

El dilema del paciente narcisista-fronterizo: entre la desmentida y la discriminación*

Fanny Schkolnik**

Manuel Svarcas***

Resumen

En este trabajo, los autores abordan la problemática de los pacientes narcisistas-fronterizos, destacando la patología narcisista de déficit, la desmentida y escisión del yo y las dificultades en la discriminación.

Subrayan que el concepto de desmentida en estos casos, es distinto al planteado por Freud, en tanto no se refiere a la problemática fálica sino al trauma de la alteridad, que está en el origen del yo y lleva a desmentir la existencia del objeto arcaico.

La escisión del yo resultante de dicha desmentida, dará lugar a. dos posturas: una, que no admite la existencia del Otro, y otra, que la acepta.

Este proceso se despliega en lo intersubjetivo, con participación de la madre y el entorno familiar, que promueve y sostiene la desmentida de la alteridad.

Summary

In this paper the authors focus on the problems of narcissistic-borderline patients, highlighting the pathology of narcissistic deficit, disavowal and splitting of the ego, and discrimination difficulties.

* Este trabajo es fruto del trayecto recorrido con el grupo que funciona en la Policlínica de la Cátedra de Psiquiatría de la Facultad de Medicina. Integrado por: Ida Decía, Abel Fernández, Susana García, Oscar López, Delfina Miller, Alberto Moreno, Inés Mosca, Ana Palermo, Julia Perelman, Gladys Puyesky, Graciela Ricci, Cxistlna Sacalidisy Erna Uslenghi.

** Francisco Muñoz 3013/401 C.P. 11300, Montevideo

*** Pedro F. Berro 1286/601 C.P. 11300. Montevideo

They underline the fact that in such cases the concept of disavowal differs from that posed by Freud, in the sense that it does not refer to the phallic issue but rather to the trauma of alterity that is at the origin of the ego and leads to the disavowal of the archaic object's existence.

The splitting of the ego resultant from this disavowal will give way to two positions: in the first the existence of the other is not admitted, in the second it is accepted.

This process is deployed in the intersubjective field, with the participation of the mother and the family milieu promoting and sustaining the disavowal of alterity.

El paciente nos impresiona como un sujeto "raro"¹, que por momentos nos parece francamente «loco», a la vez que nos comunica sus vivencias de una manera tal que podemos establecer con él un contacto y una proximidad sorprendentes. Toda la situación nos resulta desconcertante y enigmática.

Estamos enfrentados a alguien que se nos aparece como teniendo «poca densidad y consistencia» y que nos provoca sorpresa, por momentos rechazo y a la vez curiosidad e interés.

“Me quedó en el tintero una cosa importante. Todo comenzó el primero de mayo con los timbres de la Compañía del Gas; obras de arte que van para la fundición y se pierde el patrimonio nacional. Después se transformó en esto de robar en casas antiguas abandonadas. Ahora soy un profesional. Me he dado cuenta que en los momentos en que me siento mal, colecciono cosas. Saco las herramientas y salgo a robar. Vuelvo con cosas como si fuera una compensación para mí. Este libro que traje es robado. De niño robaba audífonos en complicidad con mi madre.”

El discurso nos pareció raro. Las características de sus robos nos sorprendieron. Sin embargo, desde el comienzo se estableció un vínculo importante con la terapeuta que la llevó a tener expectativas en cuanto a la posibilidad de realizar un trabajo con él.

El contacto con otros pacientes que estaban en esa frontera en la que coexisten

¹ Raro, dice el diccionario de la Real Academia, se refiere a lo que tiene poca densidad y consistencia, en particular se dice de los gases enrarecidos.

idiomas distintos, conductas, pensamientos y afectos cambiantes, provocaba en nosotros las más diversas vivencias: desconcierto, confusión, desánimo, ternura, deseo de ayudarlos y preocupación por protegerlos.

¿En qué idioma nos comunicaríamos?

Fue necesario tomarse un tiempo. Trabajar meses y a veces años.

Instalarse en esa frontera o muy cerca de ella, para contactar con sus conflictos, pensamientos, afectos, vínculos y, en fin, para saber la forma en que transcurre su vida. Conocer su historia, su familia, su inserción social y, en alguna medida, sentirnos casi como un integrante de la familia.

El paciente tiende a establecer un verdadero acoplamiento con el terapeuta. Pero también intenta escapar de esta relación amenazante que lo esclaviza, adoptando conductas agresivas o huyendo del tratamiento. A veces, la búsqueda desesperada de unos límites que están siempre borrándose, lo llevan a actuaciones autoagresivas, masoquistas, que apuntan a sostener la necesidad de ser, en el dolor. El dilema es entre la fusión y la discriminación.

