

Breves comentarios sobre el tratamiento analítico de los adolescentes (supuestamente) *borderline*

Alfredo Ortiz Frágola

Se podría afirmar que todos los adolescentes son narcisistas, o, formulándolo con más propiedad, viven o atraviesan por una profunda reestructuración de su psiquismo, que dará lugar, si todo va bien, a que se constituya una forma más evolucionada de sus configuraciones narcisistas.

Mi intención aquí es tan solo formular algunas consideraciones sobre las vicisitudes del análisis de adolescentes con serias perturbaciones de su narcisismo, que algunos llaman jóvenes severamente perturbados. En verdad, una parte de estos jóvenes, al avanzar hacia la adultez, adopta, transitoria o continuadamente, un funcionamiento *borderline*. Para ser más preciso, en estas notas voy a referirme a pacientes que ya se encuentran, cronológicamente, en la fase media o avanzada de la adolescencia, y que por sus características generan inquietud en terapeutas, familias y educadores.

¿Por qué resultan complejos estos pacientes? En primer lugar, tienen un perfil que parece exceder el universo neurótico. No resulta difícil incluirlos dentro de lo que se ha dado en llamar "la clínica del vacío". Falta del sentido de la vida, abuso de sustancias sostenido, aislamiento o relaciones de pareja violentas o fuertemente insatisfactorias, son solo algunas de las evidencias de un mundo interior por momentos caótico y descon-certante. En la terapia, por un lado, resistencias engorrosas; por el otro, dudas y desazón por parte del terapeuta.

Ahora bien, aunque el tedio, la búsqueda de estimulación y la descarga impulsiva forman parte del escenario adolescente habitual, en estos chicos, la intensidad de

estas manifestaciones preocupan y movilizan a sus analistas, a punto tal que estos pacientes suelen ocupar un espacio significativo en la mente del analista fuera de la sesión, no agradable por cierto.

¿Qué encontramos en la trastienda de este escenario?

Al expresarse a partir de los aspectos indiferenciados de su personalidad, o de su narcisismo no transformado, los adolescentes límite suelen presentarnos un caos inicial donde se alternan rabia, seudodepresión (suelen sentir más vacío que tristeza) e intentos apremiantes para que el analista les otorgue un sentido que su vida está muy lejos de tener. Hacen esfuerzos por sobrevivir en un mundo que les resulta desconcertante, y en ese proceso, un analizado puede ser quizás una persona hostil y casi insufrible, aunque también un productor de las asociaciones que encajan exactamente con las teorías de su analista. Es que así como a estos chicos les cuesta sintonizar con el resto de la gente (un déficit ligado a lo que Fonagy ha llamado "fallas en la mentalización"), su necesidad de incluirse en el universo de los otros a veces los lleva a mimetizarse en forma sutil.

En ellos, el fracaso en los procesos introyectivos dificulta la consolidación del psiquismo y hace casi imposible enfrentar tanto el dolor psíquico como la excitación.

Cualquier experiencia dolorosa, cualquier situación que implique alguna exigencia intelectual o social, cualquier evento de impacto afectivo, hasta las emociones intensamente felices, provocan una sobrecarga de excitación para la cual el sujeto no cuenta con poder de alivio, de procesamiento o de contención.

Joyce McDougall (1993) ha señalado con lucidez cómo "cualquier conducta por la cual alguna forma de acción reemplaza la capacidad de contener y pensar acerca de una experiencia altamente cargada de emoción, representa una regresión al tipo de economía psíquica del bebé. Un infante por definición (*infans* = sin palabras) no tiene acceso al uso del pensamiento verbal, y por lo tanto solo puede responder con algún tipo de acción, dirigida, en primer lugar, a descargar la experiencia emocional dolorosa, y, en segundo término, a comunicar al medio su estado de necesidad".

De allí en adelante hay solo un corto trecho hasta el intento por suplir esa función aliviadora y elaborativa que no ha sido generada suficientemente todavía en la mente del sujeto.

Porque resulta muy difícil sobrevivir sin encontrar una forma de dispersión de los afectos que disimule esa deficiencia. Al momento de enfrentarse con estas situaciones, los recursos accesibles pueden ser varios: el uso de las personas, de las sustancias psicoactivas, de la sexualidad o de la comida.

En la clínica son "casos difíciles" que nos llevan a reflexionar sobre el clásico cómo y cuándo interpretar.

En este sentido, a mi modo de ver, existe un interrogante técnico que nos plantean estos jóvenes, desafortunados en muchos aspectos de la vida, pero afortunados si pueden beneficiarse con un terapeuta capacitado y sensato que no se pierda en el laberinto de las defensas, intentos de compensación y efectos colaterales de la implosión del *self*, que tienden a sufrir repetidamente.

