

CORRELATO AL TRABAJO DE FRANCO BORGOGNO.



**Revista de Psicoanálisis Julio 2005 - N° 20.
Carlos D. Nemirovsky¹**

Habré de considerar algunas de las hipótesis que subyacen a este excelente trabajo clínico, particularmente interesante por la capacidad del profesor Borgogno de abreviar en diferentes perspectivas teóricas, tomando aquello que le resulta útil para pensar su clínica.

El autor, que no deja de tener en cuenta a Bion, jerarquiza, como en muchos trabajos de la actualidad, a Ferenczi y a Winnicott. Conoce muy bien a estos pensadores, pero no se instala en ellos: arranca de alguno de sus postulados, para ir recorriendo un camino original, acercándose a las propuestas del psicoanálisis intersubjetivo contemporáneo.

Algunas teorías del desarrollo -y por consiguiente de la enfermedad- se encuentran implícitas ya en el título del trabajo: allí nos dice que se referirá a pacientes esquizoides que no han llegado a ser y que han sido privados emocionalmente en su infancia, conceptos que implican un diagnóstico etiológico, subrayando luego, la importancia de la respuesta afectiva del analista, jerarquización que hace a una particular manera de ver la práctica.

Borgogno subraya fundamentalmente “el rol...de la respuesta emocional no consciente del analista para recuperar niveles del desarrollo psíquico antes nunca alcanzados”. Destaca, además, que el instrumento de captación del analista, es especialmente, su experiencia subjetiva. Dice: “Él debe vivenciar, pensar, soñar, inclusive actuar el dolor mental de la paciente para ayudarlo a elaborar traumas tempranos que llevaron a la detención del desarrollo”.

Seleccionaré, para comentar, dos aspectos medulares, que hacen de este importante trabajo:

- - Conceptos alrededor de lo que concebimos como la Patología del Déficit.
- - El rol de analista respecto a este tipo de pacientes. El encuadre.

LA PATOLOGÍA DEL DÉFICIT. SU RELACIÓN CON LO TRAUMÁTICO

Déficit implica fallas intrasistémicas que resultan en una estructura defectuosa del self, que se asemeja a un calidoscopio configurado por múltiples escisiones y cuyas consecuencias clínicas son conocidas: difusión de identidad, falta de constancia objetal, trastornos en la autoestima y en la regulación de la ansiedad, y especialmente en los esquizoides: la disminución de la vitalidad y del reconocimiento del deseo, aspectos, ambos, de la alexitimia. Los pacientes que llamaremos” deficitarios” nos impresionan como autómatas o muertos en vida. Su problemática suele ser bipersonal y no triangular, y enfrentados a una situación de duelo, se fragmentan o se derrumban.

Suelen expresarse con una monotonía discursiva y no es extraño que produzcan irritación o aburrimiento, cuando no son víctima de arrebatos pasionales temporarios. La clínica en estos cuadros, como el de la paciente M., se impregna de angustia de fragmentación, que ella relata transmitiendo su terror por dejar de ser, por desaparecer, sin previa señal.

¹*.- Miembro Titular de la Asociación Psicoanalítica de Buenos Aires. Virrey Loreto 1799, p. 3 (1426) Argentina. Correo Web: cnemirovsky@janssen.com.ar

Déficit implica poner en juego una serie de mecanismos conducentes al sobrevivir, prioritario respecto al placer. La sexualidad pasa a ser secundaria, a presentarse como una herramienta defensiva. Esto hace que Joyce McDougall (1982) diga que en ellos... “Narciso desempeña un papel más importante que el Edipo; la supervivencia ocupa un lugar más fundamental que el conflicto edípico, hasta el punto que para algunos, la problemática del deseo incluso puede aparecer como un lujo.”

Las estructuras psíquicas deficitarias suelen estar acompañadas y combinadas, con aspectos derivados del conflicto psíquico, nos llevan siempre a plantearnos hipótesis diversas respecto a aquello que ha generado esta particular organización psíquica.

