

Revista Latinoamericana de Psicopatología

Fundamental

ISSN: 1415-4714

psicopatologafundamental@uol.com.br

Associação Universitária de Pesquisa em

Psicopatología Fundamental

Brasil

Singer, Flora

La borderización del sujeto

Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental, vol. VIII, núm. 4, diciembre, 2005, pp. 694-
705

Associação Universitária de Pesquisa em Psicopatología Fundamental
São Paulo, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233017491008>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

Rev. Latinoam. Psicopat. Fund., VIII, 4, 694-705

La borderización del sujeto*

Flora Singer

Se analizan en este trabajo ciertas producciones de relaciones de objeto propias a la clínica border-line, pero también a las adicciones y a ciertas situaciones de duelo. De tipo narcisístico, éstas están connotadas desde una doble valencia vivo-muerto, amparador-destructor, y diseñan una figura constituida por un yo que no puede sustentar un conflicto intra-psíquico, una puesta afuera por obra de la proyección – puesta afuera que constituye una desposesión de una parte de sí mismo intolerable –, y la producción de una relación de objeto significativa, que sustituye un trabajo de representación.

La “borderización” implicada en esta figura permite, como paradigma, mantener la diversidad de los cuadros clínicos unidos por esta figura común, en forma diferente y complementaria al abordaje nosográfico del border-line.

Palabras clave: Border-line, objeto significativo, paradigma, figura proyectiva

* Versión ampliada de intervención en Panel de debate sobre *La clínica borderline*, Livraria Pulsional, São Paulo, 2004. Basada en investigación de posdoctorado efectuada en el Laboratorio de Psicopatología Fundamental, Director Prof. Mário E. Costa Pereira, Unicamp, financiada por la Fapesp, sobre “Límites y pasajes. El paradigma borderline”, 2003-2004.

Nos es familiar una clínica del conflicto neurótico en donde un espacio intrapsíquico de fantasías y representaciones compromete el Edipo, la sexualidad, la segunda tópica, la represión. La clínica *borderline* se despliega en otro espacio. En términos generales, hay consenso en ubicar la problemática del sujeto *borderline* en experiencias tempranas de insatisfacción que afectan la constitución de los límites del psiquismo y las funciones sintéticas del yo. A partir de un trauma primordial que no puede ser metabolizado por las vías intrapsíquicas, la fragilidad del yo conduce a un trabajo de clivaje, de desligazón, y en general, a un funcionamiento arcaico de tipo proyectivo. Existe una incapacidad funcional de crear derivados del espacio potencial, con lo cual es la posibilidad de simbolización y del propio trabajo psíquico que se ve afectada y que lleva a un empobrecimiento de las vías representacionales. Se compromete con ello un modelo diferente al de las neurosis: una funcionalidad del yo cuyas distorsiones toman el borde entre lo psíquico y lo externo y que pone afuera el conflicto bajo forma de *actings*, somatizaciones y relaciones de objeto peculiares.

El territorio *borderline* integra filiaciones teóricas diversas (línea inglesa, francesa, *ego psychology*) y cuadros diversos: disturbios narcisísticos, adicciones, psicopatologías alimentarias, afecciones psicosomáticas. Frente a esta diversidad, dos posiciones teóricas prevalecen: una, que a partir sobre todo de los trabajos de Kernberg delimita una estructura con cierta especificidad (organización *border* de la personalidad), y otra, sobre todo representada por la línea francesa, que en lugar de referirse a una estructura específica, se refiere a estados-límites. Más que expedirse dentro de un orden nosográfico, reflexiona acerca de estados transitorios, cuadros críticos, y las dificultades terapéuticas y transferenciales propias a estos pacientes catalogados como “difíciles”.

No optamos por tomar partido por una u otra posición, sino que nos interesa interrogar la propia fluctuación que va de una a otra, pensar cuál es su inteligibilidad interna, y ver si puede tener sentido y ser útil clínicamente. Es en el trabajo de objetalización que creemos que un pasaje clínico y metapsicológico puede ser pensado entre estructuras estables y estados transitorios, y en él centraremos este trabajo.

