

MANIFESTACIONES CLÍNICAS DE LA ACTUALIDAD

Almería. 4, Abril, 2013

COPAO (Colegio Oficial de Psicólogos de Andalucía Oriental) Almería.

Carmen Ferrer Román

1. Qué incluyo en este epígrafe: los trastornos fronterizos
2. Manifestaciones concretas
3. Causas y orígenes.
4. Tratamiento

1. Qué incluyo en este epígrafe: los trastornos fronterizos.

Al traer este tema no me estoy refiriendo a que haya aparecido una nueva clínica y desaparecido la anterior. Siguen existiendo las categorías clásicas de los trastornos psíquicos: **neurosis, psicosis y perversiones.**

Lo que ocurre es que, junto a ellas, existe también otra casuística que no encaja en ninguna de esas categorías y que la vemos, cada vez, con más frecuencia en nuestras consultas.

Me refiero a lo que muchos autores han dado en llamar **los casos o cuadros límites, fronterizos o borderlines.**

¿Por qué se les llama casos límites o fronterizos?

Porque se ha ido viendo que pueden participar de las características de las tres familias de trastornos psíquicos, e incluso transitarían entre ellas con cierta facilidad. Son un tipo menos rígido, menos sólido y menos definido que cada una de las otras tres.

Según A. Green (1990), no es que estén en los límites de las otras patologías sino que estarían en una tierra de nadie situada entre ellas. El sujeto fronterizo se quedaría ahí para no tener que pasar esa frontera y ubicarse en una de ellas.

Tienden a la desestructuración y la inestabilidad psíquica, razón por la cual, algunos los piensan en términos de organización y otros los ven como una nueva estructura cuya característica principal sería, precisamente, esa labilidad que les permite utilizar diferentes mecanismos de defensa sin incluirse definitivamente en ninguna de las familias estructuradas, ya sea la neurosis que utiliza como defensa principal la represión; la psicosis con la defensa del rechazo o forclusión y la perversión que usa la renegación o desmentida.

Los cuadros fronterizos utilizan como defensa principal la escisión del yo: renegación, circunstancia que los asimilaría a la perversión; pero con una diferencia esencial y es que **la renegación no recae sobre el mismo tema que en la perversión sino sobre un profundo sentimiento de abandono generado por un trauma temprano de gran**

intensidad. Además, en según qué casos o momentos también utilizan la represión y el rechazo.

Estos casos han existido siempre, lo que ocurre es que se les trataba de incluir dentro de alguna de las categorías clásicas - neurosis, psicosis o perversión – atendiendo a sus funcionamientos más patentes o a las defensas preponderantes empleadas, o bien se les dejaba al margen constituyendo un verdadero “cajón de sastre”.

Un ejemplo lo tenemos ya en el caso del “*Hombre de los lobos*” de Freud, el cual lo catalogó como una neurosis grave, pero en el que diversos autores posteriores han visto un caso típico de Cuadro Límite basándose en determinados aspectos de este paciente como la alucinación del dedo cortado o la paranoia centrada en la hipocondría.

Ya el mismo Freud en su obra *Neurosis y psicosis (1924)*, sugiere que tal vez estemos ante un nuevo campo de investigación, preguntándose por los mecanismos que permitirían al yo “deformarse, partirse o segmentarse” a fin de no caer ni en la neurosis ni en la psicosis y concluye: “Las inconsecuencias, extravagancias y locuras de los hombres aparecerían así bajo una luz semejante a la de las perversiones sexuales; en efecto, aceptándolas, ellos se ahorran represiones”.

Más adelante, Freud, diferenció una serie de categorías no neuróticas con la introducción del concepto de narcisismo, la relevancia del papel del ideal del yo, la descripción de la elección de objeto anaclítico y el descubrimiento del papel que ejercen las frustraciones afectivas del niño, todo lo cual le lleva a reconocer, en 1931, la existencia de un tipo libidinal “narcisístico” a medio camino entre el conflicto neurótico y el estallido psicótico. Que se caracterizaría por un superyó incompletamente construido y una mala resolución del Complejo de Edipo.

A partir de entonces numerosos profesionales pusieron la atención en estos cuadros intentando encontrar unas líneas de referencia y parámetros que aportaran una cierta homogeneización, unos ciertos rasgos comunes para comprenderlos mejor y poder abordarlos más eficazmente.

