurótico y que se nos antoja quizás excesivamente ambicioso -aunque no siempre inalcanzable- para los tratamientos en las instituciones públicas.

Bibliografía

Adissi, Y. R. (2013), comunicación personal.

André, J. (1999), *Introducción al único objeto*. En J. André (comp.), *Los estados fronterizos*.

¿Nuevo paradigma para el psicoanálisis?, Buenos Aires, Nueva Visión, 2000.

Aulagnier, P. (1979), *Los destinos del placer*, Barcelona, Petrel, 1980.

Balint, M. (1968), *La falta básica. Aspectos terapéuticos de la regresión*, Bs. As., Paidós, 1982.

Baudry, F. (1984), "The evolution of the concept of character in Freud's writings". *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 31, 3-31.

Bergeret, J. (1974), *La Personalidad Normal y Patológica*, Barcelona, Gedisa, 1996.

Botella, C. y S. (1995), "Sobre el proceso analítico: de lo perceptivo a la causalidad psíquica". En

- _____, _____ (1997), *Más allá de la representación*, Valencia, Promolibro, 1997.
- Bouvet, M. (1975), *Oeuvres psychanalytiques, 1. la relation d'objet (névrose obsessionnelle, dépersonnalitazion)*, París, Payot, 1966.
- Braier, E. (2001), “Repetición y trauma psíquico”. En E. Braier., *Hacer camino con Freud*, Bs. As., Lugar Editorial, 2009. (Capítulo 2).
- _____, _____ (2001 a), “Destructividad y repetición”. En E. Braier., *Hacer camino con Freud*, Bs. As., Lugar Editorial, 2009. (Capítulo 3).
- _____, _____ (2003), “Un estudio de las identificaciones en 'Zelig', de W. Allen”, Barcelona, Revista *Intercambios*, nº 11, noviembre 2003.
- _____, _____ (2004), “Un estudio de las identificaciones en 'Zelig', de W. Allen” (Segunda parte), Barcelona, Revista *Intercambios*, nº 12, junio 2004.
- _____, _____ (2009), “Destructividad e identificaciones primarias”. En E. Braier., *Hacer camino con Freud*, Bs. As., Lugar Editorial, 2009. (Capítulo 4).
- _____, _____ (2009 a), “Las heridas narcisistas en el trauma psíquico temprano. Teoría y clínica”. En E. Braier., *Hacer camino con Freud*, Bs. As., Lugar Editorial, 2009. (Capítulo 5).
- _____, _____ (2009 b), “Psicoanálisis de la estructura narcisista y de lo irrepresentable”. En E. Braier, *Hacer camino con Freud*, Bs. As., Lugar Editorial, 2009. (Capítulo 6).
- _____, _____ (2009 c), “Activación del trauma temprano”. En E. Braier, *Hacer camino con Freud*, Bs. As., Lugar Editorial, 2009. (Capítulo 10).
- _____, _____ (2013), “La crisis y sus efectos en la subjetividad”. Revista *Intercambios. Papeles de psicoanálisis*, nº 30, Barcelona, junio 2013.
- Brelet-Foulard, F. (1999), *Procesos de pensamiento. Una lectura de Freud. / Clínica*. En C. Chabert, F. Brelet-Foulard y B. Brusset, *Neurosis y funcionamientos límite*, Parte III, capítulos 11 y 12. , Madrid, Edit. Síntesis, 2001.
- Brusset, B. (1999), “El Hombre de los lobos”. En C. Chabert, F. Brelet-Foulard y B. Brusset, *Neurosis y funcionamientos límite*, Parte I, cap. 3, Madrid, Edit. Síntesis, 2001.
- _____, _____ (1999 a), “Las teorizaciones específicamente psicoanalíticas de los estados límite”. En C. Chabert, F. Brelet-Foulard y B. Brusset, *Neurosis y funcionamientos límite*, Parte I, cap. 5, Madrid, Edit. Síntesis, 2001.
- _____, _____ (1999 b), “Naturaleza, formas y funciones de la identificación proyectiva”. En C. Chabert, F. Brelet-Foulard y B. Brusset, *Neurosis y funcionamientos límite*, Parte I, cap. 6, Madrid, Edit. Síntesis, 2001.
- Deutsch, H. (1942), “Algunas formas de trastorno emocional y su relación con la esquizofrenia”, Buenos Aires, *Rev. de Psicoanálisis*, 25, 2, 1968.
- Ferenczi, S. (1929), *El niño mal recibido y su impulso de muerte. O.C.*, Madrid, Espasa Calpe, vol.4, 1984.
- _____, _____ (1932), *Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. O.C.*, Madrid, Espasa Calpe, vol. 4, 1984.
- _____, _____ (1932 a), *Sin simpatía no hay curación. El diario clínico de 1932*, Bs. As., A. E., 1997.
- Freud, A. (1936), *El yo y los mecanismos de defensa*, Bs. As., Paidós, 1965.

