

DE GREEN A WINNICOTT ARTICULACIONES SOBRE LO FRONTERIZO .



Adela Victoria Siebzeher

El objetivo de la presente comunicación es trabajar las posibles articulaciones entre las ideas de estos dos grandes autores post-freudianos en aspectos que hacen a la cuestión de algunas patologías de nuestro tiempo. Consideramos que para la comprensión y abordaje de estas patologías no nos es suficiente la obra de Freud. El analista contemporáneo ya no está enfrentado al conflictuado paciente edípico de la época freudiana, la actualidad plantea más bien la problemática de existir o no existir.

Así lo expresaba con claridad Margaret Little: “Ella insistía en interpretar lo que le decía en términos de un conflicto intrapsíquico relacionado con la sexualidad infantil, mientras que yo trataba de darle a entender que mis verdaderos problemas tenían que ver con mi existencia y mi identidad: no sabía que significaba ser “yo misma”. La sexualidad (aun siendo conocida) era totalmente irrelevante y sin sentido a menos que la existencia y la supervivencia pudiera darse por sentada y que me fuese posible establecer mi identidad” (6).

Ya Ferenczi se había interesado en esa franja de pacientes para los cuales el abordaje psicoanalítico clásico resultaba incompleto. Siguiendo a Winnicott y a Green la denominación de “fronterizos” se nos presenta como una posición de encrucijada a partir de la cual podemos ver perfilarse pacientes narcisistas, psicósomáticos, adictos, antisociales, etc. Así lo plantea Winnicott: “Con el término de caso fronterizo me refiero a aquél en el cual el núcleo de la perturbación del paciente es psicótico, pero éste posee una suficiente organización psiconeurótica, siempre capaz de presentar alteraciones psiconeuróticas o psicósomáticas cuando la ansiedad psicótica central amenaza con irrumpir en forma grosera. En tales casos es posible que el psicoanalista colabore durante años con la necesidad del paciente de ser psiconeurótico y de que se lo trate como tal. El análisis funciona bien y todos se sienten satisfechos. El único inconveniente es que jamás termina” (7).

Green prefiere la denominación “estructuras no-neuróticas” tal como lo planteara en el Coloquio que tuvo lugar en APA en 1999: “Hoy prefiero la denominación de estructura no-neurótica, en oposición a las neurosis, más que la de “casos límite”. Él parte del gran giro que conmovió el andamiaje teórico freudiano en 1920 (“Más allá del principio de placer”) cuando Freud descubrió que hay estructuras no regidas por el principio de placer-displacer sino movilizadas por la mortífera compulsión a la repetición. Y si el placer deja de ser el centro es porque la rememoración va dejando su lugar a la acción. Ya Freud lo había planteado así en 1914 cuando sostenía que el paciente “repite en vez de recordar”. NEUROSIS, PSICOSIS Y PERVERSIÓN son categorías psicopatológicas que precedieron al nacimiento del Psicoanálisis, pero Freud modificó su sentido y repensó su articulación.

Lo cierto es que la aparición de los cuadros fronterizos es un acontecimiento en la clínica psicoanalítica relacionado fundamentalmente con los obstáculos o límites que se presentan en la práctica. Esto nos lleva a preguntarnos: ¿Se trata de una nueva entidad nosográfica? o de ¿fronteras de lo analizable?

Lo fronterizo abarca un amplio espectro de fenómenos: Tonalidad depresiva, Soluciones adictivas y somáticas, Escisión más que represión, Acto más que representación, Primacía de lo pregenital. Estos cuadros fronterizos NO se dejan asimilar ni a la NEUROSIS ni a la PSICOSIS y es más difícil decir positivamente lo que son. Se suele hablar de ellos como los “pacientes difíciles”. Para Freud es tarea del psicoanalista llevar a la conciencia del paciente lo psíquico REPRIMIDO en él, pero esto no es posible en

los pacientes fronterizos, en ellos el análisis apunta al YO, “ser de frontera”, como Freud mismo lo había llamado. Y Green sostiene en el Coloquio antes mencionado que “los límites del espacio psíquico son, por un lado, el soma, y por el otro, el acto. Cuando la presión es demasiado importante, o el conflicto demasiado pesado, hay procesos de expulsión o de exclusión. Pueden ocurrir por el lado del soma o bien del lado de lo real” (1).

Así lo pudimos observar en Franco, niño intelectualmente brillante que llegó a la consulta a los 9 años presentando un cuadro asmático. Las crisis tenían lugar especialmente cuando la tensión era excesiva y no podía ser tramitada psíquicamente. En el comienzo del análisis su conducta en sesión era la de un niño mayor, absolutamente controlado y sobreadaptado. No se movía de la mesa donde “trabajaba” dibujando con esmero o inventando ingeniosos juegos (la mente ejercía la explotación de la psique al decir de Winnicott).

