

Notas sobre los pacientes fronterizos, según la perspectiva de André Green

Gustavo Lanza Castelli (1)

Desde hace ya largos años una serie de autores consideran que así como en los tiempos de Freud la histeria era la patología paradigmática, hoy nos encontramos frente a un nuevo paradigma constituido por los pacientes fronterizos (André et al., 1999; Bateman, Fonagy, 2004; Green, 1990; Rev Fr de Psy, 1990).

Entre estos diversos colegas difieren las maneras de entender esta perturbación, así como los marcos teóricos desde los cuales la caracterizan. En el presente texto tomaré como marco de referencia la conceptualización de André Green, quien es considerado hoy en día como uno de los psicoanalistas que ha hecho aportes más originales y útiles, en torno a estos pacientes.

Dada la vastedad de este tema, me limitaré a hacer un esquema de los ítems esenciales que este autor toma en cuenta para caracterizar los ejes teóricos que permiten dar cuenta de esta perturbación, tras lo cual llevaré a cabo algunas consideraciones (no exhaustivas) sobre la forma que toma el Complejo de Edipo en estos pacientes y sobre las perturbaciones que aquejan al pensamiento de los mismos.

Pero antes de ello, citaré una caracterización de André Jacques sobre los mismos, que ayudará a que quede más claro a cuáles son algunas de las presentaciones clínicas que encontramos en ellos. Este autor dice que en los fronterizos encontramos: “la tonalidad depresiva, las soluciones adictivas y somáticas, el clivaje más que la represión, el acto (incluso asocial) más que el fantasma, la primacía de lo pregenital, el ataque contra el pensamiento más que los pensamientos evitados, el *insight* del funcionamiento más que la revelación del sentido, etc.” (André, 1999, p. 13) “Los pacientes que forman parte del grupo *borderline*, escribe Stern, en general llegan al análisis después de haber pasado de médico en médico. La inseguridad que sienten, su temor a perder el amor: todo testimonia, a través de los límites mal consolidados de su yo, el origen traumático de su desarrollo patológico. La posición clave de la madre (*depriving*, *rejecting*, etc.) y el papel decisivo del ambiente precoz aparecen como constantes del registro *borderline*, al mismo tiempo que una respuesta privilegiada por el acto (especialmente somático) a lo que la psique no puede elaborar simbólicamente. Si el narcisismo ocupa el primer plano de la escena, lo hace menos como amor que como dolor de sí mismo” (Ibid, p. 16).

La estructura de los pacientes fronterizos:

André Green desarrolla sus ideas sobre estos pacientes a lo largo de décadas y en diversos textos, en los que enriquece, complejiza y modifica los parámetros teóricos con los que los conceptualiza. En el presente escrito me atenderé al estado de la teoría sobre el particular que Green publica en su libro de 1990, que retoma y articula desarrollos muy importantes publicados con anterioridad (Donnet, Green, 1973; Green, 1983) y que resume en un trabajo de 2011. Dejo sin considerar entonces, en esta ocasión, los desarrollos posteriores de Green al respecto, muchos de los cuales se encuentran en su libro de 2002.

Según Green, lo que caracteriza a estos “estados fronterizos de la analizabilidad” es su falta de estructuración y de organización. En ellos vemos la ausencia de la neurosis infantil, el carácter polimorfo de la “neurosis” adulta y la vaguedad de la “neurosis” de transferencia (1990, p. 73).

Agrega que hay tres hechos que han sido citados por la mayoría de los autores que se han ocupado de estos cuadros:

- a) experiencias de fusión primaria, que indican una indistinción sujeto-objeto y una confusión de las fronteras del yo
- b) un modo particular de simbolización, prisionero de la organización dual
- c) la necesidad de la integración estructurante por el objeto.

En relación a la regresión fusional, Green propone que hay una variedad de mecanismos de defensa contra la misma, que agrupa en cuatro polaridades: los dos primeros son mecanismos de cortocircuito psíquico, y los dos últimos son mecanismos de base.

1) La exclusión somática: esta defensa por vía de la somatización es diferente a la conversión, ya que no hay simbolización en ella, sino más bien desintrincación entre la psique y el soma (diferente, a su vez, del cuerpo libidinal). Esta exclusión equivale a un acting in dirigido hacia el cuerpo.

2) La expulsión por el acto: es la contrapartida del anterior y tiene el mismo valor de evacuación de la realidad psíquica.

Estos dos mecanismos implican una importante ceguera psíquica por parte del sujeto en el que tienen lugar. En la base de esta ceguera encontramos diversos mecanismos, uno de ellos tiene que ver con déficits en la constitución de la representación cosa, entendida como aquel elemento encargado de ligar el representante psíquico de la pulsión y darle figurabilidad.

