

VIII CONGRESO ARGENTINO DE PSICOANALISIS
“PODER, LOCURA, CULTURA”
Rosario, 27 al 30 de mayo de 2010.

AREA TEMATICA: TEORÍA Y TECNICA

LAS PATOLOGÍAS DE BORDE EN LA CULTURA POSMODERNA.
UN COMPLEJO PROBLEMA PARA CONTINUAR PENSANDO

AUTORAS: Mag. Graciela E. Flores *, Mag. Claudia I. Campo, Mag. Zunilda G. Campo y Lic. Diana G. Poblete.

*** INSTITUCION: Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Universidad Nacional de San Luis.**

DOMICILIO: * Bolívar 823. C. P.: 5700. San Luis.

TELEFONO: (02652) 423079.

E-MAIL: gflores@unsl.edu.ar

TITULO DE GRADO: Licenciadas en Psicología.

Las patologías de borde o de frontera – con toda su penumbra de asociaciones – continúan planteando antiguos problemas y nuevos interrogantes. Las diversas teorías que conviven en el Psicoanálisis contemporáneo, caracterizado por un creciente pluralismo, enfrentan el desafío de la comprensión y el abordaje clínico de estas expresiones sintomáticas de alta prevalencia en la cultura actual.

El vértice teórico – clínico desde el cual se indaga esta problemática son las conceptualizaciones de Bion y Meltzer. Se considera relevante la posibilidad de asumir un punto de vista determinado en nuestra disciplina, evitando los riesgos de un eclecticismo superficial, así como los de un dogmatismo que no reconoce el valor de otras perspectivas.

Las perturbaciones más graves, según el modelo teórico de Bion, se relacionan con una carencia (que puede llegar a una ausencia) de función alfa y con una hiperpresencia de elementos beta que, al no encontrar posibilidad de transformación, son evacuados continuamente según varias modalidades. Desde la perspectiva de Ferro (2009), esto podría relacionarse con el predominio de “la cultura de la evacuación” sobre “la cultura del reverie”.

Se trata de pacientes de imprecisa delimitación nosográfica que presentan como rasgos destacados y comunes: pensamientos superficiales y concretos, ausencia de sueños y fantasías, escasa resonancia emocional y comunicación afectiva, pobreza discursiva con pocas asociaciones y formulación de interrogantes, vivencias de

vacío interior y desesperanza, indiferencia respecto a las ideas propias y las de los demás, entre otros. En todos ellos se advierten diferentes manifestaciones de la evasión al dolor mental inherente al contacto con las experiencias emocionales, como consecuencia de los déficits en la construcción de representaciones simbólicas. Los efectos de ello son: alteraciones de las funciones mentales, trastornos psicosomáticos y acciones sin sentido.

Los sujetos que tienen dificultades significativas de la función alfa se presentan según dos modalidades principales. En algunos casos, con un estilo “ruidoso” a partir del predominio de identificaciones proyectivas hipertróficas y en otros, de manera “silenciosa” en función de las deficiencias en la identificación proyectiva realista (Pistiner, 1999).

En esta comunicación se realiza el relato de una experiencia de abordaje psicoterapéutico de pacientes adolescentes y adultos con severas perturbaciones en los procesos de simbolización.

La tarea se lleva a cabo en un servicio gratuito de asistencia psicológica cuya organización y mantenimiento dependen de una universidad pública, por un equipo de profesionales que integran un proyecto de extensión universitaria.

Cabe destacar que debido a las características físicas del lugar y al ámbito en el cual se trabaja, son numerosos los factores que interfieren, para mantener la estabilidad del encuadre que requiere este tipo de pacientes en particular. Un ejemplo de ello es que el lugar físico se encuentra en el mismo edificio de la universidad. Por lo tanto, tienen que transitar necesariamente por los pasillos donde se encuentran las aulas. A la vez, los pacientes en su gran mayoría son alumnos de la carrera de Psicología y los profesionales que realizan el tratamiento psicoterapéutico suelen ser docentes de algunos cursos de la carrera.