Transcurridos algunos meses esto fue cambiando: empezó a tener conductas explosivas con la analista, con los materiales y muebles del consultorio y aún con el encuadre analítico intentando en varias ocasiones trasponer el espacio fijado para las sesiones, al mismo tiempo que sus crisis asmáticas se fueron espaciando.

El relato de los padres coincidía con lo observado en sesión: durante su crianza se sucedieron períodos de excesiva violencia y descontrol alternando con otros donde funcionaba como un “niño bueno” pero en los que el descontrol aparecía a nivel somático (crisis asmáticas).

El concepto de “doble frontera” nos resulta sumamente esclarecedor. Para Green las dos fronteras establecidas por la escisión separan lo somático y el cuerpo libidinal por una parte, y la realidad psíquica y la realidad externa por la otra. De ahí que lo segregado hará intrusión en forma de síntomas psicósomáticos. Son “manifestaciones somáticas cargadas de una agresión “pura”, refinada”.

Dice Green: “Si consideramos la segunda frontera, podemos suponer que existe la misma falta de simbolización en el pasaje al acto (éste puede tener un significado simbólico para el analista, pero ninguno para el paciente). Aquí reside la diferencia entre actuación y acto fallido, que también es algo desprovisto de significado pero que rápidamente lo adquiere por medio de las asociaciones consiguientes a su relato. En síntesis, podemos decir que reacciones somáticas y pasajes al acto tienen la misma función: una descarga defensiva frente a la realidad psíquica” (2).

Es clave para la comprensión de los pacientes que hoy nos ocupan la distinción que hace Green entre REPRESIÓN y ESCISIÓN: “El retorno de lo reprimido da origen a la señal de angustia. El retorno de los elementos segregados se acompaña de sensaciones de grave amenaza, de “desvalimiento o hilflosigkeit” (Freud), “aniquilación” (Klein, 1946), “terror sin nombre” (Bion, 1970), “desintegración” o “agonías” (Winnicott, 1958). En los casos en que son amenazadas sobre todo las investiduras narcisistas, la experiencia se caracteriza por “lo blanco” (Green, 1969)” (3).

Pero no sería correcto situar nuestro debate como estrictamente post freudiano ya que Freud mismo se ocupó de cuestiones que hoy comandan nuestro debate: En 1910 (“Un recuerdo infantil de Leonardo Da Vinci”) Freud introdujo en la teoría el problema del NARCISISMO y con él la concepción del yo cambió forzosamente. El yo dejó de ser el representante exclusivo de las pulsiones de autoconservación porque al poder tomarse a sí mismo como objeto de amor pasó a ser un gran reservorio de libido.

Un hecho de observación clínica es que en estos pacientes hay más DESCARGA que FANTASÍA, más ESCISIÓN que REPRESIÓN, no hay sueños, y si los hay no funcionan como el “guardián del dormir”. Así lo afirma Green: “El análisis de sueños es, por regla general, infecundo en el tratamiento del fronterizo. Sus sueños no expresan un cumplimiento de deseo sino que sirven a una función de evacuación... el propósito del sueño no consiste en reelaborar retoños pulsionales, sino en descargar el aparato psíquico de estímulos penosos. Los sueños de los fronterizos no se caracterizan por la condensación sino por la concretización” (4).

Esto lo pudimos observar con claridad en Valeria, de 26 años: Es una paciente “difícil” a la que podemos calificar de “no neurótica”. En sesión habla muy alto y verborreicamente, no es fácil dialogar con ella porque su discurso es un monólogo catártico en el cual se queja con un marcado tinte paranoide de todos quienes la rodean. Es una profesional brillante y talentosa pero en sus lugares de trabajo esto no es reconocido debido a su permanente mal humor y malos vínculos. Ha protagonizado escenas de violencia verbal con sus colegas y especialmente con sus jefes lo cual le ha costado que la separen de su puesto de trabajo después de un

episodio en que insultó a quien ejerce el cargo de máxima autoridad.

Sostiene que en realidad “no la echaron” sino que ella “quiso irse porque no aguantaba más”. Tiempo después sueña que vuelve a ese lugar de trabajo pero esta vez no insulta al jefe sino que le pide disculpas. No ofrece material asociativo, dice que no es más que un tonto sueño, porque ella jamás haría algo así, como pedirle disculpas a J., despreciando toda posibilidad de analizar dicho material.