3) La escisión: se despliega dentro de la esfera propiamente psíquica (a diferencia de los anteriores) y cumple una serie de funciones, algunas necesarias para la adecuada constitución del aparato psíquico (como la delimitación de un espacio personal donde el sujeto está solo y su self protegido), y otras patológicas, como los ataques sobre los procesos de ligazón en el pensamiento, de los que habla Bion.

4) La desinvestidura: se expresa como una depresión primaria (en el sentido físico del término) que depende de una desinvestidura radical, cuyo propósito es alcanzar un estado de vacío, de aspiración al no ser y a la nada (1990, p. 77).

En estos pacientes no encontramos la angustia de castración, sino el par formado por la angustia de intrusión/angustia de pérdida que perturba la formación del pensamiento (cf. más adelante)

A la vez, se encuentra como un componente clave (al menos en los casos más graves) la presencia de un núcleo psicótico (cf. más adelante).

Cabe agregar que junto a estos mecanismos, encontramos también las defensas propias de la neurosis, lo que ha llevado a que diversos autores hablan de la conjunción de la parte neurótica y psicótica de la personalidad en estos pacientes.

El Complejo de Edipo:

Si consideramos la forma que éste adopta en el campo de la neurosis, veremos que en el caso del varón se organiza del siguiente modo: el niño invierte libidinalmente a la madre, a la vez que se apodera del padre por identificación. Pero cuando los deseos sexuales se refuerzan, la identificación con el padre cobra un carácter hostil y se convierte en el deseo de eliminarlo para ocupar su lugar junto a la madre.

Este desenlace, que corresponde al Edipo positivo, no es el único que tiene lugar, sino que junto a él suele desarrollarse el Edipo invertido, en donde el niño muestra una actitud femenina y tierna hacia el padre, a la vez que desarrolla una actitud celosa y hostil hacia la madre.

La conjunción de estos desenlaces constituye el Edipo completo (Freud, 1923, cap. 3).

No consideraré en este escrito el Edipo femenino (que Freud desarrolla en su especificidad a partir de 1925) ni haré consideración alguna sobre el Edipo como estructura y su relación con la terceridad, ya que el único objetivo de los comentarios sobre el Complejo de Edipo de esta parte del texto, es que sirvan como contraste para apreciar con más claridad lo que caracteriza al Edipo en los pacientes límite (fronterizos), según la perspectiva de Green.

Pero antes, un comentario más: el Edipo es un avatar general, ya que en el origen de todo ser humano se encuentra la doble diferencia: de los sexos entre sus padres, de las generaciones entre sus padres y él. Pero con esta caracterización esquemática no alcanza, ya que el Edipo no se puede estructurar como tal a menos que el recorrido que conduce hasta él esté suficientemente libre de accidentes que obstruyan su manifestación (me refiero a la necesidad de que tengan lugar, de modo adecuado, procesos como la liga de las pulsiones del Ello, la constitución del narcisismo primario y de la estructura encuadrante, etc.)

Por esta razón, aún en los casos "patológicos" el Edipo -en tanto manifestación de la sexualidad humana- tendrá lugar, aunque sea de un modo deformado, clivado o altamente perturbado.

En lo que hace al enfoque de Green, cabe decir que este autor desarrolla sus ideas en primer término en el libro (escrito en colaboración con Jean-Luc Donnet), *L'enfant de Ca*, que nunca fue traducido y que es citado y retomado una y otra vez por Green para hablar del núcleo psicótico de los pacientes fronterizos, que es caracterizado minuciosamente en ese trabajo. Retoma estos planteos en varios capítulos de "*La folie privée. Psychanalyse des cas-limites*" y también en una serie de artículos y libros que sería largo enumerar.

Para la caracterización de ese núcleo psicótico (la psicosis blanca) son tomados en consideración tres tipos de parámetros:

- 1) La organización edípica;
- 2) La relación de objeto;
- 3) El funcionamiento mental.

En lo que sigue me referiré fundamentalmente al primero de ellos y haré sólo una breve mención a los otros dos.

La organización edípica tiene en la psicosis blanca una particularidad muy especial, ya que consiste en una tri-bi-angulación (o bi-triangulación). Esto significa que nos encontramos con los tres términos del Edipo y que el sujeto se encuentra unido a sus dos genitores, unidos éstos por la diferencia de los sexos.

Sin embargo, esta diferencia no articula la relación en torno al complejo de castración, la investidura y la identificación, como en las neurosis, sino que sufre una mutación profunda, ya que ambos padres se diferencian básicamente en torno a dos vectores: su cualidad de objeto bueno y objeto malo, la pérdida y la presencia dominadora. (Donnet, Green, 1973, p. 266; Green, 1990, p. 79).