Aquellas motivaciones que llevan a una formación deficitaria del psiquismo, como hoy podemos entenderlas, son excéntricas respecto del deseo freudiano y basadas en las necesidades narcisísticas, en el sobrevivir, en el apego, en las vicisitudes del vínculo intersubjetivo, en el trauma real (deberíamos, sin duda, repensar “la neurótica” que Freud deja a partir del concepto de fantasía)

Recordemos que Freud en 1900, trataba de afirmar sus teorías acerca del inconsciente afirmando que: “Solo un deseo y ninguna otra cosa es capaz de poner en movimiento el aparato”.

No cabe ya una afirmación tan acotada. En nuestros días, conocemos bastante más de las situaciones traumáticas tempranas consecuencia de la prematuración desamparada, (no aquellas profundas, posteriores a la estructuración inconsciente) sino tempranas, originadas en fallas en las acciones específicas medioambientales a las necesidades del bebé. Podríamos, sin temor a equivocarnos, equiparar esas necesidades –no derivadas de la pulsión sexual- a las pulsiones de autoconservación freudianas.

Lo temprano no es parte del self, aunque sí de la historia del sujeto: los primeros momentos de la vida requieren un medio que debe brindar sostén, contactar y ser manipulado por los objetos de su universo. Lo más profundo, se va instalando gradualmente como contenido del self. Si en el ambiente inmediato al nacimiento, hubo fallas generadoras de situaciones traumáticas, aparecerán luego, en el contexto de un análisis, como “Transferencias de necesidad” y no de deseo, quedando a menudo resueltas por el encuadre y por los aspectos para interpretativos de la actividad del analista (su presencia, tono y timbre de su voz, sus acciones). Aquello que resulta más profundo irá apareciendo si posibilitamos la resolución a través del desarrollo de lo tempranamente fallido. (Nemirovsky, 1999)

Este caso, M., con la que el Dr. Borgogno ilustra la presentación, resulta especialmente interesante ya que nos permite diferenciar las problemáticas derivadas del déficit de estructuración psíquica, inmadurez o detención del desarrollo... de aquellas estructuras más evolucionadas cuyas manifestaciones derivan del conflicto psíquico que tienen en el C. de Edipo su paradigma.

Los aspectos más tempranos de este material clínico y el tratamiento durante la sesión, evocan lo propuesto por los intersubjetivistas Stolorow y Atwood (1992) con respecto a situaciones traumáticas, generadas por las tempranas interacciones, fallidas, entre el bebé y sus objetos necesitados (mala sintonía empática, explotación emocional) es decir, por falta de un contexto intersubjetivo modulador, contenedor.

Desde esta perspectiva, los trastornos tempranos, de potencial carácter traumático, no lo son “per se”, sólo resultarán enfermantes si el medio no tiene capacidad de respuesta, entonces no podrán transformarse en experiencia. Si el ambiente no provee lo necesario para validar el dolor de lo vivido a través del holding, la empatía y la asunción de la situación deficitaria del infans, el bebé carecerá de una adecuada regulación afectiva, y su self incipiente caerá en la desorganización, la desintegración. “En el análisis, la experiencia de vacío solamente adquiere sentido si el analista está preparado para aceptar la dependencia del paciente en la transferencia, allí será reconocido por primera vez” (Geets, 1993). El concepto “respuesta o responsividad óptima” fue trabajado por Howard Bacal y desarrollado por éste autor y Newman, K. (1990), para referirse a las respuestas necesarias para la creación de la situación terapéutica, en respuesta a los obstáculos que impidieron un desarrollo psíquico más complejo. Esta concepción, es especialmente útil en el desarrollo del par transferencia-contratransferencia durante el análisis de los pacientes deficitarios, como podemos apreciar en el caso de Borgogno.

EL ROL DEL ANALISTA. EL ENCUADRE

Esquemáticamente, Winnicott lo ha dicho muchas veces, podemos hablar de dos tipos de personas: 1-a las que el medio ambiente les ha provisto de objetos suficientes para con el tiempo vayan logrando su propia individualidad y 2- las que han sufrido experiencias traumáticas debido a haber sido dejadas caer, por el medio hostil por ausencia o intrusivo por exceso”.

