

## AL LÍMITE DEL IMPULSO A LA TERNURA.

Lic. Daniel Porquet

*“...nunca se insistirá bastante sobre la importancia del traumatismo y en particular del traumatismo sexual como factor patógeno. Incluso los niños de familias honorables de tradición puritana son víctimas de violencias y de violaciones mucho más a menudo de lo que se cree. Bien son los padres que buscan un sustituto a sus insatisfacciones de forma patológica, o bien son personas de confianza de la familia (tíos, abuelos), o bien los preceptores y el personal doméstico quienes abusan de la ignorancia y de la inocencia de los niños. La objeción de que se trata de fantasías de los niños, es decir de mentiras histéricas, pierde toda su fuerza al saber la cantidad de pacientes que confiesan en el análisis sus propias culpas sobre los niños.”* (Sandor Ferenczi, Conferencia pronunciada en el XII Congreso Internacional de Psicoanálisis en Wiesbaden, en septiembre de 1932.)

Así se ganaba Sandor Ferenczi, conocido como el terapeuta de la ternura, el rechazo de toda la sociedad psicoanalítica y particularmente de Freud, quien escribirá en su propio diario en 1932 que *“Ferenczi ha regresado totalmente a los puntos de vista etiológicos en los que yo creía y que abandoné hace 35 años, sobre cómo los traumas sexuales graves de la infancia son las causas habituales de las neurosis...”*. Le pidieron que no hable de esto en la Conferencia y, luego, que no la publique.

Desde que trabajo en el Hospital no puedo decir que abusos y violaciones sean fantasías histéricas. Podemos decir que estas fantasías existen y comprender el lugar que ocupan tanto en el desarrollo de la teoría psicoanalítica como en el tratamiento de cualquier neurosis. Pero tenemos que empezar por reconocer la realidad tal como se nos presenta aunque resulte doloroso: los abusos y violaciones de niños existen, no son fantasías. Y nada lo vuelve más traumático como el silencio, el llamado al silencio, de la madre o de quien sea en quien confíe el niño. ¿Qué decir entonces del llamado al silencio que hace nuestra propia teoría?

Recuerdo una paciente que denuncia en el grupo: *“¿Qué es esto de que haya un hombre acá?”* y luego agrega *“¿Vos te la bancás?”* y lo que hoy puedo escuchar, después de un año de trabajo en este equipo, es: *“¿Estás dispuesto a soportar nuestra transferencia violenta? ¿A que pongamos en vos la figura del violador o del abusador? No podemos todavía hablar de ello, lo vamos a revivir, no voy a hablarte del miedo que sentía y de cómo me paralizaba, voy a tenerte miedo y a paralizarme frente a vos, te voy a odiar. ¿Vas a poder sostener tu ternura frente a todos mis demonios?”*.

No todas, pero sí muchas de nuestras pacientes fueron abusadas o violadas. Lo que hacen con su cuerpo, anoréxico u obeso, es una defensa y un castigo. La sexualidad es el peligro y su cuerpo parece ser el culpable. Sin embargo, el peligro de la sexualidad no siempre viene de una historia de abuso o violación, en una entrevista de admisión una paciente anoréxica expresa: *“Mi papá me dijo algo terrible a los trece años, algo que no se le debe decir a ninguna mujer: si tengo relaciones sexuales me va a matar”*.

### LO MORTÍFERO Y EL “MÁS ALLÁ DEL PRINCIPIO DE PLACER”

Pienso en el diagnóstico de borderline, de trastorno límite, de patologías narcisistas. Límite: *Línea real o imaginaria que separa dos terrenos, dos países, dos territorios*. Parece literal, trabajamos al límite, entre dos territorios, entre lo ambulatorio y la internación. Me refiero especialmente a nuestras pacientes anoréxicas y algunas bulímicas, aquellas que llevan sus cuerpos al límite de lo mortífero. Y de

nuestra posición como analistas frente a ellas. Muchas veces a un paso de la falla clínica de su organismo, les demandamos que coman. Lo podemos decir o no, pero está presente en la medida en que constituye el límite del dispositivo de atención ambulatoria, y por lo tanto puede ser utilizado por la resistencia para hacer fracasar el trabajo terapéutico.

Opera sobre nosotros como una extorsión, mortíferamente adheridas a su posición subjetiva anoréxica o bulímica, estas pacientes en huelga de hambre se imponen, hacen tambalear aquello que llamamos “neutralidad y abstinencia”. Demandamos. El límite de nuestro dispositivo demanda. Y nuestras pacientes nos miran o nos increpan, como si dijeran “¿De verdad me vas a decir lo mismo que todos? ¿No ves que elijo esto? *¿Que si no me muero?*”. Esta es la dulce paradoja que escucho y adelanto mi pensamiento: la posición mortífera es una posición vital.

