

## Un abordaje psicoanalítico en la clínica de una paciente no neurótica. Caso F

### A psychoanalytic, clinical approach for a non-neurotic patient. Case F

Maria Dora Bucur<sup>a</sup>

---

#### Abstract:

This article investigates clinical work on a patient with borderline personality organization. Contemporary psychoanalysis has developed valuable theories to understand patients such as this one. Analysts agree that serious pathologies originate in severe disturbances in early development and in the dyadic relationship with the mother. An analytical understanding is useful when considered non neurotic patients (transference and counter transference, acting out, lability of the self, pathological defense, etc). I propose a mixed intrapsychic-intersubjective approach to explore the psyche of a patient diagnosed with Borderline Personality Disorder, as well as to account for disturbances in their object relationships. Examples have been drawn from key moments over the past three years of therapy. The case of F is addressed from the theories on the borderline personality organization, as they appear in the works of the Austrian psychoanalyst Otto Kernberg, in the theory of thinking of Wilfred Bion and in the contributions of non-neurotic patients in the work of André Green. These theoretical contributions include both the constitutional perspective (the death drive and the innate aggression of the patient) and the environmental factor (the object relations)

#### Keywords:

*borderline personality organization, serious pathologies, early development, borderline personality disorder.*

---

#### Resumen:

En este artículo se investiga el trabajo en la clínica con una paciente de organización fronteriza. El psicoanálisis contemporáneo ha desarrollado teorías valiosas en torno a la comprensión de estos pacientes. Los analistas concuerdan que las patologías graves se originan en perturbaciones severas en el desarrollo temprano y en la relación diádica con la madre. Es muy útil una comprensión analítica para poder pensar a los pacientes no neuróticos (*transferencia-contratransferencia, acting out, labilidad del yo, defensas patológicas*, etc.). Propongo un abordaje mixto intrapsíquico-intersubjetivo para explorar el psiquismo de una paciente diagnosticada con Trastorno Límite de la Personalidad, así como para dar cuenta de las perturbaciones en sus relaciones de objeto; voy ejemplificando con momentos clave de las sesiones a lo largo de los tres años de análisis. Se aborda el caso de F desde las teorías sobre la organización fronteriza de la personalidad, así como aparecen detalladas en los trabajos del psicoanalista austriaco Otto Kernberg, en la teoría del pensamiento de Wilfred Bion y en las aportaciones sobre los pacientes no-neuróticos en la obra de André Green. En estas contribuciones teóricas, se incluyen tanto la perspectiva constitucional (la pulsión de muerte y la agresión innata de la analizante) como el factor ambiental (la vinculación objetal).

#### Palabras Clave:

*Organización fronteriza, patologías graves, desarrollo temprano, trastorno límite de la personalidad.*

*¡Señor!*

*La jaula se ha vuelto pájaro y se ha volado y mi corazón  
está loco porque aúlla a la muerte y sonrío detrás del  
viento a mis delirios.*

*¿Qué haré con el miedo?*

*¿Qué haré con el miedo...?*

*(Alejandra Pizarnik – El despertar).*

#### Introducción

Un tema de interés particular en el trabajo con los pacientes graves o no neuróticos, ha sido poder comprender el alcance que llega a tener el método psicoanalítico en este tipo de cuadros clínicos. Se han reconocido los límites de analizabilidad de estos pacientes mediante la técnica y el encuadre clásicos, y la elaboración de los conflictos psíquicos. Es importante recordar, que la teoría freudiana ha conocido un desarrollo alrededor de la dimensión intrapsíquica del

---

<sup>a</sup> Psicoterapeuta privado, <https://orcid.org/0000-0002-7212-7065>. Email: mariadora2004@yahoo.co.uk

conflicto entre la demanda pulsional sexual y la represión, el mecanismo de defensa neurótico por excelencia.

En el caso de los pacientes no neuróticos, es la dimensión intersubjetiva del conflicto la que toma el lugar protagónico en la comprensión del psiquismo humano; el análisis ambiental y la relación con el objeto es esencial para el desarrollo sano del bebé. Los pacientes graves suelen tener perturbaciones en el desarrollo temprano y en la relación diádica con la madre (Bleichmar, 2017). En este abordaje a través de las modificaciones técnicas, se puede cambiar el funcionamiento mental y favorecer la creación de nuevas estructuras.