El trabajo de objetalización producto del clivaje y las identificaciones proyectivas conduce en el sujeto *borderline* a relaciones de objeto de características particulares. El objeto externo, no del todo diferenciado, se

constituye en soporte de objetos internos proyectados. Objeto de ataque y objeto libidinal, es capturado en la angustia de intrusión/angustia de separación característica al sujeto *borderline*. Ese objeto significativo externo sostiene de esa manera paradojal la propia subjetivación desfalleciente del sujeto. La cualidad de esta relación, marcada por una economía de retener/expulsar, es de tipo narcisístico. La subjetivación, dependiente del lazo objetal, no termina de constituirse, como tampoco el objeto. La diferenciación yo-objeto se ve degradada y en la lógica paradojal que se instala, el espacio transicional que va del objeto a un trabajo de simbolización no termina de instaurarse. Lo que se instaura es, por vía de la desligazón, la concretización de la cosa que se (re)presenta y obtura una ausencia vivida como vacío intolerable.

Tal es el caso de aquella paciente hospitalaria que realiza con sus dolencias y con el nexo con el hospital, la restitución del lazo con su madre muerta. Las piedras que lleva en la vesícula son el cuerpo materno así preservado. Su vientre cobija ese peso muerto, anti-metáfora de un dolor que sólo puede ser dicho como dolor corporal y como homofonía “pedra-perda”,¹ esbozo significante de lo indecible. Operada de sus piedras, el dolor se perpetúa en una cicatriz que no cierra, y en un intento de suicidio como última forma de restituir el vínculo con el Otro primordial. Sólo el restablecimiento del lazo social bajo la forma de poder continuar deambulando con sus dolores por el hospital la salvará de esta solución última, para recomponer la única alternativa posible – por lo menos hasta ese momento de su tratamiento psicoterapéutico – la de preservar su equilibrio en el límite de lo muerto-vivo.

La producción de este tipo de relación objetal narcisístico que recorre la clínica *borderline*, se encuentra también en otras situaciones clínicas. Compromete tanto cuadros claramente *borderline*, como procesos críticos, vinculados a procesos adolescentes, duelos o adicciones.

En esos casos un trabajo elaborativo interno no puede hacerse debido a un espacio transicional colapsado. Sea por fallas en una estructuración subjetiva temprana, pero también por una efracción traumática actual que el psiquismo no está en medida de absorber, un trabajo de objetalización parecería tomar el lugar de un proceso de elaboración interna.

Con la amplitud con la que abordamos tanto organizaciones estables como coyunturas críticas, no nos referimos exclusivamente a un trauma primordial fundador de la subjetividad, sino también al desencadenante y acompañador de procesos críticos psicopatológicos. Una efracción traumática que el psiquismo no puede absorber por la vía elaborativa constituye así un elemento común a

1. En portugués en el original.

organizaciones estables y estados críticos. La noción de traumatismo cumulativo de M. Khan no es ajena a la idea de un trauma que circula, se actualiza, extiende sus límites en una temporalidad e introduce un pasaje entre estructuras y estados.

Las adicciones nos suministran el prototipo de una producción de relación a un objeto significativo: un objeto real que conserva características narcisísticas y que es parojoal, pues opera como soporte de una subjetivación pero representa en algún rasgo lo temido; es controlado y desvitalizado, pero del cual el sujeto depende pues sustituye bajo una forma reificada un trabajo psíquico de representación. El objeto adictivo, tal un *pharmakon* – remedio y veneno, cura y mata, según la noción platónica retomada por Derrida – permite efectuar una sustitución de un conflicto psíquico no tolerado por su puesta a distancia mediante su trasposición al exterior, lo cual permite limitar y localizar el elemento paranoide. Dice S. Le Poulichet que frente a una “sustancia psíquica” no tolerada, interviene una sustancia droga externa como “agente terapéutico”. La incorporación de esa sustancia externa juega un rol intrapsíquico; puede representar la tentativa de identificación a la misma, haciéndose a sí mismo un cuerpo extraño cuando ciertos contenidos psíquicos inquietantes amenazan al yo con una invasión de angustia y confusión. Se instaura así una dialéctica de un sí mismo que debe apelar a un soporte externo al psiquismo para intentar construir un límite adentro-afuera, límite condicionado por la externalización de lo traumático, y que al mismo tiempo que intenta evitar lo traumático construye un escenario de repetición de éste, ya que signado por la negatividad y la destructividad.