Las personas del primer tipo tuvieron un contexto de cuidado infantil suficiente, y podrán desarrollar un nivel neurótico de patología. Pero, los que han tenido un déficit en el cuidado infantil, tenderán a sufrir derrumbes, psicosis, pánico, cuadros fronterizos o esquizoideas, como la paciente que ilustra el trabajo.

Frente a los pacientes complejos, ¿qué hacer? ¿qué hacemos en nuestras prácticas?

Hay un amplio consenso, entre los analistas, respecto a la actitud y a la disposición del analista como importantes herramientas. Y para ser más específicos, destacaremos:

- el esperar, contener, aguantar, reflejar, comprender a nuestro paciente, así como confirmar su existencia y la presencia de sus sentimientos, admitiendo lo manifiesto y estableciendo secuencias temporales. (En un segundo paso, presentaremos alguna de estas secuencias al examen, recién cuando el paciente pueda hacerse cargo.

La *vía del levare* no resulta posible cuando estamos abordando los aspectos deficitarios de la estructura: no hay nada que develar, no hay nada latente en los sectores deficitarios de la personalidad. Al decir de Meltzer (1974): “Ellos se caen en pedazos ocasionalmente, y uno debe ser muy paciente con ellos, uno debe ser paciente particularmente con los problemas contratransferenciales que tienen que ver con ser capaz de contener al paciente. Por ejemplo, yo creo que la manifestación principal de esto a que aludo es la habilidad de preocuparse por el paciente, que esta parece ser gente que necesita que uno se preocupe por ellos. [...] Así que sentimos que estamos aprendiendo algunas lecciones técnicas que tienen que ver con ser continent[...]. [...] Ante todo ellos tienen que desarrollar un objeto interno que pueda sostener algo, que no tenga una pérdida y que son muy lentos para desarrollarlo [...]. [...] Así es que con estas con estas pérdidas uno simplemente debe esperar que algo se acumule, no se puede cavar para rellenar el agujero”.

Acordando con Meltzer, debemos disponernos a crear una atmósfera para que el paciente pueda crear sentidos, crear nuevos significados en nuestra presencia. Si no lo hacemos y tratamos de interpretar (forzosamente) no haremos más que producir reacciones.

Cuando nos encontramos con estos sectores de la personalidad del paciente, no hablaremos de re-edición de la ya vivido, como en los sectores neuróticos del psiquismo. El paciente podrá, a partir de nuestra disposición continente, intentar editar aquello que aún no ha ocurrido en su vida, para hacerlo parte de su psiquismo a partir de su experiencia analítica. (Nemirovsky, op. citada)

El profesional (al encontrarse con estos sectores no conflictivos sino deficitarios de la personalidad, cumple numerosas funciones, (se lo proponga conscientemente o no) tales como:

Admitir y sostener el vínculo propuesto por el paciente. (Por ej. Soportar la idealización hasta que caiga, “aguantar” la regresión a la dependencia sin demandarle una prematura y nuevamente traumática pseudoindpendencia. Esperar, interviniendo sólo para aclarar, para secuenciar el material...)

El analista debe tener presente que los aspectos deficitarios del paciente, se desarrollan en el terreno de los signos y no de las metáforas, de lo concreto y no de lo conceptual.

Los sueños de M. son fragmentos, al estilo de los “shorts” de Fairbairn, constituidos por fragmentos de su historia pasada y actual. No expresan deseos infantiles como en una neurosis.

Debemos aguantar nuestra propia locura, soportar la incomunicación, sobrevivir a la afectividad que se genera en el campo deficitario que estamos atravesando con estos pacientes...

Contenernos, si no podemos comprender: confiar en las teorías que tenemos incorporadas (no ir a buscarlas para tratar de rellenar lo que no sabemos) Es mejor esperar que saber. Ser paciente y no intentar ser penetrante.

Green señala reiteradamente que el lugar de la histeria de ayer, la ocupa hoy el borderline. Si hay cambios en la patología, los habrá también en nuestra manera de manera de oír, de comprender y especialmente de ser.