Uno de los modelos actuales del psicoanálisis contemporáneo propone una articulación entre las dimensiones intrapsíquica-intersubjetiva, que nos resulta particularmente útil en el abordaje de un caso de neurosis que nos proponemos detallar en este artículo: *F* es una joven mujer alrededor de 32 años que llega a solicitar apoyo terapéutico desde el mes de noviembre de 2019; se ha tratado en consultorio de forma presencial frente a frente, así como de manera virtual en videoconferencias debido a las recientes restricciones sanitarias impuestas por la pandemia de Covid 19 y posteriormente, por el cambio de ciudad de residencia de la analizada durante el proceso terapéutico. La paciente que nos ocupa, es una mujer de complexión delgada, atlética, de cabello mediano, a veces se lo llega a peinar en dos pequeñas trenzas. Presenta verborrea, ansiedad, nerviosismo, es *reivindicativa* (reclama, pide o exige algo al que cree que tiene derecho), llora con facilidad y su tono de voz es más bien alto. *F*, es oriunda de una ciudad del norte de México, lleva casi tres años viviendo en la capital. Es soltera y suele compartir departamentos con *roomies*. Debido a los conflictos frecuentes con sus compañeros de casa, cambia seguido de residencia. Es una mujer inteligente, de carácter fuerte y dinámico; al hablar, se observa mucha tensión en su mandíbula, busca establecer permanentemente contacto visual y no tolera bien las pausas en el diálogo analítico. El proceso terapéutico ha estado plagado por frecuentes interrupciones y *ataques al encuadre*. Para un buen desarrollo del tratamiento, se espera que el paciente debe respetar los elementos que componen el encuadre (lugar, tiempo, frecuencia, honorarios, periodos vacacionales) tal y como los aceptó en el momento de establecerse el contrato analítico. A lo largo del proceso terapéutico, *F* creó múltiples situaciones que rompieron con el acuerdo inicial, con la finalidad de borrar límites y disrupir la asimetría en la relación paciente-terapeuta.

*F*, llegó a solicitar apoyo terapéutico ya que “*Todos los días hay algo que me hace llorar*”; “*No logro tener control sobre mi vida. No puedo iniciar o cumplir un proyecto. Cancelo, quedo mal. He tenido adicción al alcohol y a las drogas desde que tenía 18 años*”. Lleva

cuatro abortos, le cuesta relacionarse con los hombres, llegó a tener “*relaciones tóxicas*” en el pasado y encuentros sexuales pasajeros en todo momento. Sale también con mujeres, pero afirma que le gustan más los varones. En las sesiones, llora frecuentemente. Siempre “*se le van*” las personas de su vida, a pesar de no considerarse la “*peor persona del mundo*”.

Refirió haber tenido una fuerte crisis de ansiedad en el mes de abril de 2019; sentía “*que se iba a morir*”. Consumía alcohol y marihuana en el momento. Fue a un hospital psiquiátrico público, donde recibió el diagnóstico de Trastorno Límite de la Personalidad: TLP. Le administraron *Clonazepam* y consideraron hospitalizarla. Su papá llegó de otra ciudad del país y fueron a ver a otros dos psiquiatras en otro instituto especializado, y llegaron al mismo diagnóstico: TLP. Un mes antes de su crisis de ansiedad, refirió haber terminado “*una relación muy fea*”: *F* llegó a golpearlo varias veces y él también la agredió físicamente. Estos eventos se presentaban cuando ella estaba en un estado de ebriedad. Acostumbra pegarse y masturbarse al mismo tiempo, necesita golpearse para llegar al orgasmo.

A pesar de tener un sueldo propio, *F* no sabe administrarse adecuadamente, gasta de forma compulsiva y sigue necesitando del apoyo de sus padres para pagar sus tratamientos; sin embargo, señala que le gustaría independizarse y ya no necesitarlos. Ha llegado a cambiarse de casa tres veces durante el periodo del tratamiento, por las riñas mencionadas con los *roomies*. Las directoras de una escuela de educación básica donde *F* imparte clases de un idioma extranjero y de arte dramático conocen su condición y la han apoyado para seguir trabajando con ellas. *F* ama lo que hace, le encanta el teatro y relacionarse con los niños, particularmente con pequeños entre 3-5 años. Es una persona divertida y sabe comunicarse bien con sus alumnos; muchos la siguen y regresan a verla después de terminar el curso. Siente culpa por no poder ser más comprometida con su trabajo. No aprovechó ni participó en muchas certificaciones de su escuela. Piensa que una parte importante del dinero que gana se lo gasta en el alcohol. Toma cada fin de semana. Refiere haber probado a lo largo de su vida MDMA (*metilendioximetanfetamina* o *éxtasis* en su nombre comercial) cocaína, hongos. En el presente, tiene un consumo esporádico de cocaína, toma tragos de bebida con MDMA y a veces fuma marihuana en la noche. Necesita la droga para escapar, el sabor de la cerveza se le hace irresistible y al empezar a tomar, le cuesta tener un consumo moderado.

Se aborda el caso de *F* desde las teorías sobre la organización fronteriza de la personalidad, así como aparecen detalladas en los trabajos del psicoanalista austriaco Otto Kernberg (1980, 1975), en la teoría del

pensamiento de Wilfred Bion (1977) y en las valiosas aportaciones sobre los pacientes no-neuróticos en la obra de André Green (1972, 1986). En estas contribuciones teóricas, se incluyen tanto la perspectiva constitucional (la pulsión de muerte y la agresión innata de la analizante) como el factor ambiental (la vinculación objetal).