Lo externo puede coincidir con la realidad externa como en el caso de las sustancias adictivas, pero no necesariamente se superpone con ella. Ese soporte externo puede ser la sustancia droga, pero más allá de las adicciones, puede ser también el propio cuerpo vuelto extranjero en los extraños juegos dialécticos de continente-contenido, vacío-lleno, a los que debe apelar para marcar su existencia, como en el caso de la bulimia-anorexia. Lo externo tiene que ver con una exteriorización en relación al espacio intrapsíquico como manera de resolver el conflicto en un movimiento eyectorio, de puesta afuera de lo intolerable, inverso al de la constitución de un espacio transicional, que en un movimiento interoceptivo inviste el espacio psíquico y permite un aire elaborativo.

Winnicott menciona el fetichismo y la toxicomanía entre las posibles resoluciones fallidas del proceso transicional. Si el fetiche obtura la falta (de pene), más allá de lo sexual cumple en los casos a los que nos referimos, la función de lo que Rosolato califica de “objeto de perspectiva”, objeto paradigmático que sirve como organizador para pensar toda construcción de objetos que sirven para presentificar una ausencia que no puede simbolizarse, objetos narcisísticos sometidos al control y la reversibilidad. Objetos negativos, ya que ocupan el lugar

de lo no representable, son manifiestos en el caso de las adicciones, y los encontramos también en ciertos procesos de duelo donde la aceptación de la ausencia (aún) no llegó a constituirse.

La situación traumática de duelo conforma a veces un espacio donde se reeditan las dificultades del proceso de constitución de un aire transicional. Anterior a la instancia elaborativa, que supone la aceptación de la separación con el muerto, hay un cambio en la relación al muerto mediante la producción de una nueva figura de relación de objeto. Esta encarna al muerto en una compleja dialéctica vivo-muerto, animado-inanimado, amparador-persecutorio, que lo torna presente, y con un valor quasi-fetichístico evita el angustiante trabajo psíquico de elaboración de la separación. Ello lleva a aproximaciones a un espacio de intercambios que apuntan a mantener la relación de objeto bajo esta nueva forma. Las identificaciones de tipo narcisístico al objeto incluyen las partes muertas del yo del sujeto que perpetúan la relación al muerto.

Hay lutos resueltos muchas veces en opciones objetales bizarras, que caen dentro de lo que Green ha denominado la locura privada y conforman un territorio poco explorado en el proceso de luto que para Freud abre dos posibilidades: la elaborativa, por la cual el objeto es aceptado por ausente y la libido puede fijarse en otros objetos, o la melancólica. La calificación de duelos melancólicos a este tipo de resolución al que me refiero, obtura tautológicamente la cuestión, pues deja sin explicar el trabajo de objetalización a que el psiquismo se aboca para paliar la angustia y eludir el conflicto. Esos objetos acompañadores son un *pharmakon* que revive el trauma en un espacio narcisístico a doble valencia. Es el caso de una paciente, casada y con una vida aparentemente estabilizada, que por la época en que su madre muere hace un viraje homosexual que pone en peligro esa estabilidad. Esa es su propia queja al entrar en tratamiento, como si algo inquietante hubiera irrumpido en su vida.

Esas relaciones de objeto tienen características similares al objeto significativo de la clínica *borderline*. Ese objeto preserva contra la separación intolerable, pero también es un objeto persecutorio. La irrupción de una dolencia seguidamente a un duelo muchas veces constituye una neo-realidad que obliga al sujeto a un repliegue narcisista y a tomar cuidados sobre sí mismo, reviviendo la irrupción de lo traumático junto con esos cuidados. Surge de ello una reequilibración de la existencia del sujeto pero a partir de otro lugar, que en algún punto integra – no necesariamente en lo simbólico – la irrupción del trauma así presentificado. El yo desvalorizado del sujeto se encarna en esa relación de objeto. Afecciones psicosomáticas, relaciones objetales de tipo fetichístico, el trabajo de objetalización encarna aspectos vivos del pasado e inertes del presente. Dichos objetos son investidos libidinalmente pero vehiculizan algo de lo inanimado o mortífero. Ponen en juego un escenario especular y narcisista donde se revive algo de lo traumático

y algo de su evitación, algo del agente del desamparo y algo de una función amparadora.