El terapeuta queda ubicado en una situación paradójica. Tiene que instalarse en esa frontera y a la vez asumir una postura que promueva la discriminación.

En un primer momento nos pareció más apropiado hablar de vínculo, noción que remite a ligazón y atadura, más que de transferencia, que supone una mayor discriminación. Actualmente preferimos pensar en términos de vínculo transferencial en tanto se nos ha ido destacando la repetición de las formas tempranas de relación, en lo actual.

La oscilación permanente que presentan estos pacientes en sus conductas a nivel de las diferentes relaciones, incluida la transferencial, es una consecuencia de las dificultades que surgen del dilema en el que están inmersos.

La tendencia a la fusión que en la transferencia se expresa por un «hambre de vínculo», en el que se condensan necesidad y deseo, en otras relaciones se manifiesta por conductas muy diversas (parejas patológicas, conductas perversas o delictivas, participación en grupos sociales marginales, drogadicción, etc.). También las vivencias y sentimientos de unión con la naturaleza o de comunión con animales y objetos inanimados, son expresión de esta misma tendencia. Es a esto que se refieren Searles y Roustang cuando hablan de lo «no humano».

«La gatita en el apartamento va a estar bien, con tal de que no haya olores ni a viejo

ni a. encerrado ni a goma quemada porque a nosotros, los gatos, no nos gustan... Ya no puedo más. Cinco años en este apartamento sin gatos. Yo soy de ellos. Nos criamos Juntos. Me enseñaron su religión, cuando están comunicándose con el Universo y la fuerza de su mirada cósmica puesta en la luna. Ahí, que los seres humanos que no hablan con ellos ni se acerquen, que no los intercepten porque se ponen furiosos... Ambar gris me enseñó a oler profundo a discriminar los olores. El olor de cada planta; en cada pata en cada lamida, incorporaba un olor. Me enseñó a andar sutilmente en cuatro patas entre las plantas y a reconocerlas sin dañarlas, sin dañar una sola hoja. Ella con sus hijos y yo en el fondo. ¡Cómo gateábamos buscando San Antonios y grillitos!»

Este «mundo de los gatos y de la luna» es el mundo de la paciente y al mismo tiempo, como lo dice ella misma muchas veces, también pertenece al «mundo de los humanos». Está en los dos y en ninguno se puede instalar plenamente. Siempre termina sintiéndose «la distinta».

La defensa frente a la fusión se pone de manifiesto a nivel del vínculo transferencial en los intentos de huida del tratamiento o en diversas conductas agresivas hacia el terapeuta. En otros vínculos aparecen estas mismas manifestaciones dando lugar a importantes dificultades de inserción social y a la retracción de los pacientes en sus diversas relaciones.

«No creo en la terapia. Mis experiencias siempre fueron malas con psicólogos. Cuando estuve ahora en Buenos Aires creía verlo en cada esquina. Sentía asco y odio. Asco por usted. Creo que es mi anti-ideal.

Busqué en la guía su segundo apellido. Siempre odió a los judíos. Mi padre decía que habían hecho plata a costa de reventar gente y mi madre decía que eran ordinarios y nunca figuraban en sociales. A los trece años me hice amigo de un judío en el liceo. Después nos pusieron en clases diferentes. El me decía que me pasara a su clase, que me iba a dar los cuadernos, y cuando me cambié, no me quiso dar nada. Desde allí, siempre los odié.»

El odio y rechazo aparecen vinculados a la fusión (“creía verlo en cada esquina... sentía asco y odio») y también a la discriminación (“cuando me cambié para su clase no me quiso dar nada... siempre los odié desde allí”). No puede tolerar estar en clases diferentes ni en la misma clase; dilema en torno al cual giran todos sus vínculos y conflictos.

También nos ha llamado la atención la atmósfera de desamor, frustración, violencia y verdaderos deseos de muerte por parte de los padres, que existe habitualmente y contribuye a generar en el paciente manifestaciones de un importante potencial

destrutivo, con el carácter de impulsiones, actuaciones, una depresión importante, y sentimientos de desvitalización y vacío². Una angustia profunda y persistente lo lleva frecuentemente a buscar la muerte en múltiples intentos de autoeliminación.