Estas características particulares que tiene el contexto en que se desarrolla la actividad inciden de modo relevante en el par transferencia-contratransferencia afectando la situación analítica. Es por ello que éste es objeto de especial atención por parte del terapeuta en la sesión, como a posteriori en las supervisiones. En función que en el centro de atención realizan su tarea clínica colegas que adhieren a otras líneas teóricas de la Psicología y/o del Psicoanálisis, conservar la constancia del setting resulta difícil, ya que éste no es estimado por ellos como un elemento significativo que incida en el desarrollo del proceso. En relación a las vacaciones, deben ser planificadas exclusivamente de acuerdo al calendario

académico universitario, es decir que hay una interrupción durante el mes de enero y otra de quince días en el mes de julio, además de los feriados y asuetos específicos de la institución.

Se ha seleccionado material clínico de dos pacientes severamente perturbados, uno con características de “ausencia silenciosa” y otro, de “presencia ruidosa”, según la delimitación de Pistiner. Esta diferencia es considerada dado que resulta pertinente para describir los fenómenos detectados en muchos de los pacientes atendidos.

En primer término se analizarán fragmentos de sesiones de Julieta, que corresponde al primer tipo y se hará referencia a las dificultades e interrogantes que nos plantea su abordaje. Esta paciente consulta hace un año y medio, a los veinte años de edad. Se encontraba cursando segundo año de la Licenciatura en Psicología. Se había trasladado a San Luis para estudiar ya que es oriunda de otra provincia cercana. Es muy delgada, habla en voz muy baja y siempre mantiene la misma tonalidad. Su discurso, su rostro y su postura en general carecen de expresividad, no emergiendo manifestaciones de angustia. Se infiere que esto se debería a las disociaciones tan amplias y estáticas que realiza de las emociones, lo que le da una apariencia de inmutabilidad extrema, más propia del mundo inanimado (como de estatua o muñeca de cera).

En este sentido, es de destacar que es muy frecuente que Julieta al comenzar las sesiones, exprese: “...no sé muy bien por donde empezar, bien, todo bien, tranquilo...”, “...yo no tengo muchas cosas para hablar, es como que enseguida me quedo sin temas, sin nada...”. Cuando se le pregunta en qué sentido dice algo, generalmente responde: “...No sé, no lo he pensado, no se me ocurre nada...”.

Describe situaciones significativas que podrían implicar alta turbulencia emocional, sin resonancia afectiva alguna. Son mencionadas como simples “eventos”, advirtiéndose que no puede apreciar las consecuencias graves que esto tiene para su mente y en sus vínculos con las demás personas. Estas dificultades se detectan por ejemplo cuando describe tanto la relación con la carrera como con su “pareja”. Manifiesta: “...me cuesta mucho decir las cosas y eso me trae problemas, hace poquito me puse de novia y como yo no hablo tengo problemas...”, “...porqué me pasa esto, no lo sé...”. Relata que está en una relación de noviazgo hace un mes. Ante la pregunta sobre cómo lo conoció expresa: “... vivía al lado de mi departamento, yo no sabía nada de su vida pero

confiaba en él...”. Apenas iniciado el vínculo decide iniciar la convivencia. Por otra parte, en relación a su elección vocacional, menciona: “... la carrera mucho no me gusta, la gente me dice que si me cuesta hablar cómo voy a estudiar psicología...”. Estas situaciones no parecen verdaderas experiencias emocionales, sino que se manifiestan como “hechos sin digerir”, que no han tenido nacimiento psíquico.

Ante la pregunta si tiene amigos responde: “... Siempre me pego a alguien, estoy al lado de alguien que decida...”, “...yo lo que sé es que no puedo estar sola, necesito alguien siempre...”. Se advierte en la vacuidad de su discurso, las severas dificultades para dar sentido a las situaciones que relata en las que se evidencia la imposibilidad de comprender la precariedad de su equipo mental. Es posible inferir una función alfa desmantelada que la lleva a utilizar identificaciones adhesivas masivas, que tienen como consecuencia que se “pegue” a otras personas, como su novio y su única amiga.