Freud, S. (1900), Sobre la psicología de los procesos oníricos. En *La interpretación de los sueños*, O.C., Bs. As., A. E., V. (Capítulo 7).

_____, (1908), “Sobre las teorías sexuales infantiles”, O. C., Bs. As., A. E., IX.

_____, (1908 a), *Carácter y erotismo anal*, O.C., Bs. As., A. E., IX.

_____, (1909), *A propósito de un caso de neurosis obsesiva (el “Hombre de las Ratas”)*, O.C., Bs. As., A. E., X.

_____, (1910), “Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci”, O. C., Bs. As., A.E., XI

_____, (1911 [1910]), *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (“Dementia paranoides”) descrito autobiográficamente*, O. C., Bs. As., A. E., XII.

_____, (1912-13), *Tótem y tabú*, O.C., Bs. As., A. E., XIII.

_____, (1914), *Introducción del narcisismo*, O.C., Bs. As., A. E., XIV.

_____, (1915), “Pulsiones y destinos de pulsión”, O.C., Bs. As., A. E., XIV.

_____, (1917 [1915]), *Duelo y melancolía*, O.C., Bs. As., A. E., XIV.

_____, (1918 [1914]), *De la historia de una neurosis infantil (el “Hombre de los Lobos”)*, O.C., Bs. As., A. E., XVII.

_____, (1919), *Lo ominoso*, O.C., Bs. As., A. E., XVII.

_____, (1920) *Más allá del principio de placer*, O. C., Bs. As., A. E., XVIII.

_____, (1921), *Psicología de las masas y análisis del yo*, Bs. As., O. C., A. E., XVIII.

_____, (1923), *El yo y el ello*, O.C., Bs. As., A. E., XIX.

_____, (1924), *Neurosis y psicosis*, O.C., Bs. As., A. E., XIX.

_____, (1926 [1925]), *Inhibición, síntoma y angustia*, O.C., Bs. As., A. E., XX.

_____, (1927) *Fetichismo*, O.C., Bs. As., A. E., XXI.

_____, (1937), *Análisis terminable e interminable*, O. C., Bs. As., A.E., XXIII.

_____, (1937 a), *Construcciones en el análisis*, O.C., Bs. As., A. E., XXIII.

_____, (1939 [1934-38]), *Moisés y la religión monoteísta*, O. C., Bs. As., A. E., XXIII.

_____, (1940 [1938]) *Esquema del psicoanálisis*, O. C., Bs. As., A. E., XXIII.

_____, (1940 a [1938]) *La escisión del yo en el proceso defensivo*, O. C., Bs. As., A. E., XXIII.

_____, (1950 [1895]). *Proyecto de Psicología. Obras Completas*. Bs. As., A. E., I.

García Badaracco, (1985), “La identificación y sus vicisitudes en la psicosis. La importancia del concepto ‘objeto enloquecedor’ ”, *Rev. de psicoanál.*, 42, 3: 495-514. Bs. As., 1985.

Green, A. (1974), “El analista, la simbolización y la ausencia en el encuadre analítico”. En A. Green, *De locuras privadas*, Buenos Aires, 1994. (Capítulo 2).

_____, (1977), “El concepto de fronterizo. Marco conceptual para la comprensión de los pacientes fronterizos”. En A. Green, *De locuras privadas*, Bs. As., A. E., 1994. (Capítulo 3).

_____, (1980), *La madre muerta*. En A. Green, *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*, Bs. As., Amorrortu, 1986. (Capítulo 6).

_____, (1982), “La doble frontera”. En A. Green, *La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud. Aspectos fundamentales de la locura privada*, Bs. As., A. E., 1993.(Capítulo 3).