El primero que empleó la denominación de “Casos límite” fue V.W. Eisenstein en 1949. Aunque, anteriormente, ya la psiquiatría había puesto de manifiesto que había una serie de cuadros clínicos que no correspondían ni a la neurosis ni a la psicosis.

Se han ido acuñando una serie de términos para designarlos:

- **Personalidades psicopáticas** –anestesia afectiva y falta de culpabilidad-
- **Personalidades “as if” (como si)** –falta de calor y afectos e inautenticidad en la conducta-
- **Personalidades perversas** –agresividad y destructividad con rasgos sádicos-
- **Personalidades esquizoides** –indiferencia hacia los demás y aislamiento social-

Que ponen el acento en la noción de personalidad, o bien insistiendo en el aspecto “caracterial” de estos pacientes.

El DSM, describe el “Trastorno límite de la personalidad” de la siguiente forma: consiste en una inestabilidad general respecto a la vivencia de la propia imagen, de las

relaciones interpersonales y del estado de ánimo, patente desde el inicio de la edad adulta y que se da en diversos contextos.

Se acompaña también por una alteración de la identidad, a menudo, generalizada que se manifiesta por incertidumbre respecto a diversos temas vitales: como la autoimagen, la orientación sexual, los objetivos a largo plazo, la elección de profesión u oficio, el tipo de relaciones amistosas o afectivas, o los valores a adoptar. Esta inestabilidad se suele experimentar como sentimientos crónicos de vacío o aburrimiento.

- Concluye que **Este trastorno se da frecuentemente en la actualidad.**

Su forma de funcionar abarcaría todos o algunos de los siguientes modos:

- **Las relaciones personales son inestables** alternando entre la idealización y la desvalorización.
- **No toleran la soledad** y se esfuerzan en gran medida para evitar el abandono real o imaginario.
- **Intensas necesidades afectivas.**
- **Muy baja tolerancia a la espera y a la frustración.**
- **Trastornos severos en la identidad**, lo que Kernberg llama *Identidad difusa*.
- **Inestabilidad afectiva** evidenciada en notables cambio en el estado de ánimo, con riesgo de depresión, irritabilidad o ansiedad, estados de ira intensa, falta de control y agresividad.
- **Tendencia a la impulsividad**, especialmente en actividades autodestructivas: uso de drogas o psicofármacos, conducción imprudente, promiscuidad sexual, robos y comilonas, por un superyó deficientemente construido que es incapaz de poner límites útiles al yo y falla en su función protectora.
- En las formas graves, hay **conductas suicidas o automutilantes**, empleadas para manipular a los demás o calmar los sentimientos de vaciedad y despersonalización.
- Frecuentemente, aparece también **oposición a las normas sociales, una visión pesimista generalizada** y alternancia entre la dependencia y la autoafirmación.

Este tipo de funcionamiento suele generar una interferencia considerable en la actividad social y/o profesional.

DEFENSAS QUE UTILIZAN

Según Otto Kernberg (1975), la constelación típica de defensas de la organización fronteriza de la personalidad, tal como él prefiere denominar estos casos, es la siguiente:

- **Escisión** (divide a los demás en “completamente buenos” o “completamente malos”)
- **Idealización primitiva** (crea una imagen del otro no realista, poderosa y completamente buena).

- **Proyección** (atribuir al otro los impulsos que se han reprimido en uno mismo)
- **Negación** (ser consciente en un momento dado de que sus percepciones, sentimientos y pensamientos son totalmente distintos a los que tiene en otro momento, pero sin poder influir sobre ellos)
- **Omnipotencia y devaluación** (sentimiento grandioso e inflado de sí mismo en contraste con una representación de los demás despreciada y degradante)

2. Manifestaciones concretas

Los trastornos fronterizos o borderlines suelen manifestarse en el ámbito de los trastornos del comportamiento o de la conducta, y entre ellos encontramos unos que se desarrollan en el teatro público, a la vista de los espectadores, mientras otros lo hacen vertidos hacia el interior.