Se puede conjeturar a partir de su relato, un intenso ataque a todas las funciones mentales que permiten el contacto con la realidad interna y externa, a pesar de no aparecer manifestaciones de explícitas de sadismo.

Contratransferencialmente, las emociones que promueve en el terapeuta son desesperanza, desvitalización y falta de interés. Es difícil tomar contacto con su parte paciente y se pone a prueba la capacidad de reverie, ya que resulta muy complejo sintonizar con sus emociones profundamente ahogadas para evadir el dolor mental.

Un ejemplo del segundo tipo de pacientes es Ana, una estudiante universitaria de veintinueve años, que desde hace cuatro y medio está en tratamiento. Ha transitado numerosas experiencias vitales tempranas difíciles que no han podido ser elaboradas y que inciden en todas las áreas de su vida. Su familia se ha mudado de una provincia a otra en forma permanente, su padre la abandonó a los dos años y el estado mental de la madre era y continúa siendo muy perturbado.

Coexisten en Ana trastornos del pensamiento, alteraciones psicósomáticas y actuaciones sin sentido, como efecto de sus dificultades en la simbolización de las experiencias emocionales.

Esta paciente, a través de su relato y de sus gesticulaciones, inunda al terapeuta con la intensidad y variedad de sus emociones. Al comienzo del tratamiento, en numerosas ocasiones se advierte la irrupción de un “terror sin nombre” con su

sentido de catástrofe inminente. Las manifestaciones más frecuentes ocurrían cuando se realizaban intervenciones en la sesión, sobre algunas de sus dificultades. Un ejemplo muy representativo se detecta cuando se le describe cómo en un relato pasa de un tema a otro sin ninguna vinculación, utilizando la frase “punto y aparte”. Se intenta que ella observe la intensa disociación y su imposibilidad de detenerse a pensar. En ese momento, expresa: “...Es tan complicado pensar tantas cosas. Me molesta pensar. Me empiezan a transpirar las manos, se me oprime la garganta. Tengo una cosa acá (se toca el cuello). Me ahogo, me ahogo...”. Se queda unos minutos muy asustada y en silencio. Esta ansiedad de carácter terrorífico aparecía cada vez que se hacía referencia a su estado psíquico y surgían en la paciente estados confusionales muy intensos.

Por esta razón, se consideró relevante en los comienzos del tratamiento dirigir las intervenciones clínicas a favorecer la reconstrucción de las funciones mentales. Este proceso le permitiría progresivamente desarrollar una mente con capacidad para pensar los pensamientos y sentir los sentimientos, es decir, para disminuir la evacuación de las emociones en el cuerpo y las actuaciones destructivas.

En función de sus intensos sentimientos de orfandad y desvalimiento, Ana mantiene actividades sexuales promiscuas y establece vínculos superficiales, exponiéndose a serios riesgos. En otro momento del tratamiento, su impulsividad se manifestaba en tendencias a comer, jugar y comprar compulsivamente. También bebía y fumaba en exceso. La alteración de sus funciones psíquicas en numerosas ocasiones no le permite actuar con sentido de realidad ni poder dar significado a los hechos.

Se advierte el uso de identificaciones proyectivas hipertróficas que la dejan en un estado de gran confusión y de dependencia extrema; sin poder discriminar entre realidad interna y externa. Expresa: “...Estuve con M y F (sus medios hermanos paternos)...Me encantó estar con ellos, pero me quedé muy mal por cómo viven... no sólo el padre los dejó en banda, sino también la madre. Pobres chicos, me da mucha pena porque la madre es cualquiera y el padre los abandonó”. La intolerancia extrema al dolor la llevan a depositar sus aspectos sufrientes y carenciados en otras personas.

