

BORDERLINES Y SALUD MENTAL.



INDEPSI

La aparición en la consulta psiquiátrica o psicológica de cada vez un número mayor de sujetos a los que cabe el diagnóstico de limítrofes, fronterizos o borderlines, plantea a los psicoterapeutas, y en general a los dispensadores de la Salud Mental, una situación de aguda demanda, tanto en lo que hace a la efectividad de los recursos terapéuticos como, por otra parte, a la racionalidad y validez de las teorías que justifican los diversos cursos de acción en la búsqueda de una posibilidad de cambios.

Como sea que se describan estos cuadros, que desafían el concepto mismo de cuadro, no puede dejar de verse en ellos la presencia incoercible del sufrimiento psicológico como rasgo característico de la situación del sujeto que se nos pone delante. Angustia de desintegración; fragmentación o disociación del yo o de la identidad; mecanismos de defensa primitivos: proyección, idealización; compromiso del juicio de realidad-. superyó arcaico; etc. Términos que de alguna manera, por otra parte, están dando cuenta de nuestra comprensión o incomprensión del fenómeno en cuestión. El que se pueda, asimismo, hablar de personalidad limítrofe en el borde neurótico o en el borde psicótico, neurosis esquizomorfa, esquizofrenia pseudoneurótica -sin pretender hacer una enumeración exhaustiva-, denuncian que es el discurso mismo de las disciplinas de la salud mental el que también sufre aquí una suerte parecida a la del objeto de sus afanes.

La angustiada pregunta: “¿No me estaré volviendo loco...?”. Una manera muy específica en que el paciente nos hace una demanda por nuestro saber, puesto que en esa pregunta, o en alguna de sus variantes, se canaliza en gran medida la necesidad de que un otro ponga límites y orden en un imaginario que gira “locamente” entre la experiencia de la exaltación mística y el horror de la abyección. Un sujeto que va sufriendo las mutaciones que el juego de las imágenes le van imponiendo. Puesto que es en el registro de lo imaginario, donde lo que pareciera crujir y rechinar es el cuerpo del paciente, que la organización de las fuerzas de las imágenes trabajosamente dan lugar al proceso identificatorio.

La serie de adjetivaciones con que el paciente intenta obtener de nosotros que su profusión de palabras le sea compensada siéndole devuelta una imagen en la que, aunque sea por momentos, pueda gozar narcisísticamente del tenerse presente. Aun cuando ello le cueste la posibilidad de su estar presente. El sentimiento de estar mentalmente triturado, de sentir que el “yo” se encuentra pulverizado, la vivencia de ser una cosa abyecta e innombrable, son con frecuencia las imágenes con que el sujeto borderline nos da cuenta, cuando logra superar el pudor, de los avatares de su yo.

Es ante la urgencia de mitigar ese sufrimiento que el agente de salud mental debe hacer un esfuerzo por crear un espacio a la reflexión y la elaboración teórica en tomo a la tarea que se propone. Detención, pausa reflexiva: precisamente y paradójicamente allí donde haciéndose sentir el dolor la urgencia nos lo niega.

La relación con el borderline parece así un campo especialmente roturado para sembrar y cosechar los complicados frutos de la transferencia y la contratransferencia. De este modo, con la mayor frecuencia es que el terapeuta se ve comprometido a perpetuidad en la situación de servir ortopédicamente al paciente, supliendo y sosteniendo de los más diversos modos las partes fragmentarias de su mundo mental. Cuando no, nos encontramos con la situación de que, siendo precisamente en estos pacientes donde el terapeuta puede más fácilmente encontrar un lugar para sus afanes salvacionistas y mesiánicos o, más simplemente, a la puesta en acto de las demandas de su propio imaginario, es el paciente, entonces, el que se encuentra sirviendo a las necesidades narcisísticas del terapeuta.

Es en esta circunstancia de la relación terapéutica en la que el síntoma no es lo que se nos ofrece en primer plano, aunque a veces lo parezca tan simplemente al trabajo de la interpretación o, en su defecto, la modificación conductual directa -puesto que, incluso, puede encontrarse, no pocas veces, que el sujeto sufre asintomáticamente, y lo que tenemos delante es simple y llanamente la “queja”, donde más evidente se hace la pobreza de los recursos y más urgente aparece entonces la elaboración o descubrimiento de tales posibilidades.

En la situación terapéutica con el paciente borderline, el terapeuta se encuentra con la insuficiencia de los recursos con que usualmente cuenta en sus trabajos con los pacientes más típicamente “neuróticos”; por otra parte, es la situación en que más clara se nos hace la violencia que implican los tratamientos que son usuales allí donde el diagnóstico apunta menos dudosamente a la psicosis. En cualquiera de los dos casos, lo peculiar del sujeto borderline queda, las más de las veces, sin haber sido comprendido ni abordado eficientemente.

Volver a Artículos Clínicos

Volver a Newsletter 5

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.