El concepto de *fronterizo*, es distinto a su comprensión en el campo de la psiquiatría *trastorno fronterizo de la personalidad o borderline*. En el concepto de Kernberg, la organización fronteriza es una organización patológica de la personalidad específica y estable, “una organización caracterológica crónica” (ni neurosis, ni psicosis) (Bleichmar Liberman, 2017) cuyas características consisten en constelaciones sintomáticas típicas, mecanismos de defensas patológicos (arcaicos) y causas específicas (alteraciones en las relaciones de objetos internalizadas) (Kernberg, 1975). En este sentido y siguiendo la línea de Kernberg, se busca pensar a la paciente desde los elementos que componen un diagnóstico estructural de naturaleza psicoanalítica que tomará en cuenta aparte de los síntomas, el grado de cohesión del Yo (su labilidad), los mecanismos de defensa del paciente, sus relaciones objetales y la integración del *Super Yo*.

Asimismo, Kernberg destaca la importancia de la *transferencia* en diferentes etapas del proceso terapéutico. Igual que los estados *yoicos* disociados, la transferencia también se va tornando entre positiva (la terapeuta idealizada como grandiosa, perfecta, buena) o negativa (la analista percibida como perseguidora, amenazante, violenta), detalles significativos que nos van alejando de un cuadro neurótico clásico, en donde la transferencia es más bien ambivalente.

En el caso de *F*, el encuadre analítico clásico se ha modificado para acoplarse a las necesidades de una paciente con un importante déficit simbólico. Por esta misma razón, la interpretación histórica se comprueba inadecuada en el tratamiento de esta paciente y como se verá en detalles más adelante, el esfuerzo analítico va girando alrededor de la importancia de construir significados, la formación de la capacidad de simbolizar, y la fomentación de la formación de las representaciones (Bleichmar, Leibermann, 1977). Para lograr tal objetivo, el terapeuta se encuentra en la posición de *prestar imaginativamente* la mente analítica al paciente con falla simbólica (Ortiz, 2011) con la intención de permitirle una posible identificación con una función creadora de sentido y pensamientos. En el caso de *F* se detectan dificultades constantes en el procesamiento de sus emociones, baja tolerancia a la frustración y evacuación frecuente y constante en el espacio analítico de sensaciones, sentimientos y emociones difusas e intolerables que van depositándose directamente a la figura analítica, que a veces se torna persecutoria. En el primer periodo del

tratamiento, el ataque al espacio analítico se configuraba a través de seguidas faltas, impuntualidades y cambios de horarios. Joel Zac (1977, pg 292), describe *el acting out* como “un ataque al encuadre analítico que se dirige contra las constantes del encuadre: espacio, teoría, función o persona real del analista”.

La función *continente* del analista se va convirtiendo en un elemento indispensable para lograr disminuir la intensidad de las angustias de la paciente, y a la vez, permitirle gradualmente relacionarse desde una modalidad simbólica más pertinente: “*Para dar un continente adecuado a la tarea terapéutica, el analista debe tratar de recibir lo proyectado o interpretar en forma no masiva*” (Zac, 1977, pg 296). El análisis de la contratransferencia en el proceso de supervisión de esta paciente ha comprobado ser un instrumento valioso para una comprensión más profunda de su desorganización interna. Entre los hallazgos *contratransferenciales* señalados en la supervisión de la analista, destacan una sensación general de desconfianza en el futuro del trabajo terapéutico conjunto, un fuerte contacto con emociones y ansiedades tempranas, abandono del espacio terapéutico y sueños de carácter *contratransferencial*.

Un concepto que nos apoya a lograr mayor comprensión de esa paciente, es el *concepto de identificación proyectiva* (Klein, 1946) que ha sido retomado posteriormente por W Bion (1977) para describir la parte psicótica de la personalidad que refiere a un estado mental, más que a un diagnóstico psiquiátrico.

La intolerancia a la frustración impide la capacidad de pensamiento (elaboración de conflictos psíquicos) en este tipo de pacientes y conduce a relaciones objetales precipitadas, prematuras y frágiles, así como a un odio violento a la realidad interna y externa, impulsos destructivos y sadismo exacerbado (Bion, 1977). Según este psicoanalista, todos los individuos tienen una parte neurótica, así como funcionamiento psicótico; *la identificación proyectiva* es un mecanismo de defensa que en su forma patológica facilita lanzar hacia afuera las partes intolerables de la personalidad para poder ser proyectados de forma violenta en un objeto (madre/analista/objeto del amor). La analizante se relaciona con el otro a través de esta proyección: el objeto externo queda identificado con la parte intolerable de la mente de la persona y se puede volver perseguidor. *F* tiene dificultades en tolerarse a sí misma, se suele sentir observada, juzgada por las personas que la rodean cuando se encuentra en un grupo, en una reunión familiar o de amigos. En muchas ocasiones, los impulsos agresivos y envidiosos de la paciente acentuaron la persecución y la culpa. De acuerdo a M Klein (1928), estos impulsos que dan cuenta de la agresión interna se