A veces esa relación de objeto es más compleja: es una relación de objeto a un propio contenido psíquico. Hay en ciertas experiencias de pérdida o duelo una reviviscencia de conflictos edípicos o fraternos que, operando en la excitación de la actualización del conflicto, obturan así la falta intolerable. Fragmentos reificados del pasado, ocultan la falta pero también la evocan en la negatividad propia al conflicto. M. Torok se refiere a “empujes libidinales” que pueden encontrarse en ocasión de una situación de duelo que pueden ser tomados en ese sentido.

La supervisión del caso de una paciente histérica, de 50 años, se planteó en términos de una relación muy conflictiva con su marido e hija adolescente. Solo al tiempo, apareció el hecho de que esa paciente había perdido su trabajo: un puesto de mando, que tenía muy investido fálicamente. Seguramente la actualización del conflicto edípico con el marido y la hija recubría defensivamente otra angustia innominada. Esa paciente necesitó revivir conflictos con su familia para sustentar su ser, cuando en otro lugar una pérdida de un soporte identitario la colocaba en un lugar insoportable. Si ello es así, hay un recubrimiento de uno por otro, y entre lo estructural y lo actual, lo edípico es usado como objeto significativo, ese objeto que oculta la falta intolerable pero también la evoca. Si los conflictos edípicos obturan la falta, la primacía de lo sexual en esos casos cumple una función fetiche para el sujeto que pone en ella el soporte de su desamparo.

Es reconocida la teorización de N. Abraham y M. Torok acerca de la cripta, ese lugar secreto donde se instala un duelo indecible, antimetáfora que a veces aparece causando efectos extraños y cortocircuitando la realidad psíquica. Ese enquistamiento es una estrategia de alejamiento de lo intolerable para el psiquismo, estrategia que forma figuras de pliegues y recubrimientos en el propio material psíquico, como el recubrimiento del desamparo por el conflicto edípico. Esas figuras son además tanto más complejas porque en el límite entre el adentro y el afuera diseñan un territorio de intercambios singulares entre contenidos psíquicos eyectados y soportes externos, o contenidos psíquicos que actúan como externalizaciones. Unos y otros son capturados en la función narcisística de sustentar una subjetivación desfalleciente. La noción de sustancia psíquica tomada de Glover permite señalar la cualidad sustancializada de contenidos psíquicos no reconocidos como tales, despojados de su potencial significante y subjetivante. Pero también los soportes externos están sujetos al desconocimiento y la codificación, tomados en un trabajo de objetalización del psiquismo. Unos y otros ocultan una falta no simbolizable, allí donde un aire elaborativo no se instaura. Estas figuras impiden explicaciones lineales. No hay linearidad, hay recubrimientos, y una *cualidad border* en situaciones traumáticas de pérdida, donde la

producción de una relación a un objeto significativo sustituye un trabajo de representación.

La organización *borderline* tiene un indudable valor clínico desde el ángulo estructural, pero el movimiento por el cual el concepto de *borderline* incluye al lado de la organización, su propia desterritorialización para dar cuenta de situaciones psicopatológicas diversas y próximas, posee igualmente un potencial explicativo no desdeñable. Permite rescatar frente a organizaciones estables procesos críticos; permite rescatar una cualidad *border* que en la dispersión de las configuraciones clínicas, afina nuestra escucha de lo indecible porque no representable. Una figura se presenta como constante en estos casos, y por ello le otorgamos el valor de un operador clínico y metapsicológico. Una figura mediante la cual es eyectado a un afuera (lo real de la realidad, pero también de lo no representado) lo intolerable para el psiquismo. Algo cae fuera del trabajo de sentido y va hacia el trabajo de objetalización en un movimiento inverso al espacio transicional. Si en éste la ausencia de objeto determina un trabajo de simbolización, el espacio de esta figura es un espacio de un plus-de-cosa, donde la ausencia es vivida como vacío y llenado de un objeto narcisístico que en el borramiento de los límites interno-externo presenta – ya que no representa – un esbozo significante y un esbozo de subjetivación. Puesta afuera y función objetalizante, sujeto y objeto son capturados narcisísticamente en una escena de repetición de lo traumático. Fenómeno de borde, instaura un proto-sentido en el propio límite del sentido, lo que constituye su dificultad – y su desafío – terapéutico.