«En algún momento de mi vida perdí las ganas de vivir. No sé cuándo. El sábado lo descubrí mientras estaba sentada en un baile de cumbias. Me puse a pensar y recordé mi vida anterior. La recorrí pasito a pasito y el descubrimiento se transformó. No es que en algún momento de mi vida perdí las ganas de vivir. Es como si hubiera algo en mí, algo que me pertenece, algo que está siempre presente y que quisiera descubrir desde cuándo, tal vez desde que nací, que hace que tenga un poco de ganas de vivir pero que no tenga fuerzas para tener esas ganas de vivir, que no me pueda reír por las cosas que se puede reír todo el mundo, que no pueda disfrutar de las cosas que disfrutan los demás. Algo así como que yo soy triste de nacimiento. Ya le conté cómo, cuando era tan chiquita, hice la mezcla de chocolate con coca cola y veneno para las ratas. Ellos dicen que fue mi primer intento de suicidio. No sé si fue el primero.»

Así pone en palabras esta paciente, de una forma verdaderamente conmovedora, los sentimientos de vacío y soledad en los que está inmersa.

El intento de sostener una vivencia de ser que está siempre desmoronándose, se pone de manifiesto en las relaciones con el propio cuerpo y las conductas vinculadas a la sexualidad. De la inhibición y falta de interés sexual, pasan a la promiscuidad y los vínculos patológicos movidos por necesidades narcisistas.

Hay una estrecha interrelación entre los conflictos propios del dilema fusión-discriminación del objeto, con los derivados de la aceptación de la diferencia de sexos y la angustia de castración. La propia clínica nos ha llevado a pensar que muchas veces buscan una identidad sexual, para llegar a ser. Sus preocupaciones y expectativas de tener atributos masculinos o femeninos adoptando ciertas conductas que los confirmen en este sentido, están relacionadas a esta búsqueda. Pero la influencia de una sexualidad arcaica hace que dichas conductas presentan un aire bizarro.

El pensamiento se mantiene en un nivel próximo al de la neurosis, con un juicio de realidad conservado, pero la persistencia de aspectos indiscriminados, con un borramiento de los límites yoicos, lleva a modificaciones en la metaforización o formas particulares de metaforizar que inciden en el matiz poético que presenta frecuentemente su discurso.

² Muchas veces, lo que se pone de manifiesto clínicamente como depresión responde más bien a vivencias de desvitalización y vacío. Es en este sentido que A. Green habla de depresión primaria.

La aproximación a una conceptualización teórica que pudiera dar cuenta de esta compleja. sintomatología., en la que se nos destacó particularmente la coexistencia y alternancia de idiomas, conductas y afectos diferentes, nos llevó a jerarquizar, en primer lugar, la noción de escisión. Y en este sentido, nos propusimos interrogar el alcance que podría tener el concepto freudiano de escisión del yo para la comprensión psicopatológica de estos pacientes.

Si bien en el planteo de Freud, la noción de escisión ligada a la desmentida, estaba referida fundamentalmente a la no aceptación de la diferencia de sexos y de la muerte, también quedó planteada la posibilidad de su participación en otras patologías.

«El punto de vista que postula en todas las psicosis una escisión del yo, no tendría título para reclamar tanta consideración si no demostrara su acierto en otros estados más semejantes a las neurosis y, en definitiva, en éstas mismas.»

En el caso de los fetichistas, Freud habla de una desmentida frente a la realidad de la diferencia. de sexos que implica una escisión del yo. Coexisten dos posturas. Por un lado, se acepta la ausencia de pene en la mujer y en consecuencia la diferencia de sexos; y por otro, se asume una conducta que muestra el desconocimiento de la misma.

Nosotros hemos pensado que también en los fronterizos se podría hablar de una desmentida. y de una escisión del yo, en tanto se dan dos posturas frente a una realidad que aparece como intolerable. En este caso, lo que se hace inaceptable es la existencia del objeto, configurando lo que Joyce McDougall denomina «el trauma de la alteridad». El paciente sabe de la existencia del otro y al mismo tiempo se conduce como si lo desconociera. Hay una escisión del yo que se evidencia por dos modos distintos de funcionamiento: uno, más arcaico, similar al del psicótico, con predominio de defensas y manifestaciones primitivas diversas, que apunta a lo fusional; otro, más maduro, que se acerca al del neurótico, con una posibilidad restringida de represión, que tiende a la discriminación.

Esta escisión, siempre fallante, hace que se establezca, en alguna medida, una influencia mutua entre las dos formas de funcionamiento yoico, lo que determina el carácter peculiar de la presentación clínica. El paciente oscila constantemente en sus conductas, afectos y pensamientos, sin llegar a configurar, en ningún momento, una modalidad francamente psicótica ni neurótica. Probablemente esto tiene mucho que ver con lo «raro» de la presentación.