dan al inicio de la vida y están originalmente dirigidos al pecho que nutre y contra la pareja combinada de los *imágenes* paternos. El ataque sobre los *objetos buenos* provoca confusión y dificultades en la integración de los aspectos escindidos del objeto que es percibido como extremadamente malo o extremadamente bueno, pero nunca ambivalente en su naturaleza. Para ejemplificar esta situación, tomaré algunos de los sueños que la paciente trajo en la terapia. Valdría la pena especificar, que los sueños de *F* tienen un carácter abiertamente psicótico y terrorífico que dan cuenta del grado de persecución interna de la paciente; *F* refiere que sueña diario, mayormente sueños de angustia (pesadillas). En muchas, aparece su mamá; la paciente siente que la odia y quiere hacerla sentirse mal. Sueña con posesiones o presencias demoniacas.

**Sueño 1:** En uno de sus sueños recurrentes, *F* observa desde su casa un departamento en el tercer piso: sabe que allí vive una niña poseída que la persigue. Se encuentra a la niña fuera de su casa quien la ve de forma maligna, *F* sabe que la niña la quiere matar.

**Sueño 2:** “*Soñé con el pezón de una amiga (K), tenía pus, estaba infectado*”.

**Sueño 3:** La Navidad pasada, se fue al norte del país con su familia, regresó a CDMX con gastritis, tuvo pesadillas en donde recordaba que “*le gritaba a mi mamá, le odiaba y le insultaba. Llego a tener pesadillas seguidas con mi familia, o un sueño recurrente de una posesión, un tipo de presencia maligna, que toma posesión de mí*”.

Preguntándole por sus sueños, *F* se mantiene en una comprensión superficial, concreta, relacionada directamente con el enojo que siente con su mamá por no sentirse favorecida, privilegiada en sus afectos.

Así mismo, en repetidas ocasiones, siente envidia de sus compañeras, porque ella destaca como la “*inestable*” (cancela, llega tarde, padece de cistitis, no se levanta a tiempo para sus clases). Su jefa, *G* (una representación más en la fantasía de la paciente de la imagen materna perseguidora) lleva a cabo un comentario que le hace sentirse evidenciada como la más torpe, poco inteligente y mediocre entre sus compañeras de trabajo: “*Floriana, la niña más complicada del mundo*”.

Otro ángulo valioso para comprender a los pacientes graves, viene por parte del analista francés André Green (1972) a quien le debemos el concepto de *paciente no neurótico*. Gran parte de la premisa considera, que en situaciones muy tempranas no se pudieron formar representaciones (inscripciones en la mente), no hay huella mnémica alguna. La mente se va estructurando alrededor de este vacío en el pensamiento. El concepto de la *madre muerta* (Green, 1986) refiere a un momento importante para la construcción de la mente del bebé, donde la madre retira la investidura libidinal, posiblemente por un cuadro depresivo importante; la

madre no se va, está presente pero desconectada emocionalmente de su bebé. El concepto de la madre muerta nos ayuda a comprender una característica importante de la mente de los pacientes graves que se estructura a través de la falta. Una vertiente importante en el discurso de *F* es esta identificación inconsciente, un personaje-habitante permanente de su mente con la madre muerta: *Yo soy la que no tiene/yo soy ese que no es o no existe*. Desde sus primeras entrevistas, la analizante aseveró no tener una familia conflictiva, pero piensa que ella es “*aparte de ellos*” / “*yo soy la loca*”. Muchos de los recuerdos de su infancia hablan de una madre presente en lo concreto, pero ausente en lo emocional; una presencia del objeto amado vivida como ausencia y resentida como un abandono real. En las sesiones, *F* relata sus recuerdos sin dejar abierta una mínima posibilidad de re-elaboración (Freud, 1914), lo que lleva a una repetición compulsiva en su vida del trauma inicial del abandono afectivo, y eventualmente explica la disfuncionalidad en todos sus vínculos objétales. En su narrativa, *F* trae a la vida en la sesión a la niña aterrada, enojada, que se vivía constantemente sola en una casa demasiado grande, sin registro alguno de la presencia sostenedora de la madre.

## Método

El tratamiento de *F* se ha desarrollado por un periodo de tres años de forma intermitente en sus inicios, debido a los constantes ataques al encuadre analítico, y de forma más organizada y disciplinada en el año más reciente de tratamiento. Ha procurado mantener cierta constancia en su terapia, pero en ocasiones, la comunicación se vio sustituida por los *acting outs* internos y externos a la sesión: sin avisar, no se presentaba, invocando posteriormente como razón malestar por el consumo de alcohol y sustancias el fin de semana. Casi nunca ha llegado a respetar las fechas de pago y en más de una ocasión llegó a mandar mensajes perturbadores a mi celular.