El *borderline* se constituye así como cuadro nosográfico, pero también como agrupamiento clínico de figuras complejas y heterogéneas que participan en distinta medida de otros cuadros. En ese centro virtual se configura un modo de funcionamiento psíquico, estructural o crítico: una organización psíquica vulnerable, un funcionamiento intrapsíquico amenazado por cierta cuota desorganizativa, y un borramiento de los límites del yo. La resolución del conflicto por obra del clivaje diseña una constante: una figura constituida por tres instancias, un yo que no puede sustentar un conflicto intrapsíquico, una puesta afuera por obra de la proyección, puesta afuera que constituye una desposesión de una parte de sí mismo intolerable, y la producción de una relación de objeto.²

En el límite entre lo interno y lo externo, ese movimiento de pasaje a un afuera pone de manifiesto que los propios límites de ese pasaje no están claramente establecidos. Se produce una fuga, un vaciamiento del espacio

2. Esta configuración guarda relación con los conceptos kleinianos de proyección e identificación proyectiva. No obstante no sería adecuado efectuar una aplicación directa de dichos conceptos sin un previo trabajo metapsicológico de su des-contextualización y re-contextualización, lo que excede los límites de este trabajo.

psíquico y otro tipo de transicionalidad precipita la conformación de una relación de objeto anclada en lo real, ya sea porque se establece una relación a un objeto externo significativo o porque los propios materiales pierden su cualidad psíquica.

Esa figura que conforma un movimiento de eyección compromete el nexo sujeto-objeto, adentro-afuera, y crea otro tipo de transicionalidad. Propia a la dificultad elaborativa del *borderline*, permite no obstante pensar articulaciones clínicas y teóricas en fenómenos de *borde* en relación a procesos críticos y a situaciones clínicas diversas que tienen que ver con un aire transicional fallido en relación a una pérdida no simbolizada.

Los sistemas categoriales de tipo nosológico constituyen tentativas de clarificar y ordenar los fenómenos psicopatológicos. La clínica *borderline* gana claridad con ese ordenamiento, valioso a la hora de confrontarnos con cuadros clínicos y poder identificarlos en relación a estos modelos. Pero el tipo de inteligibilidad que estos sistemas ofrecen, funciona en un sentido único, y cuando se convierten en sistemas hegemónicos anulan la inteligibilidad de lo psicopatológico en otro sentido.

¿Qué es lo que las nosografías no permiten? Las nosografías agrupan los fenómenos psicopatológicos por sus grados de generalización y los rasgos que tienen en común. Apuntan además, a cuadros relativamente estables y estados finales. Este orden claro, definido, basado en una regularidad y generalidad de los fenómenos, necesariamente homogeneiniza fenómenos clínicos diversos y reabsorbe sus matices y diferencias. Hay una transversalidad en el campo *borderline*, constituida por cuadros que lo integran, que presentan homologías pero que no son asimilables específicamente a las organizaciones *borderline*, la que nos hace pensar que el resto, lo que cae fuera, merece ser considerado. Hace pensar que la dispersión en relación a la organización es tan importante como la organización misma, y hace pensar qué tipo de límites y qué tipo de concepción de lo psicopatológico estamos usando. Todo ello determina nuestra mirada clínica.

Es particularmente en la clínica *borderline*, por la variedad de sus subcuadros, que esta interrogación surge como un síntoma, la interrogación de cómo eludir la dicotomía entre organizaciones prevalentes y los cortes diacrónicos (estados o procesos críticos) y sincrónicos (sub-cuadros) de su dispersión, de manera de dejar abierto un pasaje y un enigma entre ellos. La cuota de enigma que la clínica necesariamente integra debe ser preservada. Los límites de los que estamos hablando, más que límites entre alteridades definidas, son zonas de pasaje no del todo determinadas, en donde el enigma debe ser incluido en esa indeterminación.