Hablamos de desmentida de la existencia del objeto, porque queremos destacar la situación *transitivista* en la que se encuentra el paciente respecto a un otro que existe ya

la vez no existe como tal, en tanto su propia existencia resulta profundamente perturbadora. No sólo se desmiente la separación, por lo que implica de pérdida y trauma narcisista, sino también porque resulta intolerable la existencia de ese otro extraño que aparece como peligroso, por las propias características del vínculo arcaico con la madre.

La desmentida se sostiene también desde la madre, ubicada ella misma en una postura muy arcaica y estableciendo con su hijo una relación en la que se pierden parámetros de lo humano y que, en alguna medida se vuelve siniestra.

La desmentida de la que hablamos nosotros, para el caso de los fronterizos, difiere de la freudiana porque apunta al temprano conflicto con la alteridad. Es más precoz que la descrita por Freud compromete la propia constitución del yo y se establece y sostiene en una peculiar relación con la madre.

La escisión fallante que surge de esta desmentida es también muy distinta de la pensada para los pacientes fetichistas.

Los trastornos en el procesamiento de la separación con el objeto primordial, determinan alteraciones en la identificación primaria que a su vez llevan a una distorsión en la constitución del yo, característica que se nos ha ido destacando a medida que avanzamos en la comprensión de estos pacientes.

Por otra parte, la diferenciación parcial entre representaciones de sí y representaciones de objeto da lugar a identificaciones secundarias con características peculiares.

La identificación primaria se establece en un largo trayecto en el cual se realiza un complejo intercambio con las características de una interrelación estructural, en el sentido en que lo plantea D. Gil.

«La identificación primaria sería un amplio y complejo movimiento estructural donde se interrelacionan aspectos de la maduración neurofisiológica, deseos, vivencias, acontecimientos, fantasías, gestadas en la interrelación del niño con su medio. No sería un movimiento único y unidireccional entre el niño y sus padres, sino un movimiento múltiple donde cada uno de los pasos va determinando el siguiente y a su vez se revierte sobre los anteriores y se enlaza con todos los demás. No (sólo) secuencia cronológica, sobre todo interrelación dinámica.»

Durante este trayecto la desmentida permanece como una forma de defensa disponible frente a distintos tipos de vivencias traumáticas o dolorosas. La posibilidad de dar lugar a una estructura permanente surge en general a partir de la adolescencia aunque la investigación de estas patologías en el niño durante los últimos años ha

mostrado que en algunos casos se establece más tempranamente.

Otro factor que contribuye a consolidar la estructura del paciente es el déficit de investimento narcisista vinculado a la severa patología del ámbito familiar, con una importante falta de amor, predominio de la agresividad y borramiento de las diferencias propio de un funcionamiento más arcaico.

Se constituye entonces un yo escindido, malformado y poco catectizado, con una capacidad disminuida para neutralizar el empuje de lo pulsional, en particular, el potencial destructivo proveniente de la pulsión de muerte, incrementada por la propia patología familiar. El paciente tiene una peculiar proximidad con la muerte y se expone a situaciones riesgosas y frecuentes intentos de autoeliminación. Muchas veces parece haber una atracción por la muerte que es buscada no sólo como alivio para sus sufrimientos sino como una manera de acceder a la unión con el objeto arcaico.³

Por otro lado, hay una amenaza permanente de borramiento de límites, con el riesgo para el sujeto de perderse como tal. Es este peligro de muerte psíquica que se pone de manifiesto en vivencias del orden de lo ominoso (*unheimlich*), tal como las descritas por Freud.

«Siguiendo el paradigma del motivo del doble, resulta fácil apreciar las otras perturbaciones del yo utilizadas por Hoffmann. En ellas se trata de un retroceso a fases singulares de la historia de desarrollo del sentimiento yoico de una regresión a épocas en que el yo no se había deslindado aún netamente del mundo exterior ni del Otro. Creo que estos motivos contribuyen a la impresión de lo ominoso, si bien no resulta fácil aislar su participación.»

Un paciente se cruza con su madre, que camina por la misma vereda, a pocos pasos del consultorio del analista. Llega muy angustiado y confuso. ¿Qué había pasado? Ella se cruzó con él, lo miró y no lo saludó. El también adoptó la misma actitud. Se condujeron como dos extraños. Alguien familiar se había vuelto extraño. «Sentí que ella era como de plástico.»

Se le había vuelto tan extraña que sólo podía encontrar representaciones en el ámbito de lo inanimado, más allá de lo humano.

Algo similar sucedía en ella cuando de chico lo dejaba solo, con las latas de comida sobre la mesa expresando con esta conducta agresiva y mortífera, un profundo desconocimiento y rechazo del hijo como persona.