En las zonas deficitarias del psiquismo, nos encontramos lejos del relato y de la historia armónica de un neurótico. Estamos casi ciegos: solo podemos confiar en nuestra persona, en nuestra espontaneidad y en nuestras acciones...y siempre se nos plantea esta pregunta ¿cómo ser espontáneos sin ser disruptivos... como dejarnos invadir por nuestra espontaneidad sin confundirnos?

Respecto al encuadre: cuando nos encontramos en el terreno deficitario, no son centrales los aspectos cuantitativos del encuadre (cuántas veces por semana o cuánto tiempo) ...La cantidad queda supeditada a la respuesta necesaria para el mantenimiento de la relación terapéutica. La cuestión prioritaria es el evitar perder el contacto con el paciente... nos debemos al paciente, y al vínculo que podamos establecer y mantener. No debemos adaptarnos nosotros a determinado método ni tratar de meter a la fuerza el paciente dentro de un esquema.

El encuadre estable, concebido de la manera planteada, adquiere enorme importancia terapéutica, particulariza la relación y protege a ambos miembros. Pero esta estabilidad no es consecuencia de establecer parámetros formales rígidos, sino que es sinónimo de la confiabilidad y de las respuestas afectivas del analista en cada caso.

Aquello que depende de la cantidad (tiempo, espacio, honorarios etc.) es modificable, incluso, puede modificarse (mientras la confiabilidad permanezca) sin afectar la tarea analítica. Esta situación la comprobamos a menudo, cuando algunos pacientes son poco afectados por una mudanza del consultorio -un cambio en los honorarios o cambios de hora a pedido del analista- por sentirse contenidos en la relación confiablemente estable, con el analista.

La objetividad ilusoria, que se obtendría a través de la fijación de ciertas variables del encuadre, queda aquí, relegada. Si hay una disrupción consecuente a una modificación del encuadre, derivará de los cambios en la continencia experimentada por el paciente (entendiendo que la función de continencia del analista, no se manifiesta solamente por la presencia del encuadre instituido). Justamente, el marco se establece, mantiene y respeta, con la finalidad de posibilitar la confianza del paciente en el método y en el profesional que lo implementa.

Gracias a esta confiabilidad, el encuadre no resulta una cáscara vacía. La actitud analítica estará al servicio de la acción específica, si se adecua a las necesidades y no a los deseos (sexuales) del paciente. Esta actitud no depende del “saber” o de la “inteligencia” del analista: seguramente los analistas más tenidos en cuenta por pacientes y colegas serán aquellos con capacidad para conservar calma, con posibilidad de “empatizar” con el consultante, con disponibilidad para poner en marcha en el paciente un sistema reflexivo, con posibilidades de vehicular mensajes de reconocimiento, aseguramiento afectivo, reflejo, sostén y atención, tanto más significativos cuanto más temprano es el momento regresivo con el que nos encontramos.

Agreguemos también las situaciones que se nos imponen trabajando con pacientes borderlines o esquizoides graves, especialmente cuando somos inexistentes para ellos o cuando estamos en el rol que muchos de ellos estuvieron en su infancia, como M., incapacitados de vivir y de operar, paralizados. Allí a veces encontramos el rombo que halló Borgogno, pero otras veces fantaseamos con insistencia, y que a veces concretamos, de llamar a la familia, a su pareja o a su médico clínico, para proponer algún especial cuidado o advertir alguna situación riesgosa del paciente. Recordemos la sensación de incertidumbre que nos queda al final de la última (¡a veces la única!) sesión de la semana o previamente a las vacaciones, que nos hace solicitarle al paciente que se comunique con nosotros, o con otro colega, telefónicamente o por mail. Consideremos los momentos que nos acompaña la fantasía de medicarlo o aun cuando lo proponemos, especialmente si nos separamos de él por un tiempo. Podríamos enumerar más situaciones, que tienen por finalidad el intentar ampliar la contención que brindamos como analistas. Y no sólo la contención: a veces buscamos de esta forma nuestra única posibilidad de accionar.

Es privilegiado que un paciente se pueda encontrar en el tratamiento con la posibilidad de vivir lo nunca vivido, de encontrarse con su agujero, de editar lo que no fue, de reconocer lo negativo: “me siento más auténtica por lo que no tengo que por lo que creo que soy “...decía una paciente.