Los que se desarrollan en el teatro público, a diferencia del sufrimiento de las neurosis que transcurren en el teatro privado del yo, son:

- **Las adicciones** -drogas, alcohol, ludopatía, sexo, internet, etc.-
- **La patología del carácter** –personas que sitúan los conflictos fuera de ellos-
- **Los comportamientos perversos** –utilización de los otros, - manipulación,- corrupción, - perversidad sexual, etc.-
- **La delincuencia.**
- **Actings graves** –accidentes provocados, conductas de riesgo, provocaciones-

Los que se desarrollan más hacia el interior, son:

- El **funcionamiento psíquico de los enfermos psicósomáticos** – pensamiento operatorio-
- **La depresión anaclítica.** – por necesidad de apoyo-
- **La neurosis de abandono** –basada en el sentimiento de haber sido abandonado y en la necesidad de seguridad-.
- **O los llamados niños simbióticos** – que no se pueden separar-.

En los primeros se trata de una descarga en el exterior, en la actuación y en los segundos en el interior del sujeto.

Tanto en unos como en otros encontramos un trasfondo de ansiedades desestructurantes, despersonalizaciones y profundos sentimientos depresivos, o sea el vacío y el desamparo del trauma temprano. En el fondo el sujeto se defiende ante la vivencia de un gran desvalimiento.

Diferencia con la neurosis y con la psicosis:

Respecto a la neurosis, se trata de sujetos que pueden deformar su yo con objeto de no tener que efectuar una represión (como ocurre en la neurosis) de esa forma obtienen la satisfacción de su deseo sin tener que renunciar a nada. Aunque, muchas veces, su funcionamiento recuerda el típico de la neurosis, por la predominancia de estados de angustia.

Respecto a la psicosis, también hay un rechazo de la realidad objetiva y la construcción de una neorrealidad, a través de una división del yo, pero sin llegar a fragmentarse en islotes múltiples o diseminados, como ocurre en la psicosis.

En cambio, en su relación con la perversión, comparte el mecanismo primordial: la renegación o desmentida – aceptar, por un lado, la existencia de algo y, por otro, negarla-

En estos casos la renegación recae sobre el desamparo originario, la pérdida del objeto que supuso ese desamparo y la falla narcisística que produjo.

Pero cuando fracasa la renegación, aparece la angustia automática que se puede manifestar como:

- Ataques de pánico,
- Hundimientos melancólicos,
- Inhibición,
- Intentos de suicidio y accidentes o
- Crisis somáticas

Que constituyen una huida hacia adelante a través de la actuación y la descarga (Freud los llamaba “eternos lactantes”).

Las consecuencias de ello son: inmadurez, dependencia, necesidad constante de suministros narcisísticos y una especie de “despiste vital”.

Por ejemplo:

Joyce Mc Dougall (1998), menciona una paciente con una adicción alcohólica que decía “El problema es que, a menudo, no sé si estoy triste, de mal humor, si tengo hambre, estoy angustiada o quiero hacer el amor, y entonces empiezo a beber”. Así la autora advirtió que la finalidad del comportamiento adictivo es desembarazarse de ciertos estados afectivos insoportables y descargarlos en actos o conductas autocalmantes.

- Se trataría de desprenderse a toda costa de un afecto intolerable: la angustia depresiva.

La organización de los estados límites es siempre inestable pero se pueden mantener toda la vida sin descompensarse. Aunque su vida suele transcurrir en una situación poco confortable y al precio de renunciadas, ficciones, disimulos y argucias psicopáticas. Algunas personas con este cuadro se pueden descompensar en la vejez a raíz de traumatismos o heridas narcisistas tan frecuentes en esta época.

Otros pueden sufrir una descompensación en cualquier momento de la vida apareciendo entonces la gran crisis de angustia aguda como un estado paroxístico y transitorio. Ello

puede deberse a diferentes causas externas (posparto, boda, duelo, dificultades sociales, separaciones, accidentes) que, por el impacto emocional que generan, despiertan una situación narcisística pre-depresiva evitada hasta entonces.

Estas situaciones recuerdan el primer traumatismo y las defensas utilizadas hasta entonces se tornan ineficaces por su arcaísmo y superficialidad. Se podría considerar como una caricatura de la crisis adolescente: una crisis tardía, intensa, brusca que cuestiona toda la organización estructural del yo. Este 2º traumatismo puede ser reemplazado por una serie de "microtraumatismos" repetidos y próximos cuyos efectos sumados equivalen a un traumatismo único y mayor.