En esta doble relación que tiene lugar en los fronterizos no se advierte el interjuego de investidura e identificación mencionado, ni, en el interior de la identificación, esta duplicidad que hace que sea siempre masculina y femenina a la vez (debido -según Freud- a la vigencia de la bisexualidad) pero, como en toda dicotomía, cada término reenvía necesariamente al otro como su doble invertido (Donnet, Green, 1973, p. 267).

Por esta razón, la tripartición sujeto/objeto bueno/objeto malo desemboca de hecho en una relación dual, pues el objeto tercero no es más que el doble del objeto. El sujeto se une, entonces, a un único objeto (desdoblado).

Asimismo, por proyección de los objetos sobre el sujeto, éste se ve dividido entre un yo bueno y uno malo, siendo el bueno constantemente arrollado por el malo.

No hay que pensar que estas relaciones son puramente internas, ya que el sujeto encuentra objetos externos que devienen -por vía de proyección- encarnaciones de los objetos internos.

En estos pacientes se mantiene la conexión con la realidad (a diferencia de lo que ocurre en la psicosis) y en este vínculo, modificado por la proyección de los objetos internos, tampoco se observa delirio alguno.

Por lo demás, en estas relaciones no hay lugar para la ambivalencia: el objeto malo es sólo malo y el bueno lo es de forma total. En cierto sentido, puede decirse que la relación con el objeto malo es deletérea para el sujeto y que tenderá a librarse de él mediante la identificación proyectiva, mientras buscará mantener contacto con el objeto bueno mediante la identificación introyectiva.

Por lo demás, la clínica muestra la extrema sensibilidad que tienen estos pacientes, tanto a la intrusión como a la pérdida. Esto los lleva a mantener una distancia psíquica que les permita sentirse a resguardo de la doble amenaza: invasión por un lado, pérdida definitiva por otro.

En lo que hace al objeto malo, con su presencia invasora en el espacio personal, requiere por parte del yo una contrainvestidura permanente para luchar contra esta efracción, o una evacuación mediante la proyección expulsiva.

Pero las cosas son más complejas, ya que la clínica muestra que si por alguna razón disminuye la presencia o el poder del objeto interno malo, el sujeto lo hace reaparecer de alguna forma, apelando a un doble del mismo.

En estos casos parecería que lo más temido es el vacío que se produciría ante la pérdida del objeto malo, ya que el objeto bueno es siempre inaccesible (o accesible sólo de modo harto temporario). Dicha pérdida traería aparejado un espacio psíquico completamente despoblado, o un tiempo muerto al que el sujeto no sobreviviría (Green, 1990, p. 79, 1990b, p. 320).

Desde otro punto de vista, podemos decir que la lucha que el yo pone en juego contra el objeto que invade, oculta su deseo de ser invadido completamente por el mismo y verse reducido a una pasividad total, como un bebé en el útero.

La contrapartida de este anhelo es el deseo de invadir a la madre, ocupando completamente su cuerpo y sus pensamientos.

Otro tanto podemos decir del temor a la pérdida del objeto bueno, que oculta el deseo de librarse de él para encapsularse en una autosuficiencia mítica, en la cual no se sufre ya la sujeción a las variaciones del objeto (Green, 1990b, p. 44).

El pensamiento:

Por último, en lo que hace al tema del pensamiento, vemos que estas modalidades del objeto tienen mucho que ver con las perturbaciones del pensamiento que encontramos en los pacientes fronterizos.

En efecto, al decir de Freud "...es en la ausencia del objeto donde se forma la representación de éste, fuente de todo pensamiento" (Green, 1990, p. 80).

En esta misma línea, Winnicott habla de la capacidad para estar a solas en presencia de la madre. Esta posibilidad funda un espacio de soledad, que torna posible la elaboración fantasmática y el desarrollo del pensamiento (Citado por Donnet y Green, 1973, p. 269).

Es esta posibilidad la que se ve interferida en el caso de los pacientes fronterizos. En efecto, el objeto malo intrusivo, hiperpresente, no permite la constitución del espacio de soledad. A su vez, el objeto bueno inaccesible no puede ser traído al espacio personal, o sólo de manera transitoria. En ambos casos no se puede constituir la ausencia. El resultado de ello es una parálisis del pensamiento, que se expresa como "impresión de cabeza vacía, de agujero en la actividad mental, imposibilidad de concentrarse, de memorizar, etc." (Green, 1990, p. 79).

Otros ejemplos de L'enfant de Ca:

"¿Qué pasa por su mente en este momento?" "Trato de recordar...no hay nada en mi cabeza...el vacío...por más que busco pensar, imaginar, no hay caso...Querría medicamentos que activaran mi espíritu que me impulsaran a pensar"

"¿En qué desearía usted pensar?" "no sé qué es pensar, sí puedo decir en qué me gustaría pensar....no hay nada en mi memoria...nada se inscribe en mi cabeza...por mucho que escucho, que intento, nada se inscribe" (Donnet, Green, 1973, p. 270).