La idea del sueño como realización de deseo circula por la mente de su analista, pero no de la paciente. Aquella se abstiene de formular interpretaciones porque considera que serían iatrogénicas, ajenas a la paciente, fuera de lugar, se dice: “quizás haya que esperar algunos años para formularlas”. Dice Winnicott: “Lo importante no es el momento de mi inteligente interpretación. La interpretación fuera de la madurez del material es adoctrinamiento, y produce acatamiento. Un corolario es el de que la resistencia surge de la interpretación ofrecida fuera de la zona de superposición entre el paciente y el analista que juegan juntos. Cuando aquel carece de capacidad para jugar, la interpretación es inútil o provoca confusión” (8).

Al decir de Green en estas patologías el funcionamiento psíquico adopta el modelo del ACTO más que el de la REPRESENTACIÓN. Y las consecuencias las observamos en la clínica porque si el hundimiento amenaza la organización del yo, no hay interpretación posible.

La actividad de REPRESENTACIÓN (condición del proceso asociativo y del establecimiento de una transferencia analizable) supone que la psique pudo desprenderse del modelo orgánico para convertirse en su metáfora. Nos preguntamos ¿Cómo funciona esto en los pacientes fronterizos? ¿Crean metáforas? ¿Nos hablan de sus fantasías o se trataría de “fantaseo”? Winnicott establece esa diferencia en los siguientes términos: “Los sueños y la vida pertenecen al mismo orden, en tanto que el soñar despierto corresponde a otro.

Los sueños encajan en la relación con los objetos en el mundo real. El fantaseo, en cambio, es un fenómeno aislado que absorbe energía, que no contribuye al soñar ni al vivir... Otro rasgo distintivo entre estos dos tipos de fenómenos consiste en que mientras una buena parte de sueños y de sentimientos concernientes a la vida puede ser reprimida, es algo muy distinto que la inaccesibilidad del fantaseo. Esta inaccesibilidad se vincula con la DISOCIACIÓN antes que con la REPRESIÓN” (9).

En 1911 Freud describió al lactante según el modelo del YO DE PLACER PRIMITIVO aclarando que “un sistema alucinatorio de este tipo sólo puede mantenerse con la condición de agregarle los cuidados maternos”.

Este valioso aporte fue reconocido por Winnicott y considerado básico para su afirmación: “Lo que llamamos lactante no existe” Volvamos a la cuestión de la REPRESENTACIÓN (re-presentación cuando prevalece el acto).

Es importante la tolerancia de la psique del carácter perdido del objeto: Si el niño puede llegar a pensar “mi mamá está ausente”, puede mantener el “ser” contra un fondo de “no ser”, sin sentirse destruido por eso. Entonces la ausencia de la madre no sólo no es la muerte para él, sino que se transforma en el inicio del juego y la simbolización.

Encontrar el objeto es re-encontrarlo, pero también está el riesgo de que en su lugar aparezca el vacío, la pérdida, el blanco, la muerte, riesgo al que el paciente fronterizo se halla siempre expuesto.

Para Winnicott la línea que separa el empleo positivo y negativo del objeto transicional es siempre tenue. Y entre las salidas negativas nos menciona las adicciones, las conductas fetichistas, el “talisman de los rituales obsesivos”. Si la ausencia materna puede ser reconocida, todo nos hace pensar que la transicionalidad se irá instalando, pero si la ausencia materna necesita ser negada a ultranza la actividad transicional se resiente y se va a requerir la satisfacción directa, inmediata.

Pero ¿se puede reducir la cuestión a la oposición entre la teoría freudiana de la pulsión (para la cual el objeto es contingente) y la teoría post freudiana de la relación de objeto (libido buscadora de objeto, no de placer)? Ya Freud había aportado cambios teóricos muy importantes: En 1915 (“Pulsiones y destinos de pulsión”) escribía: “El objeto es lo más variable en la pulsión y no está originalmente conectado con ella”. Para pasar 20 años más tarde (“Compendio de psicoanálisis”) a sostener: que “por los cuidados que le prodiga es la primera seductora... la madre adquiere una importancia única, incomparable, y se convierte

para ambos sexos en el objeto del primero y más poderoso de los amores, prototipo de todas las relaciones amorosas ulteriores...”.

Para los fronterizos la madre es la figura central del análisis y de la transferencia. Su particularidad es que para ellos el analista no “representa” a la madre, sino que “es” la madre. Cuando eran bebés jamás pudieron llegar a afirmar “yo soy el pecho”. Y si “soy el pecho” entonces “soy”.

André Green se refiere a las carencias del objeto primario. Dice que sus consecuencias son de menor importancia en la esfera de la sexualidad que del yo. Para este autor el cambio de paradigma ya estaba en Freud, porque siguiendo la primera tópica regía el modelo de la perversión: la neurosis era el negativo de la perversión.