El interrogante al que me refiero con respecto al abordaje psicoanalítico de estos pacientes graves es **cómo, personas que a veces requieren medidas técnicas heterodoxas para iniciar y mantener un tratamiento psicoterapéutico, pueden, más adelante, desarrollar un proceso analítico dentro de los parámetros característicos de una transferencia neurótica.**

En pocas palabras y expresado en imágenes sería más o menos así:

Primero hay que andar como una camioneta 4x4 en un médano o en un terreno escarpado y barroso, agarrándose como se pueda, avanzando, retrocediendo, patinando. Lo importante es mantener la tracción, la estabilidad de la marcha que se ha emprendido, es decir, lograr y mantener el contacto afectivo, establecer un vínculo sin obsesionarse por el "lujo psicoanalítico".

Muchas veces tiene que transcurrir un período prolongado en el que los aciertos prevalezcan sobre los inevitables errores, un período en el que el *self* de estos sujetos se vaya consolidando progresivamente mientras respiran el oxígeno psicológico de un ambiente analítico sustentador. Tiene que haber un terapeuta firme y seguro, pero que no se la crea (es decir, no un analista sabelotodo), y que sea capaz de ir develando la vida interior de esas personas que arrancan con infancias incompletas.

Recién más adelante, si las cosas van bien, se llega a un terreno pavimentado, con curvas y contracurvas pero ya sin tanto riesgo de desbarrancarse. La transferencia está consolidada, es un vehículo algo más confortable y seguro, hay airbags y cambio automático. Naturalmente, esto no implica que no haya de vez en cuando alternativas inesperadas, pero sabemos que precisamente de ellas se puede sacar provecho.

En el curso de la terapia, el analista tiene que acertar en "no dañar", y cuidarse de no asociarse al diseño de una linda casa sin contar con los cimientos suficientes. Precisamente, uno de los riesgos del tratamiento de estos pacientes es que un terapeuta hiperactivo, sin quererlo, construya una suerte de casa/personalidad premoldeada como las casitas perfectas y simétricas de aquel pueblo de la película "Truman Show". En esas situaciones no convenientes se conjugan un paciente

proveedor de asociaciones congruentes con las teorías de su analista y un analista encantado de interpretar rápido y supuestamente bien.

El problema es que esas casitas de "durlock" se derrumban fácilmente ante los temporales de la vida. Por eso, en estos casos, la presencia del analista, como supo decir Sacha Nacht, puede ser un elemento crucial del que dependen tanto el progreso como la cronificación o la desintegración del sujeto.

¿Y qué pasa con el analista de pacientes severamente perturbados y su mente?

Hay torrentes de sentimientos vívidos y ríos de tinta escritos sobre la contra-transferencia, la RTN, el encuadre. Yo diría que, especialmente con estos pacientes, el analista tiene que **aguantar estar de vez en cuando un poco loco** (de vez en cuando pero no siempre loco, un poco loco pero no del todo). Tiene que tolerar que el paciente lo considere insano (Searles, 1980), o desubicado, o *freak*, tolerar que el paciente proyecte en él su parte insana. Y a la vez, no promover con insistencia la ubicación por parte del paciente de su propia cordura en el terapeuta.

Es interesante considerar lo que ocurre con la cara y las expresiones faciales del analista, como reflejo de lo que sucede en la escena de los afectos transferenciales.

No importa tanto que el tratamiento sea frente a frente o usando el diván. Sabemos que esto depende de varios elementos, del profesional y del paciente.

En un interesante artículo publicado hace años en la *Revista de APdeBA*, H. Searles (1998), que trabajó en psicoanálisis de pacientes psicóticos y *borderline* en la Clínica de Chesnut Lodge, señalaba cómo, en el marco del tipo de transferencia (primitiva, narcisista, psicótica o simbiótica según la preferencia teórica de quien la designa), "frecuentemente el paciente era capaz de acceder a sus propias emociones (disociadas y proyectadas) en primer lugar, *a través de* las expresiones que observa en la cara del terapeuta".

No es azarosa la observación de Searles; con estos pacientes, los terapeutas ponemos nuestro cuerpo y nuestra mente más en juego que en el tratamiento de un paciente de tipo neurótico. Si el análisis logra continuarse por un tiempo apreciable, estos pacientes no son fáciles de olvidar.

Tratar este tipo de pacientes no es una tarea ante la cual todos los analistas se sienten cómodos; implica estar dispuestos a enfrentarse al desmembramiento de la psique y tener sobre las espaldas una responsabilidad inquietante. Aquí el analista suele preguntarse: ¿Puedo yo solo seguir adelante con el tratamiento sin la participación de alguien más, familia, colega o dispositivo de mayor peso en la intervención?