_____, (1986), *De locuras privadas*, Bs. As., A. E., 1994.

- _____, ____ (1993), *La escisión: de la desmentida al descompromiso en los casos fronterizos*. En Green, A., *El trabajo de lo negativo*, Bs. As., A. E., 1995. (Capítulo 6).
- _____, ____ (1998-1999), "La representación y lo irrepresentable. Hacia una metapsicología de la clínica contemporánea". Entrevista a André Green, realizada por Fernando Urribarri, *Rev. de Psicoanálisis*, número especial internacional, nº6, Bs. As., 1998-1999.
- _____, ____ (1999), "Génesis y situación de los estados fronterizos". En J. André (comp.), *Los estados fronterizos. ¿Nuevo paradigma para el psicoanálisis?*, Bs. As., Nueva Visión.
- _____, ____ (2000 a), "Histeria y estados límite: quiasmo". En A. Green, *El pensamiento clínico*, Avellaneda (pcia. De Bs. As.), A. E., 2010.
- _____, ____ (2003), *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo. Desconocimiento y reconocimiento del inconciente*, Bs. As., A. E., 2005.
- _____, ____ (2007), "Las estructuras no-neuróticas". En A. Green, *Conferencias en México. Vol. I*. México, D.F., Paradiso editores, 2011.
- _____, ____ (2011), "Los casos límites y el psicoanálisis contemporáneo: del desafío clínico a la complejidad teórica". Entrevista realizada por F. Urribarri. *Actualidad psicológica*, nº 400, septiembre 2011, Buenos Aires.
- Khan, M. (1974), "El concepto de trauma acumulativo". En Khan, M., *La intimidad del sí mismo*, Madrid, Saltés, 1980.
- Kernberg, O. (1968), "The treatment of patients with borderline personality organization", *Int. J. Psychoanal.*, 49, 4.
- _____, ____ (1975), *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*, Bs. As., Paidós, 1979.
- _____, ____ (1978), "Técnicas de tratamiento de estructuras de personalidad de tipo limítrofe". Conferencia pronunciada en la Asociación Psicoanalítica Argentina, Bs. As., 05-11-78.
- _____, ____ (1983), "Psicoterapia psicoanalítica con pacientes fronterizos y narcisistas". Conferencia pronunciada en la Asociación Psicoanalítica Argentina, Bs. As., 07-11-83.
- _____, ____ (1984), *Trastornos graves de la Personalidad*, México, D. F. Edit. El Manual Moderno, 1991.
- _____, ____ (1992), *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*, Bs. As., Paidós, 1994.
- _____, ____ (2007), "Identidad: hallazgos recientes e implicaciones clínicas". En *Aperturas Psicoanalíticas*, nº 25, abril 2007, <http://www.aperturas.org>.
- _____, ____ (2012), entrevista al Dr. Otto Kernberg por Jaime Nos. En *Temas de psicoanálisis*, Revista de la Sociedad Española de Psicoanálisis (S. E. P. Barcelona). [Http//www.temasdepsicoanálisis.org](http://www.temasdepsicoanálisis.org), nº 2, junio de 2011.
- _____, ____ (2013), intervención en coloquio. Grup-TLP Barcelona. III Jornadas. *Avances en investigación y tratamiento del Trastorno Límite de la Personalidad*. Barcelona, 14-15 de marzo de 2013.
- Klein, M. (1946), "Notas sobre algunos mecanismos esquizoides". En M. Klein, P. Heimann, S. Isaccs, J. Rivière, *Desarrollos en psicoanálisis*, Buenos Aires, Edic. Hormé, 1967.
- _____, ____ (1958), "Sobre el desarrollo del funcionamiento mental". En M. Klein, *Obras Completas*, vol. 3, Barcelona, Paidós, 1988.
- Knight, R.P. (1953), "Border line states". En Lowenstein (Ed.), *Drives affects, behavior*, Nueva York, Intern. Univ. Press.
- Korman, V. (2005), "Cuadros con insuficiente resignificación retroactiva edípica (CIRRE). Primera parte: distintas aproximaciones a la patología llamada *borderline*", *Revista Intercambios*, nº 15, Barcelona, noviembre 2005.
- _____, ____ (2006), "Cuadros con insuficiente resignificación retroactiva edípica (CIRRE). Segunda parte: Fundamentos metapsicológicos y clínicos", *Revista Intercambios*, nº