Winnicott planteaba que: “La enfermedad psicótica está relacionada con el fracaso ambiental en una fase precoz del desarrollo emocional del individuo...y solamente puede ser aliviada por una provisión ambiental especializada e interrelacionada con la regresión del paciente...allí será fundamental la provisión de un

marco generador de confianza”.

En pacientes como M. son las necesidades tempranas prioritarias las que se ponen en juego y que debemos diferenciar claramente del accionar instintivo, la prioridad es la necesidad y no el deseo.

Estas necesidades evolutivas son propias de cada individuo, aunque recorren un circuito universal: ser adivinado por la madre, ser sostenido “desde abajo” luego del nacimiento, reflejarse en sus ojos para construir su ser. Estas situaciones, tan tempranas, en el vínculo terapéutico, salen de su congelamiento y se ponen en marcha, pero si y solo si, la pareja terapéutica es apta para ello. Veamos cómo el autor, con extraordinaria claridad, nos transmite las necesidades elementales de la paciente M.²

“Sería agradable, -decía Winnicott en 1955- poder aceptar en análisis solamente a aquellos pacientes cuyas madres, al comienzo y durante los primeros meses de vida, hubiesen sido capaces de aportar condiciones suficientemente buenas”.

Y estas características suficientemente buenas, y que responden a estas necesidades son, según lo entiendo: que esté presente, preocupada, sea sensible, aguantadora, que sea resiliente, vulnerable, que sepa odiar, que quiera ser comida por su bebé, y finalmente, que sobreviva a sus ataques.

Quizá la idea que más se acerca a estas características sería, en nuestra clínica: que el analista pueda aguantar la locura (Rickman decía que “psicótico es quien ha fracasado en encontrar quien lo aguante”, definiendo así a la psicosis... por la falta de capacidad de encontrar a otro... que pueda satisfacer sus necesidades).

Decíamos que durante la experiencia analítica podrían editarse una secuencia de situaciones que no habían sido registradas en la infancia, ya que no había sustrato yoico para hacerlo. Esta modalidad transferencial, que llamamos transferencia de necesidad, no se reedita automáticamente, sino que requiere de la actitud empática del analista para editarse y desplegarse. No se trata de re-impresiones, las necesidades existen en un espacio potencial, a la espera de un objeto, que les permitirá nacer, siempre que realice las correspondientes acciones específicas. Para que se posibilite esa edición será necesario que el medio aporte los elementos apropiados (...): reflejar, dar coherencia, significar y discriminar la emoción, comprender la secuencia del material manifiesto. Sólo si el analista aporta un marco confiable, creando un medio-ambiente adecuado y presentándose disponible para el paciente, éste podrá -ahora sí- intentar confiar en él.

Solamente en el encuentro con otro ser humano podremos poner en marcha la edición. Nacemos con disposición para confiar -por otro lado, no tenemos otra posibilidad- y recién a partir de adueñarnos de experiencias que nos informan acerca de aquello que nosotros somos capaces de hacerle a otros, empezamos a vivir en el polo opuesto de la responsabilidad y de la intencionalidad... que vamos desarrollando tardíamente.

¿Qué estamos descubriendo? ¿Qué no ha sido dicho antes?

¿Estamos descubriendo, me preguntaba... el medio ambiente necesario como el oxígeno, como lo dice Kohut, para que pueda haber una supervivencia elemental? ¿Estamos descubriendo nuevamente el ámbito de la falta básica de Balint? ¿El campo de las necesidades descrito por los autores que citamos entre las décadas de los 30 a los 50?

A pesar de que todas las respuestas son positivas, nos sorprendemos. Estas cuestiones fueron ampliamente enunciadas desde Ferenczi, Balint, Fairbairn, Winnicott, y tantos otros para los que siempre fue reservado

2.- La presencia del concepto de necesidad en el trabajo de Borgogno.

Algunos pacientes necesitan profundamente experimentar cómo su analista vive y “procesa” los acontecimientos interpersonales que yacen en el origen de su sufrimiento afectivo y mental.