**Tabla 1:** Características Generales del Paciente.

Sexo	F
Edad	35
Grado de escolaridad	Licenciatura Lingüística (truncada), Diplomados en actuación y pedagogía.
Estado civil	Soltera
Ocupación	Maestra de inglés para niños entre 3-15 años.
Ocupación padres	Comerciantes
Hermanos	H, mayor 5 años

Ingresos (en dólares/anuales)	8600
Estado de salud física	Padecimientos recurrentes de cistitis y gastritis; intervención estética.
Estado de salud mental	Desorganizado, TLP, depresión moderada a severa, situaciones de riesgo.
Uso de sustancias	Si (alcohol, MDMA, coca, hongos alucinógenos, marihuana).

Desde el inicio, la analizante habló de su dificultad de poder permanecer en relaciones satisfactorias de pareja, ya que siempre habían sido plagadas de pleitos y consumo de sustancias.

El enfoque de la atención psicológica se situó casi de inmediato en las *ansiedades de separación*, que la analizante trataba de descargar a través de incontables *pasajes al acto* o directo en el cuerpo desarrollando *padecimientos psicosomáticos* recurrentes (gastritis, cistitis), así como en esbozos de omnipotencia que alimentaban su deseo de situarse encima de la pérdida, vivida en sus inicios de forma maniaca. Al comienzo del tratamiento, *F* mantuvo una relación de seis meses con un estudiante de postgrado extranjero (*D*), pero las escenas de celos y consumo de alcohol, seguido por pleitos, llegaron a desgastar lentamente la relación. *F* sentía muchos celos con los amigos y *roomies* de su novio, se sentía observada y juzgada por ellos y no podía socializar mucho sin tener que recurrir a alcohol en exceso. Describe estos episodios como *fobia social*: “*Me siento observada y minimizada*”. A su novio le llegaba a reprochar que prefiere la compañía de sus amigos a la de ella y que no la amaba lo suficiente para tolerar sus estados emocionales desbordantes. Llegaron a romper varias veces, con la paciente iniciando casi siempre el pleito y cortándolo, hasta que *D* decidió ya no regresar con *F*. Comenta que anteriormente habían sido sus parejas quienes terminaban la relación con ella, pero que esta vez sería diferente: “*¡Por eso voy a ser yo quien tome la decisión!*”; en un acalorado pleito, la paciente insultó y echó de la casa a su pareja. “*Siento más enojo que tristeza*”; destacó de su relato el empoderamiento por haberse anticipado y ganado a *D* en su decisión. En la intervención realizada, procuré destacarle la falsa sensación de empoderamiento y destacar la vulnerabilidad que se esconde atrás de su acto expulsivo: “*Más que una decisión madura de terminar una relación, pareciera un acto de retaliación. Debe ser muy difícil vivir con una constante amenaza de abandono, de que la gente que más quieres se pueda alejar un día, o ya no vaya a ser parte de tu vida. Parece que el deseo de evadir el sufrimiento de un posible abandono es tan fuerte, que prefieres destruir una relación antes de intentar significar la pérdida*”. Mi intervención le molestó, “*Siento enojo contigo*” y en particular porque tuvo que darse cuenta que

lo que ella vive, es “*una situación más compleja, profunda [de lo que creía] y que no la termino de entender*”.

Con el fin de destramar la tensión que se generaba gradualmente alrededor de la figura terrorífica de la madre/analista, un abordaje común en la técnica ha sido la elaboración sistemática de la transferencia negativa, platicar sobre sus impulsos agresivos, poner en palabras emociones y ansiedades difusas, así como mostrar resiliencia frente a los ataques de la analizante tanto contra el pensamiento analítico como al espacio terapéutico.

En los días posteriores a la ruptura con su novio, *F* comentó sentir nostalgia por la pérdida de su última relación y mucha inquietud por tener que lidiar con un fracaso más en su vida amorosa: “*¡Otra relación que va a la basura por mi culpa!*”. Sin embargo, la culpa por haber destruido al objeto no es tolerable en esta etapa del proceso terapéutico, la paciente no está lista para lidiar con las consecuencias de su propia agresión interna y con el daño que le ha causado al objeto; en cambio, prefiere tapanlo todo desde una sensación de falso empoderamiento. Recurre a mecanismos omnipotentes para evitar el dolor y la responsabilidad psíquica: en la misma sesión, comentó que decidió abrir una cuenta en una aplicación de *dating* y a la vez, reconectar con un novio anterior. Los dos intentos se prueban decepcionantes, apresurados y caóticos y no logran el efecto deseado: calmar su bullicio interno. Pocos días después, ¡recibí en mi celular un mensaje en letras grandes “-HELP! -, pero mi respuesta que llegó un par de horas más tarde, quedó “en visto”. Se presentó a la sesión e ignoró por completo hablar de lo que había sucedido solamente unos días atrás con el mensaje de texto. Le comenté: “*Te sientes desesperada, te muestras en necesidad de recibir apoyo y sostén, pero cuando lo recibes, prefieres ignorarlo o dejarme en visto. Es igual a cuando te ilusionas con el amor y después quieres desalojar esta sensación tan incómoda de sentir la necesidad del otro*”.