- 16, Barcelona, junio 2006.
- Lacan, J. (1958), *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*, Bs. As., Escritos 2, Siglo XXI, 1987.
- _____, (1958 a), *Remarques sur le rapport de Daniel Lagache. La Psychanalyse*, París, PUF, VI, 1958.
- _____, (1966), *Respuesta al comentario de Jean Hyppolite sobre la 'Verneinung' de Freud*, Bs. As., Escritos 1, Siglo XXI, 1987.
- Lagache, D. (1958), “La psychanalyse et la structure de la personnalité”, *La Psychanalyse*, París, PUF, VI, 1958.
- Leclaire, S. (1958), *Sobre el episodio psicótico que presentó el “Hombre de los lobos”*. En S. Leclaire, *Escritos para el psicoanálisis. II. Diabluras*, Bs. As., A. E., 2000.
- Lerner, H. (2007), “La clínica psicoanalítica convulsionada”. En H. Lerner y S. Sternbach, *Organizaciones fronterizas. Fronteras del psicoanálisis*, Bs. As., Lugar editorial, 2007.
- Liberman, D. (1962), *La comunicación en terapéutica psicoanalítica*, Bs. As., EUDEBA, 1966.
- _____, (1976), *Comunicación y psicoanálisis*, Bs. As., Alex Editor, 1976.
- Little, M. (1985), *Relato de mi análisis con Winnicott*, Bs. As., Lugar Editorial, 1995.
- Mack- Brunswick, R. (1928), *Suplemento a la “Historia de una neurosis infantil” de Freud*. En *El Hombre de los Lobos por el Hombre de los Lobos. Los casos de Sigmund Freud*, 1. Bs. As., Nueva Visión, 1971.
- Mc Dougall, J. (1982), *Las neosexualidades*. En J. Mc Dougall, *Teatros de la mente. Ilusión y verdad en el escenario psicoanalítico*, Madrid, Tecnipublicaciones, 1987 (Capítulo 11).
- Mahler, M. (1963), *Thoughts About Development and Individuation. The Psychoanalytic Study of the Child*.
- Maldavsky, D. (1988), *Estructuras narcisistas. Constitución y transformaciones*, Bs. As., A. E., 1988.
- Mannoni, O. (1963), “Ya lo sé, pero aun así...”. Comunicación presentada en la Sociedad Francesa de Psicoanálisis, noviembre de 1963. Publicada en *Les Temps Modernes*, n° 217, enero de 1964 y en *Clefs pour l'imaginaire ou l'autre scène*, Editions du Seuil, París (1969). [La versión en castellano está incluida en el libro *La otra escena. Claves de lo imaginario*, Bs. As., Amorrortu editores, 1973].
- Marucco, N. (1978), “Narcisismo, escisión del yo y Edipo”, Bs. As., *Rev. de Psicoanál.*, XXXV, n° 2, 1978.
- _____, (1978a), “La identidad de Edipo. Acerca de la escisión del Yo, de la compulsión a la repetición y de la pulsión de muerte”, Bs. As., *Rev. de Psicoanál.*, XXXV, n° 5, 1978.
- _____, (1980), "Introducción de [lo siniestro] en el yo", Bs. As., *Rev. de Psicoanálisis*, XXXVII, 2, 1980.
- _____, (1996), Edipo, castración y fetiche”, *Rev. de Psicoanálisis*, LXIII, 3.
- _____, (1999), *Cura analítica y transferencia. De la represión a la desmentida*, Bs. As., Amorrortu Editores, 1999.
- Masterson, J. (1971), «Psicoterapia intensiva del adolescente con un síndrome *borderline*», Bs. As., *Cuaderno de la ASAPPIA*, n° 3, Ediciones Kargieman, 1972.
- _____, (1971 a), « Treatment of the Adolescent with Borderline Syndrome (A problema in Separation-Individuation) », *Bull, Menninger Clinic* 35, 1971.
- Mayer, H. (1982), *Narcisismo*, Bs. As., Kargieman, 1982.
- _____, (2000), “El sostén interior”, Bs. As., *Rev. de Psicoanál.*, LVII, N°1, 2000.
- Nacht, S. (1966), "Sobre las variantes técnicas". En S. Nacht, *La presencia del psicoanalista*, Bs. As., Proteo, 1967.
- Nunberg, H. (1932), *Principes de psychanalyse*, París, P. U. F. , 1957.