Podríamos decir que estos aspectos mortíferos que vemos a diario en la clínica límite obedecen a la pulsión de muerte. ¿Cómo comprender sino los cortes, las sobreingestas, la inanición? Sin embargo, estoy convencido de que la idea de unas “pulsiones de muerte” son más bien un obstáculo a nuestra clínica, un lugar cómodo frente a las resistencias, muchas veces feroces, de los pacientes... y las nuestras.

Cuando indagamos qué lleva a una paciente a cortarse, a hacer una sobreingesta de medicamentos, o a cualquier otra forma de autoagresión, pocas veces encontramos un deseo de muerte, o algo que pulse hacia la autodestrucción. Encontramos más bien las ganas de “desaparecer”, de salirse de la escena, de buscar un alivio frente a una situación de tensión ante la cual no hay con qué responder. ¿Está “más allá del principio de placer”? Lo dudo, al contrario, creo que lo mortífero es lo inmediato, ausente de rodeos, imposible de simbolizar, extremo, de esa búsqueda desesperada por aliviar el displacer.

Escucho a mis pacientes con la firme convicción de que lo mortífero no es irreductible, no es pulsional, sino defensa, grito desesperado, y, de algún modo retorcido, definitivamente vital.

## DIAGNOSTICAR EL LÍMITE

Estamos en el límite, no sabemos si llegaremos a tiempo, a hacer un tiempo, y debemos reconocer que muchas veces no llegamos. Que son necesarias a veces más de una crisis, más de una internación, para que se despliegue un espacio y un tiempo donde se pueda hablar de ello.

De algún modo el diagnóstico determina nuestra posición, también en el límite. Estas pacientes son especialistas en conmover el encuadre que proponemos, como dije antes, sostener la neutralidad y abstinencia no es tarea sencilla. Creo que se pueden identificar dos tiempos, dos territorios en los que nuestras pacientes despliegan su relato y sus emociones. Hay un tiempo en el que están enloquecidas, desesperadas, deshechas, no por la angustia, sino por la ansiedad. Allí no hay lugar para la palabra, todo es acto, impulso. Simplemente explotan, como si hubieran contenido sus monstruos hasta que no pueden más.

Creo que estas pacientes tienen consciencia de cuán intensas pueden ser sus tormentas emocionales, de cuán intensas pueden ser sus mociones agresivas y sexuales y por ello temen la transferencia. Y no se equivocan, pues expresan eso que llamamos “transferencia masiva” y que muchas veces hace fracasar los tratamientos.

Si es posible establecer un puente entre este tiempo y otro tiempo de neurosis de transferencia, creo que el camino pasa por la confianza, por ese “¿vos te la bancás?”. Confianza del paciente en que no va a destruir a su analista, y viceversa, confianza del analista en su paciente, de que allí hay un sujeto, alguien que desea. Si esto sucede se abre otro tiempo, el de la angustia, y permite el afloramiento de mociones tiernas, que van suavizando poco a poco el filo de la agresividad y la sexualidad. En la práctica esto no sucede de modo cronológico, un tiempo y después otro. En general estos tiempos se superponen, muchas veces en una misma sesión, en un mismo relato inclusive.

Siempre creí que el diagnóstico de límite era una cáscara vacía, una indefinición entre neurosis y psicosis, poco rigurosa. Nunca entendí el concepto de “neurosis narcisista”. Valoro el trabajo de aquellos que tuvieron el coraje de ir más allá del “no hay transferencia” de Freud.

Mi hipótesis es que no podemos hablar de psicosis, pero tampoco de neurosis, al menos no aún. Creo

que decir límite es *suponer la posibilidad de una neurosis*, aunque nada de la historia de nuestras pacientes y particularmente de sus síntomas se parece a un modo de funcionamiento neurótico. Hay fenómenos, a los que prestamos especial atención, rasgos histéricos que parecen conectar con lo vital, y buscamos apuntalarlos. Pero en definitiva creo que la única neurosis que, con algo de fortuna, podemos encontrar, es la neurosis de transferencia.

Con una condición... confiar en ella.

**Lic. Daniel Porquet**  
**Psicoanalista**  
**Concurrente en el Hospital Durand**

**REFERENCIA:**

El presente escrito fue presentado como parte del Ateneo del Equipo de Trastornos de la Alimentación, del Servicio de Salud Mental del Hospital público "Carlos G. Durand".

*Volver News-2 ALSF*

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

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

Contacto: [alsfchile@alsf-chile.org](mailto:alsfchile@alsf-chile.org) .