En sesiones posteriores, *F* habló de sentimientos de vacío y desolación, sintió temor porque las drogas y el alcohol “ya no le hacen”, ya no le surten efecto. El consumo de alcohol y otras sustancias se comprende en esta paciente como una salida frente a una ansiedad temprana, el miedo al derrumbe al cual encuentra una solución omnipotente: proveerse ella misma lo que necesita, sin depender de otro. El consumo de sustancias es interconectado con la presencia de las ansiedades tempranas (fragmentación, derrumbamiento, aniquilación).

La paciente recurre seguido a la *idealización patológica*, fabrica un objeto idealizado para después devaluarlo. En un primer instante, comentó que el proceso terapéutico ha sido benéfico para poner ciertas

piezas en orden y comprenderse mejor desde una escucha analítica atenta y paciente. Aún más, F me pagó (por primera vez) sin atrasarse, pero canceló la siguiente sesión con la petición de “no quitarle su lugar, porque está interesada en seguir con su tratamiento”. Resurge la fantasía de abandono: “Quitarle el lugar” en la terapia es vivido como una amenaza que le genera ansiedad de desamparo, a raíz de un abandono imaginado que anticipa por parte de su analista; un abandono que trata de evitar a toda costa, siendo ella quien omnipotentemente abandone a su analista. El día siguiente, me envió otro mensaje con una foto de sus muñecas ensangrentadas por una cortada reciente con el mensaje “Mira que hice”. Fue imposible establecer comunicación con la paciente hasta dos semanas después, cuando me enteré que decidió de forma precipitada regresarse a vivir con sus padres en la ciudad donde radican y en ese momento es cuando retomamos las sesiones de forma virtual. Es importante en la clínica de los pacientes graves trabajar arduamente en la disminución y reversión del pasaje al acto con el fin de ayudarlos a hacer conexión con ellos mismos y evitar el *acting out* mayor que sería el abandono del proceso terapéutico.

Debido a las dificultades en la capacidad para mentalizar las experiencias emocionales, las *interpretaciones transferenciales* han sido el método más exitoso de intervención en el trabajo con esta paciente, en particular, el método de la *psicoterapia expresiva* de Kernberg (2001) que tiene como objetivo la construcción de metáforas y significados, la construcción de un aparato para pensar los pensamientos y una mayor comprensión emocional de los conflictos. Las interpretaciones transferenciales facilitaron el abordaje para tocar temas difícilmente accesibles para la paciente desde una intervención psicoanalítica clásica, como la incapacidad de poner en palabras sus emociones, los ataques y la dependencia del espacio analítico, así como la idealización seguida por la devaluación de sus objetos. En este modelo, las interpretaciones tienen que llevar al paciente a pensar. La clave del pensamiento es la tolerancia a la frustración, a la ausencia, a la incertidumbre, al dolor.

Algunos ejemplos de las interpretaciones transferenciales que se han dado durante las sesiones con F son los siguientes:

1) *Por un lado, has dicho que la terapia te sirve. Por el otro lado, te quieres librar. Cuando vienes a la sesión sales fortalecida, y cuando estás lejos, viene una sensación de olvido.*

2) *Cuando pagas a tiempo las sesiones, es cuando te alejas; es como si lo que acabaste de adquirir, no sirve y lo sueltas. Parece que cuando das algo (realizas el pago), después te alejas de forma misteriosa,*

*como si se tratara de una ruptura anunciada; invistes el dinero con expectativas y emociones para luego desinvertirlo.*

3) *Estás como la adolescente que se enoja con su mamá y se corta para después reclamarle: “Mira lo que me hiciste hacer”; prefieres cortarte y enviarme una foto de la evidencia, en lugar de hablar o llegar a la sesión; cómo si me quisieras decir: lo que tú me das no me sirve “Mira, aquí está tu terapia. Yo no puedo ser ayudada.”*

*Técnica.* Se ha tratado de establecer una continuidad en el proceso terapéutico, retomar cosas que la paciente ha dicho con anterioridad y darles sentido narrando, describiendo sus emociones y vinculándolas en la lógica. En un punto de la terapia, fue necesario replantear el encuadre, explicarle con tranquilidad la alianza terapéutica y transmitirle confianza en el proceso analítico.