Mi respuesta correspondía... a su necesidad de una madre que permite la separación, no simbiótica ni deprimida... y a su expectativa inconsciente de un padre diferenciado, capaz de promover la vida y de establecer los límites...

Este tipo de paciente tiene una particular e intensa necesidad de constatar que tiene un efecto sobre el ambiente que lo rodea, para poder él mismo llegar a descubrir el ambiente afuera y dentro de sí mismo. Por esto el analista estará indudablemente junto con el paciente expuesto a su propia subjetividad, de la cual no tendrá que tener miedo y deberá cuidadosamente tratar de “no eludirla”, de no volverse traumático para el paciente.

El paciente privado tiene necesidad de un analista que lo haga sentir vivo y significativo para el otro, para que pueda en un segundo tiempo acceder al mundo compartido de los significados. No es exacto decir que quiere ser comprendido y que no comprende, ya que ser comprendido para estos pacientes se entiende tener valor y ser existente para otra persona que participe emocional y mentalmente en sus situaciones particulares.

un destino marginal en nuestra disciplina.

Nos sorprendemos como si todos nuestros pacientes fueran neuróticos, como si todos hubieran salido exitosos del ámbito de la falta básica o como si tantos no fuesen deficitarios estructuralmente.

Solamente razones político-institucionales, cuestiones del poder relacionadas con teorías imperantes nos hacen aún sorprendernos de que los encuentros terapéuticos sean originales únicos y privilegiados en la vida de una persona. De que no hay encuentros standard ni análisis “clásicos” como, de paso digamos una vez más, ninguna situación clínica registrada en los protocolos es clásica. ¿Acaso hay razones para pensar a quizá la mayor parte de nuestros pacientes, como quienes han gozado de una primera infancia rodeados de objetos que responden a sus necesidades básicas editando un medio saludable?

Debemos refinar nuestros conocimientos y preguntarnos acerca de nuestra actitud terapéutica, como para contar con más herramientas para posibilitar la “edición”, como contrapartida conceptual de la clásica reedición transferencial del neurótico.

Debemos aprender y enseñar en nuestros Institutos como trabajar mejor con pacientes deprivados, como construir su historia, como confiar para ello en nuestros gestos espontáneos. Es probable que, en esta tarea, nos ayuden disciplinas ajenas a la nuestra (psiquiatría, las teorías de la comunicación, lo cognitivo) pero no todo está fuera de casa. Estamos viendo que aún dentro de nuestro campo se ha hecho mucho, un ejemplo es este trabajo y la investigación que estimula.

Hay todavía mucho que investigar y no porque no sepamos, porque sabemos más de lo que creemos, solo debemos animarnos a contarlo y a conceptualizarlo a pesar que no tengamos “una teoría completa” para ello.

No esperemos tenerla, no la hay, estamos en camino y afortunadamente nunca la completaremos.

BIBLIOGRAFÍA

Bacal,H. y Newman,K. (1990) Theories of Objects Relations. N.Y., Columbia University Press.

Geets, C. (1993) Donald Winnicott, Editorial Almagesto, Buenos Aires.

Meltzer,D.(1974), Identificación adhesiva. Ficha APdeBA. Contemporary Psychoanalysis.Vol.II,1975

Nemirovsky, C.: Edición-reedición. Reflexiones a partir de los aportes de Winnicott a la comprensión y tratamiento de las psicosis y otras patologías graves. (Revista virtual de Psicoanálisis Aperturas, www.aperturas.org, No. 3, Noviembre 1999)

Stolorow, R. Atwood, G (1992) Context of Being. The Intersubjective Foundation of Psychological Life. The Analytic Press Inc. Versión castellana: “Los contextos del ser. Las bases intersubjetivas de la vida psíquica”, Ed. Herder, Barcelona, 2004

Winnicott, D. (1955-56) Variedades clínicas de la transferencia. Escritos de Pediatría y psicoanálisis. Barcelona, Laia Ed.

En Web: Aperturas Psicoanalíticas: Revista Internacional de Psicoanálisis.

<http://www.aperturas.org/3nemirovsky.html>

Volver a Artículos Clínicos

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

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

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.