El estilo de trabajo y la personalidad del terapeuta, su anterior experiencia con pacientes muy graves, el apoyo de reserva disponible, son elementos determinantes. También se sabe que en caso de estar dispuesto a hacerse cargo de un paciente así no conviene tratar más de 2 o 3, 4 a lo sumo, casos de esta índole a la vez, porque si no la vida del terapeuta y su eficacia se verán perturbadas.

Otra situación bastante típica es que para muchos jóvenes prepsicóticos, en los momentos de descompensación el mundo es un laberinto del cual los estímulos llegan con crudeza, porque **el filtro mental de los estímulos está rasgado**. Como consecuencia, en los períodos críticos, estos pacientes se sienten abrumados y sufren intensa ansiedad cuando se encuentran con mucha gente, vehículos o movimiento, pues ese ritmo les resulta amenazador. Pequeños ruidos de afuera significan mucho ruido, y el extremo es la alucinación paranoide; allí los sucesos del mundo exterior fácilmente se tornan amenazantes. En esos tramos del tratamiento, si el analista, entusiasmado por una tarea intelectualmente atractiva, corre de un lado al otro persiguiendo e interpretando todos los aspectos dispersos del interior fragmentado y del mundo hostil, va a ser difícil que el sujeto salga del caos.

Ligado a lo anterior, otro tema a considerar: poder darse cuenta de cuándo se puede contar con una interacción comunicativa que genere lo que Christopher Bollas (1987) ha llamado **momentos estéticos**. Son experiencias "de raptó", algo así como un embeleso que ampara al *self* y al otro en simetría y soledad. Expresan aquella parte de nosotros en que la experiencia de comunión con el otro constituía la esencia de la vida antes de que hubiera palabras. Forman parte de lo sabido no pensado. Son experiencias intensas, acumulativas, que se dan en el espacio intersubjetivo y que conducen a un recordar más experiencial que cognoscitivo. Podemos concordar con Bollas en que la intensidad de estas relaciones de objeto no se debe tanto a que se trate de un objeto del deseo sino a que el objeto es identificado con tempranas y potentes metamorfosis del existir, transformaciones del sí mismo temprano.

Quizás solo tiempo después nos daremos cuenta del peso de esos momentos cruciales del análisis. A veces, incluso, recién cuando nos ponemos a repasar el caso o escribir sobre él. En otras oportunidades es a partir del relato del paciente, que nos muestra el peso específico que tuvo algo que dijimos, que hicimos (o que callamos). Es que la revivencia, la reactualización de necesidades tempranas, que suelen estar antes de la constitución de la problemática del deseo, permite avizorar cuál fue el tenor de las fallas originales que dificultaron la conformación del *self* como unidad. Porque, como en cualquier transferencia, el presente narcisista nos muestra (o nos

sugiere) los sucesos del pasado, y en el pasado antiguo, lo que le rodeaba y él eran indistinguibles. Los sucesos, o la falta de los sucesos requeridos, se nos muestran por esa ventana de la historia que se tiñe con los tonos del presente.

Claro que los huecos requieren una nueva edición, como resalta Nemirovsky (2007), porque aquí parece que la primera edición tuvo déficit editorial, hubo errores y omisiones. Muchas de estas cosas parecen fáciles de decir y difíciles de poner en práctica, pero el analista de los pacientes muy perturbados (de todos los pacientes en realidad) resulta buen analista cuando logra moverse con espontaneidad afectiva.

Aquí aparece un clásico tema de discusión, la cuestión de **cómo se adquiere esa espontaneidad, que incluye intuición analítica y empatía**. Yo diría que es algo que no está lejos de lo que podemos considerar una función materna: la espontaneidad de la madre para conducirse con su niño y a su vez el respeto y tolerancia hacia la espontaneidad del hijo. Se puede discutir si se adquiere con la experiencia, o con el entrenamiento analítico, si viene con la personalidad del analista en cuestión; también si se ve interferida por las cosas de la vida del analista y, *last but not least*, si a veces esa espontaneidad afectiva puede llegar a ser obstaculizada por el riguroso aprendizaje de nuestra disciplina disciplinante, especialmente en las primeras etapas de la formación.

La espontaneidad del analista ha de ser una actitud relajada, confortable, lo opuesto a las defensas paranoides. Suele desarrollarse a partir del entrenamiento, de la experiencia y de la flexibilidad. Por otra parte, si la espontaneidad es falsa puede ser iatrogénica y en realidad solo constituye una defensa contra la ignorancia.

Para terminar, la frecuente llegada a la consulta de estos pacientes con un colapso de la subjetividad nos interroga:

¿Han cambiado los pacientes?

¿Ha cambiado el psicoanálisis?

¿Debe cambiar la técnica?

La clínica de nuestro tiempo no difiere en su esencia de la de otras épocas, pero está fuertemente teñida con los colores de la incertidumbre, la distancia emocional, la levedad, y otros tonos que impregnan el nicho ecológico del hombre de hoy.