En estos pacientes, la “asociación libre” se transforma en muchas ocasiones, en una “evacuación libre” de sensaciones aterradoras, producto de la identificación proyectiva masiva. Es así que Julieta y Ana en lugar de asociar ideas verbalmente,

proyectan elementos beta. Este tipo de funcionamiento tiene como efecto la función de evocar sentimientos en los terapeutas, que se relacionan más con la necesidad de comprometernos emocionalmente, que de recibir una interpretación adecuada.

A modo de conclusión. Desde nuestra perspectiva, con este tipo de pacientes el trabajo consiste en recuperar y/o desarrollar las funciones psíquicas que permiten tomar contacto con la realidad interna y externa. Se considera que la actitud receptiva de la mente del terapeuta es un elemento central en este encuadre de trabajo. Así, poco a poco podrá desarrollarse un espacio interno continente en el paciente, a partir de las repetidas experiencias de utilizar la identificación proyectiva realista. La metabolización y devolución de los elementos beta después de haber sido transformados en imágenes útiles para soñar, recordar y pensar, es la tarea del terapeuta.

Se intenta contribuir al abordaje psicológico de patologías, así como a la prevención y promoción de un desarrollo psíquico apto para afrontar y modificar el dolor mental, en lugar de evadirlo.

Bibliografía

Bion, W. (1962). *Aprendiendo de la experiencia*. Buenos Aires: Paidós.

----- (1963). *Elementos de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

----- (1967). *Volviendo a pensar*. Buenos Aires: Paidós.

Ferro, A. (1999). "Las fronteras del psicoanálisis: nuevos pacientes, nuevos analistas, nuevos modelos". En *Docta Revista de Psicoanálisis*. Asociación Psicoanalítica de Córdoba. N° 5. Año 7 Primavera 2009. Pág. 51-63.

Meltzer, D. (1975). *Exploración del autismo*. Buenos Aires: Paidós.

----- (1994). *Sinceridad y otros trabajos*. Buenos Aires: Spatia.

Pistiner de Cortiñas, L. (1999). "El nacimiento psíquico de la experiencia emocional". En *Bion Conocido/desconocido*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

VIII CONGRESO ARGENTINO DE PSICOANALISIS
“PODER, LOCURA, CULTURA”
Rosario, 27 al 30 de mayo de 2010.

AREA TEMATICA: TEORÍA Y TECNICA

“LAS PATOLOGÍAS DE BORDE EN LA CULTURA POSMODERNA.
UN COMPLEJO PROBLEMA PARA CONTINUAR PENSANDO”

AUTORAS: Mag. Graciela E. Flores *, Mag. Claudia I. Campo, Mag. Zunilda G. Campo y Lic. Diana G. Poblete.

RESUMEN

Las patologías de borde o de frontera – con toda su penumbra de asociaciones – continúan planteando antiguos problemas y nuevos interrogantes.

Las diversas teorías que conviven en el Psicoanálisis contemporáneo, caracterizado por un creciente pluralismo, enfrentan el desafío de la comprensión y el abordaje clínico de estas expresiones sintomáticas de alta prevalencia en la cultura actual.

En esta comunicación se realiza el relato de una experiencia de tratamiento de pacientes con severas perturbaciones en los procesos de simbolización. Coexisten en estos sujetos ataques a las funciones mentales, alteraciones psicósomáticas y acciones sin sentido, que se presentan en dos modalidades principales: en algunos casos con un estilo “ruidoso”, a partir del predominio de identificaciones proyectivas hipertróficas y en otros, de manera “silenciosa” en función de las deficiencias en la identificación proyectiva realista. La tarea se lleva a cabo en un servicio gratuito de asistencia psicológica dependiente de una universidad pública. El vértice teórico – clínico sustentado son las conceptualizaciones de Bion y Meltzer. El equipo de trabajo considera relevante la posibilidad de asumir en nuestra disciplina, un punto de vista determinado, evitando los riesgos de un eclecticismo superficial, así como los de un dogmatismo que no reconoce el valor de otras perspectivas.

PALABRAS CLAVE: Patologías de borde – Bion – Meltzer – Material clínico