Pero el sujeto lucha contra esta experiencia y lo hace habitualmente a través de una hiperactividad artificial del pensamiento: rumiaciones, pensamiento compulsivo de naturaleza pseudo-obsesiva, divagaciones sub-delirantes, etc. (Green, 1990, p. 79).

En 1999 André Green dice: “Lo que demuestran sin lugar a dudas esas estructuras es el esfuerzo considerable para prohibirse pensar. Sobre todo no pensar. Para el paciente todos los medios son buenos con ese fin. Sus consecuencias se observan principalmente en la toxicomanía, la toxicofilia, la anorexia y la bulimia, la huida en el dormir, la proyección, la renegación, etc.” (1999, p. 41).

Sintetizando lo expuesto en la segunda parte de este escrito, podríamos decir que el Edipo en los pacientes fronterizos tiene una configuración diferente a la que predomina en la neurosis, debido a la presencia en aquéllos de un núcleo psicótico, el cual coincide con la locura privada de los mismos (Green, 1990, p. 73).

Green caracteriza este núcleo en los siguientes términos: “Hemos descrito con Jean-Luc Donnet (1973), bajo el nombre de psicosis blanca, lo que consideramos el núcleo psicótico fundamental, caracterizado por el blanco del pensamiento, la inhibición de las funciones de representación, la bi-triangulación en la que la diferencia de los sexos que separa dos objetos camufla el clivaje de un único objeto, bueno o malo, y en donde el sujeto se encuentra bajo el peso de los efectos combinados de una presencia intrusiva persecutoria y de la depresión por pérdida de objeto” (Green, 1990, p. 77) “Cuando se tiene finalmente acceso al núcleo psicótico, se cae sobre lo que habría que denominar la *locura privada* del paciente” (Ibid, p. 73).

Para finalizar, querría dejar sentado que los conceptos vertidos en este texto son apenas unos apuntes sobre el tema que nos ocupa. La sola caracterización detallada del Complejo de Edipo (en sus vertientes histórica y estructural) requeriría un espacio mucho mayor que el que he utilizado para estas consideraciones.

Otro tanto podríamos decir respecto a la conceptualización de los pacientes fronterizos, aún ciñéndonos a la obra de Green, ya que sería necesario analizar detalladamente conceptos tales como el narcisismo de vida y el narcisismo de muerte, la alucinación negativa y la serie blanca, el trabajo de lo negativo y la pulsión de muerte, la segunda tópica y la compulsión de repetición, la terceridad y el encuadre analítico, etc., etc. para tener una visión más abarcadora de esta problemática.

No obstante, encuentro la justificación de estas páginas en que pueden resultar útiles en tanto ponen el acento en algunos conceptos que tienen importancia clínica en el trabajo con estos pacientes.

(1) Gustavo Lanza Castelli

gustavo.lanza.castelli@gmail.com

Referencias: (*)

André, J, Chabert, C, Donnet, JL, Fédida, P, Green, A, Widlöcher, D (1999) *Les états limites*. Presses Universitaires de France.

Bateman, A, Fonagy, P (2004) *Psychotherapy for Borderline Personality Disorder. Mentalization-based Treatment*. Oxford. University Press.

Donnet, JL, Green, A (1973) *L'Enfant de Ca. Psychanalyse d'un entretien: la psychose blanche*. Les Éditions de Minuit

Freud, S (1923) *El Yo y el Ello*. Ed Amorrortu, T XIX

Green, A (1983) *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*. Les Éditions de Minuit

Green, A (1990) *La folie privée. Psychanalyse des cas-limites*. Éditions Gallimard

Green, A (1990b) *De locuras privadas*. Ed Amorrortu

Green, A (1999) Genèse et situation des états limites, en André, J y otros *Les états limites*. Presses Universitaires de France.

Green, A (2002) *El pensamiento clínico*. Buenos Aires: Amorrortu editores, 2010.

Green A (2011) Les cas limite. De la folie privée aux pulsions de destruction et de mort, *Revue française de psychanalyse*, 2011/2 Vol. 75, p. 375-390

Revue Française de Psychanalyse, (1990) *Les cas difficiles*. Tome LIV, Mars-Avril

(*) La traducción al castellano de la obra de Green sobre los pacientes límite se realizó a partir del texto inglés *On private Madness*, publicada por Karnack Books en 1986. La versión española se dividió en dos libros "De locuras privadas" y "La nueva clínica psicoanalítica y la teoría de Freud". En 1990 se publicó la edición francesa, que contiene una serie de ampliaciones respecto de la inglesa de 1986. La versión de Amorrortu tiene, por tanto, algunas diferencias con esta versión; entre otras, el agregado de algunos capítulos que no figuran en la editada por Gallimard. De ahí que haya utilizado la edición francesa y la versión en español para las citas de este escrito.