Según Otto Kernberg, estas personas presentan al comienzo lo que superficialmente parece ser una típica sintomatología neurótica. Sin embargo los síntomas y la patología caracterológica tienen ciertas particularidades que apuntan a una organización fronteriza. Solo un meticuloso examen diagnóstico puede revelar las particulares combinaciones de diferentes síntomas neuróticos que tomados uno a uno no son definitorios pero que si lo son cuando aparecen combinados.

Enumero algunas de las **categorías sintomáticas que suelen aparecer combinadas:**

- 1- Ansiedad flotante crónica y difusa.**
- 2- Más de dos de los siguientes síntomas neuróticos: - fobias múltiples, - obsesiones, - conversiones, - fugas histéricas, - hipocondría, - tendencias paranoides.**
- 3- Tendencias sexuales perverso-polimorfas.**
- 4- Personalidad prepsicótica: - paranoide, - esquizoide, - ciclotímica.**
- 5- Impulsividad y adicciones.**
- 6- Carácter caótico.**
- 7- Personalidad antisocial**
- 8- Labilidad yoica: - falta de tolerancia a la ansiedad, - falta de control de impulsos, - insuficiente desarrollo de los canales de sublimación.**

La búsqueda del objeto puede ser desesperada y compulsiva; suele conducir, entre otras cosas, a una vida sexual promiscua, en la que las necesidades y el placer sexuales cuentan poco o no son la causa principal de una tal conducta. Lo que se busca es satisfacer una necesidad primaria y perentoria de contacto corporal y el despertar algún tipo de interés de parte de otros, aunque solo sea fugazmente. Vinculado directamente con las carencias afectivas que la persona arrastra.

En su relación con el objeto, el fronterizo, podrá idealizarlo sobremanera, experimentar una intensa dependencia y también los avatares de la repetición del trauma temprano, sea sintiéndose abandonado, provocando el ser abandonado (Freud, 1920) o abandonándolo él mismo defensivamente. El asunto no consiste entonces, desde luego, solo en que encuentre al objeto (pareja, hijo, amigo, animal de compañía, etc.), sino también en que logre preservar un buen vínculo con él, cometido en el que muchos sujetos limítrofes fracasan.

Pero siempre podrá contar para ello con la ayuda terapéutica e incluso para mejorar la relación con este objeto; o bien, llegado el caso, para soportar y -de serle posible- elaborar su pérdida (con frecuencia no pueden experimentar duelos; se reducen a sustituir un objeto por otro).

Observamos en ocasiones un “hambre de objetos” en relación con el déficit identificatorio razón por la cual muchos de ellos hacen **identificaciones protésicas**, en ocasiones mimetizándose con personas de su entorno, para satisfacer la necesidad de encontrar una que se convierta en el sostén del ser y les proporcione un sentimiento de identidad, llenando así su vacío estructural. Con el mismo objetivo pueden establecer **relaciones fusionales**. *Estos mecanismos podrían ser, por ejemplo, la causa de adhesiones a sectas*

3. Causas y orígenes.

Nos encontramos ante un trastorno que se genera en los estadios narcisistas primitivos (fase oral). **Es por tanto una patología del narcisismo**. Se trata del trauma temprano que sufre el niño cuando está estructurando su narcisismo, trauma que ya sabemos que es general, pero que en estos casos alcanza una dimensión cuantitativa considerable y en consecuencia patógena.

El trauma se gesta sobre una vivencia de desvalimiento y está destinado a ser reactivado y repetido, aunque no recordado (por haber sucedido antes de la adquisición del lenguaje). Implica una experiencia de desencuentro reiterado con el objeto primario – madre o quien hace la función materna-. Nos encontramos con sujetos que han padecido distintas formas de abandono y orfandad afectiva, incluso maltratos corporales y/o psíquicos por parte de sus padres o sustitutos. En otras ocasiones puede tratarse de una dificultad o imposibilidad de la madre de investir suficientemente al niño –como en el conocido síndrome de la *madre muerta*, que describe A. Green (1980), en el que esta se halla, por ejemplo, absorbida por un duelo importante reciente.

En otros casos se produce una gran carga mortífera por las pulsiones filicidas de los padres, como cuando le espetan al niño: “eres una mierda”, “eres una rata”, “eres un feto al que debí haber abortado”, etc. Estos enfermos quedan atrapados en la imagen que les imponen esos padres destructivos, precipitándose al cumplimiento de un destino de sufrimientos diversos, fracasos, enfermedades, ruina y muerte (Mayer, 1982). Contra el que, en el mejor de los casos, tendrán que luchar durante toda su vida, añade García Badaracco, (1985).