- Paz, C. ; Pelento, M.
y Olmos de Paz, T. (1976), *Estructuras y/o estados fronterizos en niños, adolescentes y adultos. I. Historia y conceptualización*, Bs. As., Nueva Visión, 1976.
- _____, _____ (1977), *Estructuras y/o estados fronterizos en niños y adultos. II. Casuística y consideraciones teóricas*, Bs. As., Nueva Visión, 1977.
- _____, _____ (1977 a), *Estructuras y/o estados fronterizos en niños y adultos. III. Investigación y terapéutica*, Bs. As., Nueva Visión, 1977.
- Racker, H. (1959), *Estudios sobre técnica psicoanalítica*, Buenos Aires, Paidós, 1969.
- Raggio, E. (1989), "Sobre la escisión del yo. Reflexiones sobre una tercera tópica freudiana", Bs. As., *Rev. de Psicoanál.*, XLVI, 2-3, 1989.
- Reich, W. (1933), *Análisis del carácter*, Bs. As., Paidós, 1965.
- Rank, O. (1914), *El doble*, Bs. As., JVE Psiqué, 1996.
- Rascovsky, A. (1981), *El filicidio: La agresión contra el hijo*, Barcelona, Paidós-Pomaires, 1981.
- Rotemberg, H. (1999), *Estructuras psicopatológicas e Identidad*, San Luis (Argentina), Nueva Editorial Universitaria, 1999.
- Rousillon, R. (1991), *Paradojas y situaciones fronterizas del psicoanálisis*, Bs. As., A. E., 1995.
- Sales, L. (2012), "De la estructura perversa al problema de la patología fronteriza". *Revista Intercambios. Papeles de psicoanálisis*, Barcelona, nº 28, junio 2012.
- _____, _____ (2013), Comunicación en reunión plenaria de Gradiva, Barcelona, 04- 02- 13.
- Sammartino, M. E. (2012), "Lo fronterizo y el psicoanálisis contemporáneo". Jornada de celebración del XX aniversario de *iPsi*, *Centre d'atenció, docència i investigació en salut mental*, "Huellas del presente. Efectos en el psicoanálisis, la cultura y la sociedad", Barcelona, 18 y 19 -05-12.
- Stern, A. (1938), "Psychoanalytic investigation and in the borderline group of nervoses", *Psychoanal. Quart.*, 7.
- Welldon, E. (1988), *Madre, virgen, puta*, Bs. As, Planeta, 2008.
- Winnicott, D. W. (1954), "Aspectos clínicos y metapsicológicos de la regresión dentro del marco psicoanalítico", *Rev. de Psicoanál.*, Bs. As., vol. XXVI, 3, 1969.
- _____, _____ (1963), "El miedo al derrumbe". En D. Winnicott, *Exploraciones Psicoanalíticas I*, Bs. As., Paidós, 1991.
- _____, _____ (1971), *Realidad y juego*, Bs. As., Granica, 1972.
- Wolberg, A. R. (1952), "The borderline patient", Intercontinental Medical Books Corporation, Nueva York.
- Zukerfeld, R. (1992), *Acto bulímico, cuerpo y tercera tópica*, Bs. As., Vergara, 1era edición, 1992.
- _____, _____ (1999), "Psicoanálisis actual, tercera tópica, interdisciplina y contexto social", *Aperturas Psicoanalíticas*, <http://www.aperturas.org>, nº 2, 1999.
- _____, _____ (2000), "Inconscientes y tercera tópica: articulaciones teórico-clínicas", Bs. As., *Revista de la Sociedad Argentina de Psicoanálisis (SAP)*, nº 3, agosto 2000.
- _____, _____ y Z. de Zukerfeld, R. (1990), "Acerca del inconsciente: la tercera tópica freudiana". VII Encuentro y Simposio anual AEAPG, Bs. As., 1990.
- _____, _____ (1999), *Psicoanálisis, Tercera Tópica y Vulnerabilidad somática*, Buenos Aires, Lugar Editorial, 1999.
- _____, _____ (2005), *Procesos terciarios. De la vulnerabilidad a la resiliencia*, Bs. As, Lugar, 2005.