Son estos sentimientos y vivencias que sacuden al sujeto en su condición de tal, los

³ H. Garbarino plantea, desde otra perspectiva, que la atracción por la muerte se vincula aun movimiento para fusionarse con el todo, sustituyendo la existencia individual por una existencia cosmológica, debido a la persistencia de la instancia del Ser.

que ponen de manifiesto la frágil situación en que se encuentran estos pacientes, contactando en alguna forma con las fronteras de lo humano, que los lleva a enfrentar momentos de sufrimiento importantes y necesitar un vínculo terapéutico que, de alguna manera, se mantenga para toda la vida.

“Sufro por eso que está en mí y me diferencia de los otros. Sufro, me hace sufrir, me cuestiona., pero esa soy yo, así con eso, eso que no me desaparece, que viene de otras dimensiones que están en mí y no en los otros y no sé cómo hacer, qué hacer con eso. Cómo desarrollarlo. No tengo forma de desarrollarlo en este mundo de normales. Y yo tengo los pies igual que ellos en esta realidad, en este mundo. No soy igual a. ellos pero tampoco estoy como los locos, fuera de la realidad. Qué hago con eso que yo tengo, cuántos años de terapia llevo, tres. No, cuatro, casi cuatro y medio. Ahora me siento más discriminada., percibo la realidad, me importa ser como los demás, compartir mi vida sin fusionarme con otros. Pero ahora sufro más que antes, sufro porque me pasan cosas que ya no puedo seguir conteniendo. Yo, ni estoy loca ni soy normal. Es desesperante.”

Bibliografía

- ACEVEDO DE MENDILAHA.RSU, S. *La identidad*. Revista de psicoterapia psicoanalítica. T. 1, N^o 4, Montevideo. 1988.
- BERNARDI, R.; FRANCO, G.; GERARD, G.; LAGOMARSINO, J.; PANELLA, N.; VALLASSI, S. *Personalidades fronterizas*. EPPAL, Montevideo, 1988.
- BION, W.R *Volviendo a pensar*. Hormé, Bs. Aires, 1979.
- Diccionario de la lengua española. Espasa. Calpe, Madrid, 1979.
- FRANCO, G. *La niña del estanque*. Inédito, 1990.
- FREUD, S. *Lo ominosa* T. XVII. Amorrortu, Bs. Aires, 1979.
- Fetichismo*. T. XXI. Amorrortu, Bs. Aires, 1979.
- Esquema del psicoanálisis*. T. XXIII. Amorrortu, Bs. Aires, 1979.
- La escisión del yo en el proceso defensiva* T. XXIII. Amorrortu. Bs. Aires, 1979.
- GARBARINO, H. *Estudios sobre el narcisismo*. Biblioteca Uruguay de Psicoanálisis. Vol. II. Montevideo, 1990. *El ser en psicoanálisis*. EPPAL. Montevideo, 1990.

- GIL, Daniel *El yo y la identificación primaria*. Temas de Psicoanálisis. Año II, N° 10, 1988.
- GREEN, A. *Locuras privadas*. Amorrortu. Bs. Aires, 1990.
- KERNBERG, O. *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Paidós. Bs. Aires, 1979.
- KOHUT, H. *Análisis del self* Amorrortu. Bs. Aires, 1977.
- MAHLER, M. *Simbiosis humana y vicisitudes de la individuación*. E. Joaquín Mortiz. México, 1986.
- MASTERSON, J. *Diagnostic et fraitement du syndrome "borderline" chez les adolescents*. Confrontations psychatriques N° 7, 1971.
- McDOUGALL, J. *Alegato por cierta anormalidad*. Petrel. Barcelona., 1982. MODELL, A. *El psicoanálisis en un contexto nueva* Amorrortu. Bs. Aires, 1988.
- PAZ, C.; PELENTO, M.; OLMOS DE PAZ, T. *Estructuras y estados fronterizos en niños y adultos*. Nueva Visión. Bs. Aires, 1977.
- PONTALIS, J.B. *Entre el sueño y el dolor*. Sudamericana. Bs. Aires, 1988.
- ROUSTANG, E. *Elle ne le lache plus*. Les Editions de Minuit, 1980.
- SAMI-ALI, M. *Cuerpo real, cuerpo imaginario*. Paidós. Bs. Aires, 1989.
- SEARLES, U. *Escritos sobre esquizofrenia*. Gedisa. Barcelona, 1980.
- VAL. E. *Trastornos de la personalidad borderline*. Descubrir. Vol. III, N° I. Montevideo, 1988.
- VIÑAR, M. *Estrategia interpretativa en un psicótico fronteriza*. Inédito. Montevideo, 1970.
- WINNICOTT, D. *Realidad y juego Granica*. Bs. Aires, 1972.