Se pueden reactivar estos traumas infantiles por diferentes acontecimientos en la vida del sujeto. Los sucesos que mas predisponen a esa reactivación son, **especialmente, los que conllevan una amenaza de experimentar abandono o desamor**. Ante esa reactivación el sujeto recurre a defensas primitivas para evitar revivir el trauma –ya que le resulta insoportable-.

Las defensas utilizadas contra el suceso actual que constituye la amenaza, son:

- la renegación
- la evitación

- la transformación en lo contrario
- el pasaje del propio sujeto a otro y
- la vuelta contra el propio sujeto

También puede utilizar:

- la identificación con el agresor
- la identificación proyectiva

y junto a todo esto el superyó ataca al yo con condenas y castigos.

La reactivación de lo traumático suele cobrarse un alto precio, como son las conductas maníacas o psicopáticas, a menudo no exentas de violencia y destructividad. Medios por los cuales el sujeto intenta buscar un depositario de la angustia que su yo elude sentir.

El sujeto se ha traumatizado precozmente porque no ha tenido sus necesidades satisfechas en estadios muy tempranos y ello afecta a su proceso de identificación primaria que no se ha llevado a cabo de la manera adecuada. Da por resultado sensaciones que sugieren los pacientes de vacío en la zona epigástrica, sumada a la vivencia de estar vacíos por dentro. Tienen también una gran falta de insight por lo cual no comprenden el porqué de sus acciones y muchas veces no saben lo que quieren o necesitan.

Según J. Bergeret, la intensidad del traumatismo psíquico se debe a que ha ocurrido en un momento en que el yo se encuentra aún muy inorganizado e inmaduro en lo que se refiere al equipamiento, la adaptación y las defensas. Él apunta a tentativas de seducción sexual (Caso del hombre de los lobos) que produce en el niño un efecto brutal y masivo ante el que no tiene recursos para defenderse y que vivirá como un grave ataque a su integridad. Este traumatismo será el primer desorganizador de la evolución psíquica del sujeto, detendrá su evolución libidinal durante mucho tiempo –tiempo que puede abarcar la adolescencia e incluso toda la vida- y que se expresa en la vida corriente en forma de inmadurez afectiva.

Este proceso provoca la precaria constitución del yo ideal que es la fuente de la autoestima del sujeto.

El estado-límite se queda en una inestabilidad ya que ha superado los momentos de organización de la estructura psicótica pero no ha llegado a alcanzar los que organizan la neurosis.

<p>MODELO DE LA PSICOSIS</p>	<p>MODELO DE LA PATOLOGIA DEL NARCISISMO</p>	<p>MODELO DE LA NEUROSIS</p>
----------------------------------	--	----------------------------------

Defensas del yo (forclusión)	Defensas del yo (pre-represivas: Renegación o desmentida)	Defensas del yo (represión)
Rechazo de la realidad	Trauma temprano (desvalimiento)	Deseo (pulsión sexual)

Los estados límite son una relación a dos centrada sobre una dependencia anaclítica al otro: necesita ser amado por el otro que no es más que la unión de los dos padres (no genitales) y al mismo tiempo se apoya contra ellos (anaclitismo). Es algo diferente de la triangulación edípica neurótica pero diferente también de la diada primitiva de la psicosis.

La **angustia del estado-límite** es muy diferente a la neurótica, se trata de una angustia primitiva como la de desvalimiento y también de vacío, separación e intrusión, así como de depresión referida a vivencias infelices tempranas y, a la vez, en esperanzas de salvación en la relación de dependencia frente al otro. El peligro inmediato contra el que se defiende es, esencialmente, la depresión para lo cual el sujeto se pone en marcha buscando cosas que le pueden calmar (drogas, alcohol, conductas de riesgo, actividad sexual compulsiva o promiscua, etc.).

Este tipo de angustia es percibida contratransferencialmente por el terapeuta como peculiar, especialmente intensa y desgarradora. Este es uno de los signos para hacer el diagnóstico de personalidad limítrofe.