Recuperando las teorías de W Bion (1977, 1977 a), reflexionamos sobre el papel que ocupa el analista en el tratamiento de los pacientes graves. Para esto, hay que regresar a las teorías del desarrollo temprano y la función continente de la madre que determina la construcción interna en el bebé de una barrera que permite el proceso secundario, el juicio de la realidad y la demora en la descarga (Abadi). Es esa misma capacidad de *revêrie* o *holding* (Winnicott, 1956) que ejerce el analista en el consultorio es la que pueda devolverle al paciente las identificaciones proyectivas de forma tolerable y gradualmente, enseñarle la importancia de hablar de los afectos y simbolizar las experiencias afectivas. *El bebé necesita una relación con la madre que desempeñe sus funciones maternas (escudo protector frente a la barrera de estímulos que llega del exterior (Freud, 1920, pg 29), pero que también pueda decodificar de manera sensible las comunicaciones de su bebé y su necesidad constante de estímulos.* (Mc Dougall, 1989 pg 42). Según Bion, la identificación proyectiva puede tener una vertiente comunicativa, que permite la contención de las ansiedades tempranas y les da sentido a las emociones a través de la función de *holding* del analista. Con F, se tiene que volver a los inicios y trabajar en la construcción de su psiquismo y cuestionar constantemente las fantasías de omnipotencia que la imposibilitan para cualquier tipo de aprendizaje con consecuencias devastadoras para su capacidad pensante.

## Resultados

Uno de los cambios importantes en curso en la terapia con *F*, ha sido poder suavizar paulatinamente la figura de la madre persecutoria, abandonadora en la fantasía inconsciente. En el tercer año de la terapia, *F* puede pensar a su madre como a una persona diferente a ella con sus propios conflictos y emociones:

*“¿Cómo viví de bebé? ¿Qué me pasó para que mi mente se conformara de esta forma? [En mi pasado], No hay un evento súper fatal, afortunadamente. El vínculo me afectó, congestionó, de lo que yo sentía de niña en referencia a lo vivido por mi mamá. Durante el embarazo conmigo, ella estaba sola, mi papá estaba trabajando todo el día. ¿Mi mamá no se habrá sentido sola durante todo este tiempo? Mi mamá es aprehensiva, preocupada, nerviosa”.*

En otra sesión, *F* lloró mucho: *“Me di cuenta que mi mamá es muy incondicional conmigo. Me deja comida cuando estoy trabajando... no quiero preocuparle, sé que es muy aprehensiva”.* A pesar de lograr concebir a su mamá de una forma más integral, los cambios en la paciente han sido lentos y por lo general, coexisten con esa misma fuerte demanda de conseguir una atención exclusiva por parte del objeto primario: *“Mi familia no me termina de aceptar, siempre hay algo. Mi mamá me visitó (en su nuevo departamento), tocando las cosas con pinzas como si fuera mugrero. Tiene que estar todo limpio cuando ella venga. Mi mamá se queda con mi hermano, pero conmigo no...”.* En la misma sesión, aparecen las dos imágenes de la madre: la incondicional, pero a la vez fría y que no responde a todas sus necesidades emocionales.

*F* ha empezado a estar menos reactiva frente al apoyo y sostén que se le ha dado en la terapia, falta raras veces y anuncia con anticipación cuando no puede tomar su sesión: *“A veces pienso en poder dejar la terapia, pero aquí me siento más contenida. Después de muchas sesiones, he podido repensar cosas de mí de manera más amigable...”.*

Así mismo, los pasajes al acto han sido menos frecuentes, aunque siguen siendo un recurso que la paciente tiene para darle salida a los conflictos.

Ha expresado: *“Ha sido todo un reto aprender a navegar por la incertidumbre y por las tormentas de mis fantasmas infantiles...”.*

## Discusión y Conclusión

En el caso de *F*, uno de los retos más significantes, ha sido generar un espacio de pensamiento para una paciente que se advocaba constantemente a destruirlo.

Por ende, el trabajo que se ha realizado con la analizante se enfocó en construir a nivel climático/ambiental durante las sesiones las condiciones necesarias de contención, empatía, constancia para permitirle gradualmente introyectar o tomar prestada la función pensante de su analista con el fin de permitirle la transición de un modo de funcionamiento de proceso primario, a otro de proceso secundario. Más allá del objetivo de hacer conciente el inconsciente mediante la elaboración de los conflictos psíquicos por medio de la asociación libre, en el caso de *F*, partimos desde una etapa anterior que ha consistido en apoyarle a crear representaciones psíquicas y establecer nexos en un mundo de significados. Al integrar gradualmente la función pensante en su psiquismo, así como la capacidad de comunicar y elaborar los conflictos psíquicos durante las sesiones, lleva a *F* a disminuir paulatinamente la recurrencia a los pasajes al acto, al abuso de tóxicos y alcohol, así como a la descarga psicósomática. Sin embargo, en múltiples ocasiones, los pequeños logros que se conseguían durante el proceso terapéutico se mostraban frágiles o difíciles de sostener. Las ansiedades severas de la analizante (en gran parte de abandono/vacío e intrusión) impactaban en la relación transferencial a todo momento, haciendo que el objeto/analista se percibiera en consecuencia como abandonador o perseguidor. Para mitigar este efecto en la relación transferencial, la respuesta analítica fue ofrecer a la paciente un espacio continente de confianza básica que le permitiera captar sus ansiedades y devolverlas en una forma más tolerable. Este lado materno de la transferencia permite la elaboración simbólica; sin embargo, habrá que dar igual importancia a la “cara” paterna de la transferencia (Edwards, 2015 pg 50). Esto se establece al definir límites claros, por ejemplo, establecer desde un inicio un *setting* analítico “sostenido con firmeza y claridad para intentar bloquear los *actings* del paciente, elaborar de forma sistemática la transferencia negativa tanto en el análisis como en la vida del paciente, la confrontación del paciente con sus defensas patológicas y el señalamiento de como dichas defensas fragilizan al yo y disminuyen su prueba de realidad” (Edwards, 2015, pg 50).