Podríamos decir que vivimos en un mundo de *FAST FOOD* y de *LOW COST*. Los sistemas de salud y muchas veces la sociedad misma y los pacientes abogan y reclaman tratamientos rápidos y baratos.

Sabemos que esa intención, además de ser prácticamente incompatible con el cambio estructural, es una combinación relativamente difícil de lograr con el psicoanálisis.

Aun con sus reyertas institucionales y su babel teórica, el psicoanálisis sigue siendo un camino privilegiado para captar el mundo interno y sus turbulencias, para facilitar el crecimiento, eliminar o esquivar los obstáculos y permitir el despliegue de los recursos potenciales.

Es importante que su uso no quede reducido a una elite intelectual o económicamente favorecida.

Para mantenerse vigente, vigoroso y no desaparecer, el psicoanálisis, los psicoanalistas, hemos ido cambiando.

En un panel del congreso de FEPAL 2104 se decía que ya no suele ser automática la interpretación del aquí y ahora, y se alertaba sobre los riesgos de aquellos excesos que producen una banalización de la transferencia. Esto constituye un desafío especial con los pacientes adolescentes, y más aún con aquellos con psicopatología de frontera.

Hoy sabemos que gran parte de la efectividad de un tratamiento analítico o de una psicoterapia dinámica con pacientes graves está centrada en la capacidad del terapeuta para moverse con flexibilidad en la alternancia entre privilegiar el sostén o jerarquizar el *insight*, sobre la base de la potenciación fructífera que sabemos que ejercen mutuamente ambas posiciones. Es decir, el sostén actúa como un marco que facilita la eficacia de la interpretación, y la interpretación adecuada, que apunta a un cambio estructural, le brinda también al paciente la sensación de estar siendo comprendido; el paciente puede sentir que el terapeuta está cerca y es accesible.

Y por supuesto, aunque se trate de pacientes graves, tampoco habremos de creer que solamente con el *holding* alcanza, como el paciente del inefable Tute.



Resumen

El autor presenta algunas observaciones sobre las particularidades del tratamiento de adolescentes con serias perturbaciones del narcisismo, que pueden tener por épocas un funcionamiento borderline. Se formulan algunas consideraciones sobre la clínica y la situación analítica con estos pacientes, así como algunos aspectos propios de la actitud del analista que resultan cruciales para la continuidad del proceso. Finalmente se reflexiona sobre la vigencia del psicoanálisis como recurso clínico ante estos pacientes de nuestra época.

Descriptores

Adolescencia, narcisismo, borderline, fragmentación, patologías graves

Brief comments on the analytical treatment of adolescents (allegedly) borderline

Summary

Año 2018, N° 22

The author presents some observations on the particularities of the treatment of adolescents with serious disturbances of narcissism, which may have borderline functioning for some time. Considerations on the clinical and analytical situation with these patients, as well as some aspects of the transference, the countertransference and the attitude of the analyst that are crucial for the continuity of the process. Finally, some reflections on the validity of psychoanalysis as a clinical resource for these patients of our time.

Keywords

Adolescence, narcissism, borderline, fragmentation, serious pathologies

Bref commentaires sur le traitement analytique des adolescents (alléguement) borderline

Résumé

L'auteur présente quelques observations sur les particularités du traitement des adolescents atteints de troubles graves du narcissisme, qui peuvent avoir un fonctionnement limite pendant un certain temps.

Considérations sur la situation clinique et analytique avec ces patients, ainsi que cruciaux pour la continuité du processus. Enfin, nous réfléchissons sur la validité de la psychanalyse en tant que ressource clinique pour ces patients de notre temps.

Mots clés

Adolescence, narcissisme, borderline, fragmentation, pathologies graves

Bibliografía

- Bollas, C. (1987). *La sombra del objeto*. Buenos Aires. Amorrortu editores, 1991.
- McDougall, J. (1978). *Alegato por cierta anormalidad*. Barcelona. Petrel, 1982.
- _____. *La sexualidad como adicción*. Conferencia dictada en Buenos Aires, el 7/9/1993. Biblioteca de APdeBA, video.
- Nemirovsky, C. (2007). *Winnicott y Kohut*. Buenos Aires. Editorial Grama.
- Ortiz Frágola, A. (2014). *Psicopatología de nuestro tiempo. De la inquietud adolescente a los trastornos del narcisismo*. Buenos Aires. Psicolibro Ed.
- Searles, H. *Escritos sobre esquizofrenia*. Barcelona. Gedisa, 1980.
- _____. (1986). El papel de las expresiones faciales del analista en psicoanálisis y terapia psicoanalítica. *Psicoanálisis APdeBA*, XX, 1, 1998.