En estos estados el campo relacional se divide en dos sectores: un sector adaptativo y otro anaclítico. El primero conserva una evaluación correcta de la realidad y el otro menos realista y más ideal que siente fuerte y sólido para apoyarse en él. Esta división no constituye una ruptura del yo sino una deformación como defensa contra la amenaza de ruptura, para no tener que fragmentarse.

La solución que encuentran para no sufrir la pérdida del objeto es la escisión del yo, una parte acepta la pérdida y la otra no. La condición para que pueda producirse esta escisión es la creación de un objeto (una droga, un doble, una conducta perversa o compulsiva, etc.) que oculte la falta y permita sostener la renegación. Maud Mannoni (1946) lo ilustra con su famosa fórmula: “ya lo sé, pero aún así...” base de todos los autoengaños y creencias ilusorias de que somos capaces los seres humanos.

Un ejemplo aportado por un colega, Luís sales.

“Gerardo es un paciente de 34 años, que trabaja como eficiente empleado en una oficina y cuyo ideal sería encontrar una novia con la que formalizar una pareja estable y en definitiva fundar una familia “como Dios manda”, cosa que hasta la fecha le ha resultado imposible. Sin embargo, y en flagrante contradicción con la probidad de estos propósitos, los fines de semana no puede evitar ser víctima de una compulsión desenfrenada a la bebida y al juego de manera que, cuando lo ha perdido todo, es víctima de estallidos de violencia y agitación en los que a menudo se pone fuera de sí. La escisión del yo entre estas dos

facetas de su personalidad pudo ser captada ejemplarmente un día en que, al explicar cómo se producen esos episodios de fin de semana, dijo: “De pronto, me veo en la barra de un bar pidiendo una cerveza; a partir de ahí ya no controlo nada”.

Es decir, hay un instante en que la parte *neurótica* del yo del paciente es capaz de *ver* en acción a la otra parte y darse cuenta de lo que va a suceder una vez haya consumido esa primera cerveza; ello no obstante, le resulta imposible detener el decurso de los acontecimientos. Una secuencia como esta, en la que se da en un instante de conciencia en pleno funcionamiento de la desmentida, es frecuente en muchos adictos, perversos actuadores y psicópatas, en el momento anterior a perpetrar la acción.

4. Tratamiento

Los pacientes fronterizos requieren un largo trabajo mediante el cual se construyan los aspectos de su yo que quedaron pendientes en las primeras etapas de su evolución como sujetos. Para abordar este tipo de casos, el terapeuta ha de poder tolerar estados desorganizados en su propia mente, Milner (1952). Estos estados son de los que brotan el crecimiento y la creatividad. Promover el crecimiento y la creatividad en ellos les ayudará a poder hacer ese difícil camino.

Según O. Kernberg, la terapia de apoyo fracasa muchas veces con estos pacientes. La finalidad de este tipo de terapia es reforzar las defensas del paciente, impidiendo la aparición de la transferencia primitiva y promover la formación de una relación operativa destinada a ayudar al paciente a conseguir patrones de conducta más adaptativos. El fracaso proviene porque al impedir la transferencia primitiva, las particulares defensas de estos pacientes dificultan que se forme un tipo de relación con el terapeuta que cree la “alianza terapéutica”. La terapia puede entrar en una prolongada vacuidad y los esfuerzos del terapeuta para brindar su apoyo al paciente no encuentran en este la capacidad de integrarlo.

Para la mayoría de personalidades fronterizas el tratamiento indicado sería una psicoterapia psicoanalítica con modificaciones en la técnica, con las siguientes características:

1. Establecimiento claro del encuadre: condiciones dentro de las cuales se desarrollará la terapia.
2. Elaboración sistemática de la transferencia negativa manifiesta y latente, desviándola hacia fuera para mostrarle al paciente esos rasgos en su relación con los demás.
3. Señalamiento de sus maniobras defensivas patológicas a medida que aparecen en la transferencia.
4. Utilización de factores estructurantes externos: internación, hospital de día, centros de acogida, etc. en casos que lo necesiten para que no se cronifiquen.
5. Abordar selectivamente los aspectos del paciente que disminuyen su visión de la realidad.
6. Utilizar la transferencia positiva para reforzar la alianza terapéutica..