Freud (1905) restringió el campo de aplicación del psicoanálisis mayormente a las formas de histeria y neurosis obsesiva. Hoy en día, los analistas han explorado clínicamente y enriquecido los conceptos analíticos para poder ajustarse a la comprensión de “otras formas de sufrimiento que no se enmarcan nitidamente en la neurosis” (Guida, 2014, pg 276). Las perturbaciones severas en el desarrollo temprano, así como la relación diádica con la madre, marcan la comprensión teórica de este perfil de paciente. A raíz de esta comprensión, se han propuesto modificaciones de la técnica clásica para tratar las patologías severas no-neuróticas. Sin embargo,

hay que considerar los alcances del método psicoanalítico y los límites de analizabilidad en el campo de los pacientes fronterizos, así como la necesidad de tener un abordaje interdisciplinario para llevar a cabo tan ambiciosa tarea.

#### Bibliografía:

- Bion, W.R. & Abadi, S. (2014) *Una teoría del pensamiento WR Bion*, recuperado en <http://teoriaspsicologicas2pilar.files.wordpress.com>
- Bion, W.R. (1977), *Volviendo a pensar*, Capítulo 5: "Diferenciación de las personalidades psicóticas y no psicóticas", Buenos Aires: Hormé
- Bion, W.R. (1977), *Volviendo a pensar*, Capítulo 8: "Ataques al vínculo", Buenos Aires: Hormé
- Bleichmar, N y Leiberman B. (1977), *El psicoanálisis después de Freud, Teoría y clínica*. México: Paidós
- Edwards M. (2015), *Los sujetos fronterizos: ¿estructura o estado?*, En *El paciente límite y su locura privada*, Barcelona: Gradiva
- Feldman M. (1992), *Conferencias clínicas sobre Klein y Bion*, Cap 6: "La escisión y la identificación proyectiva", Barcelona: Paidós
- Freud S. (1905), *Sobre psicoterapia*, Obras completas, Vol VII, Buenos Aires: Amorrortu editores
- James S. & Freud A. (1914), *Recordar, repetir y reelaborar (nuevos consejos sobre la técnica analítica, II)*, Buenos Aires: Amorrortu editores
- James S. & Freud A. (1920), *Más allá del principio del placer*, en Obras Completas, Vol XVIII, Buenos Aires: Amorrortu editores
- Green A. (1972), *De locuras privadas*, Capítulo 3: "El concepto de fronterizo", Buenos Aires: Amorrortu editores
- Green A. (1986), *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte, La madre muerta*, Buenos Aires: Amorrortu editores
- Guida, H (2014) *Límites difusos*, En *El paciente límite y su locura privada*, Barcelona: Gradiva
- Kernberg, O. (1980), *Internal world and External Reality, Object Relations theory applied*, Nueva York: Jason Aranson
- Greenberg J & Mitchell S. *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*, Nueva York: Jason Aranson
- Kernberg O. (1975), *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*, Buenos Aires: Paidós
- Kernberg O. (1992) *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*, México: Paidós
- Kernberg O. (2001), *Psicoanálisis, psicoterapia psicoanalítica y psicoterapia de fortalecimiento: controversias contemporáneas*, recuperado en <https://www.picoanalisisapdeba.org/wp-content/uploads/2019/03/012001kernberg.pdf>
- Klein M. (1924), *Estadios tempranos del conflicto edípico*, en Obras Completas, Tomo1, Cap, México: Paidós
- Melanie K. (1946), *Notas sobre algunos mecanismos esquizoides*, en Obras Completas, Tomo 3, Cap 1, Barcelona: Paidós
- Leiberman C y Bleichamar, N. (2013), *Sobre el psicoanálisis contemporáneo*, Capítulo 2: "Atención terapéutica en pacientes graves", México: Paidós
- Dougall J. (1989), *Theaters of the body*, Nueva York: WW Norton&compay
- Ortiz, E (2011), *La mente en desarrollo. Reflexiones clínicas sobre clínica psicoanalítica*, Capítulo: "Clínica de los trastornos graves", Ciudad de México: Paidós
- Segal H (1964), *Introducción a la obra de Melanie Klein*, Cap 3: *Envidia*, México: Paidós
- Winnicott D. (1945), *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Cap 14: *Preocupación maternal primaria*, México: Paidós
- Zac, J. (1977), *Aspectos de un paciente con modalidades de acting out* En "Prácticas psicoanalíticas comparadas en las neurosis" León Grinberg (Comp.), Buenos Aires: Paidós