Pero a partir de la segunda tópica hubo un cambio de paradigma, oponiendo neurosis a psicosis. Y siguiendo a Freud, Green sostiene que el mayor cambio teórico se produce a partir de 1927 cuando describe el fetichismo porque si bien está hablando de perversión su manifestación se produce a nivel del yo: el clivaje. Coexisten dos sistemas, dos juicios y ninguno anula al otro.

Green nos dice que cuando Freud habla de “mecanismos que afectan la unidad del yo” está planteando que éste, para no hundirse sufre fisuras, grietas, cortes. Van quedando cicatrices de traumas antiguos. Esas cicatrices corresponden a las extravagancias y las locuras de los hombres y para el yo son el equivalente de lo que son las perversiones sexuales para la sexualidad. Green aclara que no se refiere al yo como sistema adaptativo, saliendo al cruce frente a las críticas de los lacanianos.

Freud planteaba que los psicóticos no tuvieron “neurosis infantil” y tampoco hacían transferencia. Para Green no es tan así. Y están divididas las aguas entre los psicoanalistas según su filiación: para los lacanianos NEUROSIS y PSICOSIS son excluyentes mientras otros autores consideran que pueden coexistir mecanismos y defensas neuróticas y psicóticas. Y Green recuerda que en 1924 Freud distinguía Psicosis de Neurosis narcisística (melancolía), porque consideraba que no es lo mismo la destructividad despedazante y la melancolía destructiva del yo y el objeto. La crítica de Green se centra en que Freud no se ocupó del límite yo-objeto y por ende no se interesó en las relaciones objetales, temiendo que el psicoanálisis perdiera científicismo.

Para Green el objeto está marcado por 2 tipos de angustia: de separación y de intrusión. No tienen que ver con la angustia de castración. La angustia de castración es para los neuróticos lo que la angustia de separación es para los fronterizos.

“La escisión del niño es una reacción a la actitud del objeto, que puede ser doble, al decir de Green: 1) una falta de fusión por parte de la madre, con la consecuencia de que aún en las experiencias reales de encuentro el niño se enfrenta con un PECHO EN BLANCO. 2) un exceso de fusión si la madre es incapaz de renunciar, en aras del crecimiento de su hijo, a la dicha paradisíaca obtenida durante el embarazo” (5).

Ausencia o intrusión serían dos aspectos de una misma situación de fracaso ambiental. Al decir de Winnicott si falla el “holding”, se interrumpe la “continuidad existencial” y el bebé se ve amenazado por angustias primitivas que lo llevan a organizar defensas tempranas o a una tendencia al autosostenimiento precoz y defensivo. La escisión del “self” sería un intento extremo de controlar el trauma.

Por el contrario, los cuidados maternos adaptados a las necesidades del niño suscitan el sentimiento de omnipotencia necesario para la creación de lo potencialmente hallable: el objeto está ahí si se lo ha creado, pero solo puede ser creado si estaba ahí. Podemos concluir que en los pacientes fronterizos el objeto no ha podido ser creado porque no “estaba ahí” o si es que estaba ahí lo fue de modo hiperpresente o intrusivo.

CITAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Green, André: Coloquio en APA “El analista, la simbolización y la ausencia en el encuadre analítico veinticinco años después”, página 367. Revista de Psicoanálisis Tomo LVI, N° 2, 1999.
- (2) Green, André: “De locuras privadas” Amorrortu, página 111.
- (3) “ “ “ “ “ 112.
- (4) “ “ “ “ “ 115.

(5) “ “ “ “ “ 110.

(6) Little, Margaret: “Relato de mi análisis con Winnicott. Angustia psicótica y contención” Lugar Editorial, página 34.

(7) Winnicott, Donald: “El uso de un objeto y la relación por medio de identificaciones” en “Realidad y juego”, Gedisa Editorial, página 118.

(8) Winnicot, Donald: “El juego. Exposición teórica” en “Realidad y juego”, Gedisa Editorial, página 76.

(9) Winnicott, Donald: “Sueños, fantasía y vida” en “Realidad y juego”, Gedisa Editorial, página 47.

BIBLIOGRAFÍA GENERAL

Green, André: “Génesis y situación de los estados fronterizos” en “Los estados fronterizos”, compilador Jacques André, Nueva Visión, año 2000.

Green, André: “La realeza pertenece al niño” en “Donald Winnicott”, Editorial Trieb, año 1978.

Winnicott, Donald: “Escritos de pediatría y psicoanálisis”, Editorial Laia, año 1979.

Winnicott, Donald: “El proceso de maduración en el niño”, Editorial Laia, año 1979.

Lic. Adela Victoria Siebzehner - Buenos Aires - Argentina

Publicado en: Winnicott.net

http://www.winnicott.net/espanol/html/i_clinica.asp

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.