7. Estimulación de las expresiones más adecuadas a la realidad de sus conflictos sexuales para evitar que su tendencia a la agresión pregenital dificulte la adaptación del paciente.
8. El tratamiento de estos pacientes tiene similitudes con el tratamiento de la psicosis. Razón por la cual, es necesario un encuadre estable en cuanto a los días y horarios de atención y de un terapeuta confiable y contenedor que también esté dispuesto a atenderle en las emergencias, responder a sus llamadas telefónicas a distintas horas del día, sobre la base de la asunción de un compromiso justificado tanto desde la técnica como desde la ética.
9. En cambio, con pacientes de tipo manipulador y con gran tendencia a la actuación se ha poner límites a esta disponibilidad. Y dejar bien claro que no se toleraran agresiones.
10. O. Kernberg (1978;1983), señala la necesidad de un apartamiento temporario de la neutralidad analítica en el tratamiento de estos pacientes, cuando las circunstancias requieren que el terapeuta actúe a la manera de un superyó auxiliar que establece límites frente a los episodios de *actings out* destructivos del sujeto, los que ponen en riesgo a este o a otros, o bien atentan abiertamente contra el encuadre y la continuidad del tratamiento.

El mantenimiento de la relación terapéutica, posibilitado por estos parámetros, pone las bases para el eventual desarrollo de nuevas formaciones identificatorias estructurantes y saludables que darán al paciente una identidad más firme en lugar de la sobreimpresión de una fachada imitativa.

Dificultades del tratamiento

- La pobreza de sus representaciones mentales se manifiesta en problemas para entender el sentido de las interpretaciones o señalamientos del terapeuta o para poder trabajar con ellas. Es frecuente que entre una sesión y otra el asunto se haya borrado de su mente y que no retomen el tema.

El obstáculo para la representación mental se deriva de la falta de una conexión adecuada entre la representación de cosa y la representación de palabra y una impulsiva tendencia a la acción, mal contrarrestada por un superyó poco desarrollado.

- Tampoco es raro que en estos pacientes falten recuerdos de la niñez, lo que obedece a la imposibilidad de representar las situaciones traumáticas tempranas, se hallaría asimismo relacionado con el carácter sumamente doloroso de los acontecimientos vividos y que para el paciente constituye *lo irrepresentable...* Contra lo cual ha erigido todas sus defensas.

El efecto es que para evitar los recuerdos traumáticos se suprimen todos los recuerdos, sería como “tirar al niño con el agua del baño”.

- En un sujeto que cuando niño -e incluso después- ha sido privado de la presencia y el afecto parental no es recomendable el empleo inicial del diván y sí en cambio la posición frente a frente como dice Kernberg. La privación sensorial de la figura del analista, podría reactivar iatrogénicamente el trauma precoz, incrementando las angustias de desvalimiento, separación y vacío y la desconfianza

hacia el terapeuta; por tanto conspiraría además contra el establecimiento de una buena alianza terapéutica.

- Esto se puede modificar si se dan las condiciones adecuadas: fronterizos que mantienen un cierto funcionamiento psíquico que los aproxima a los neuróticos; posibilidad de contar con una elevada frecuencia de sesiones semanales; analista adiestrado para comprender y tolerar emocionalmente las vicisitudes regresivas del paciente.
- A lo largo del tratamiento no es raro que sea el propio terapeuta quien se convierta en el ansiado objeto para el paciente límite (Braier, 2004), lo que puede dar lugar a una particular transferencia, de características adictivas, muy regresiva, con gran dependencia del terapeuta e idealización de su figura. Pero con el riesgo permanente de pasar al otro extremo convirtiéndose en una figura denigrada y despreciada o bien persecutoria.

Para una evolución favorable el trabajo terapéutico con el fronterizo ha de ser continuado y prolongado, en el que se le otorga especial importancia a la posibilidad por parte del paciente de la búsqueda y encuentro de un objeto significativo, por el cual sentirse amado (objeto-sostén) y que le brinde su respaldo y compañía. Dicho objeto será un subrogado de las figuras parentales que en el caso de los sujetos limítrofes suelen representar preferentemente a la madre nutricia y al padre protector.

En sujetos con antecedentes de graves carencias y maltratos en la niñez y en los que, por su evolución favorable -llegan a veces a descollar por su creatividad y trascendencia social- cabe hablar de *resiliencia*, sus historias de vida suelen registrar la presencia de una figura (pareja, maestro, tutor, etc.) que habrá de resultar de fundamental importancia en la recuperación, sostén y desarrollo de la persona en cuestión