Es difícil conceptualizar otro tipo de límites que los claramente definidos. Pero en esos casos, lo parojoal es que los límites entre estructura y proceso crítico se caracterizan por una ausencia clara de límites. Los propios límites fuera

de una perspectiva nosográfica que los plantean como claros y definidos, se tornan difusos. Por esa insuficiencia de toda linearidad la clínica *borderline* cuestiona qué tipo de límites estamos usando, inclusive los de nuestros propios modelos teóricos. En todo caso el modelo lineal de límite se revela insatisfactorio y es otro tipo de límite, vecino al concepto derridiano de *différance*, el que la clínica pone de manifiesto. La *différance* marca una escansión en la mezcla, hay de lo uno en lo otro. En esa frontera, ya no categorial y clara sino esencialmente difusa, la diferencia entre estructura prevalente y proceso crítico sólo puede inferirse hipotéticamente y *a posteriori*, en la historia de una vida o la historia de una transferencia. Quizás sea la dificultad de aceptar este saber difuso, que es propio al psicoanálisis, que nos hace muchas veces volcarnos a la claridad tranquilizadora de las grandes clasificaciones.

Esta concepción de una frontera difusa permite otro tipo de inteligibilidad y pensar una serie de cosas:

1. introducir un lugar para los procesos críticos temporarios al lado de las organizaciones estables y permanentes;
2. repensar una concepción de lo psicopatológico no necesariamente categorial sino inherente a todo sufrimiento y como tal, esencialmente subjetiva;
3. restituir el *pathos* inherente a lo normal de la vida cotidiana, el del sujeto en estado crítico, en duelo, en crisis de adolescencia;
4. reintroducir el factor externo, olvidado por nosotros psicoanalistas, que le damos prevalencia al mundo interno a partir de una visión ontogenética, la de una primera estructuración subjetiva derivada de los cuidados de base. Sin duda pertinente pero que a veces olvida el factor externo como precipitador de procesos críticos y también como potencial restitutivo, o sea, en sus aspectos desorganizativos-organizativos.

La categorización *borderline* puede aumentar así su potencial heurístico confrontada a sus límites y prolongaciones. Esas prolongaciones le permiten adquirir consistencia fenomenológica en relación a la dispersión de figuras singulares y próximas.

Es así que más allá de lo categorial el *borderline* se constituye en paradigma: un conjunto dinámico de saber en proceso de producción y revisión, que toca tanto los contenidos clínicos como los modelos y procedimientos. La problemática *borderline* estudiada como paradigma atraviesa la nosografía e interroga la metapsicología creando movimientos, líneas de convergencia y obligando a la creación de nuevas metáforas y reagrupamientos significantes que sirvan como soportes de inteligibilidad ante lo enigmático.

El paradigma *borderline*, sin dejar de reconocer la evidente operatividad clínica del abordaje nosográfico, se interroga acerca de una funcionalidad psíquica

y su posible extensión. Esa extensión no es tomada desde el ángulo de la subsunción de todo aquel fenómeno clínico que participara de este funcionamiento, sino por el contrario, desde la dinámica de sus apariciones, en mayor o menor grado, en cuadros clínicos que en todos los casos conservan sus particularidades. Frente a la unificación del abordaje nosográfico, la dispersión que provee el paradigma permite un movimiento complementario con el primero que ilumina una clínica en sus *bordes*.

Entre lo estructural y lo crítico se instala un territorio intermedio, de sus mezclas y su indeterminación. Podemos hablar de un sujeto borderizado?

Cuando la teoría se descarga de su peso categorial, la escucha de lo cotidiano nos hace pensar si no estamos frente a otro tipo de sujeto, no ya de prevalencia neurótica y de angustia de castración, sino en una prevalencia de angustia de muerte y desamparo que lo acercan al *borderline* y si no estamos en una cultura que torna al individuo cada vez más borderizado.

La fragmentación del tejido simbólico y social, la caída de los ideales, fracturas de estructuras laborales y familiares, sumen al sujeto en el desamparo y la depresión. Podemos preguntarnos si al lado del estallido y cambio de soportes simbólicos de referencia, no hay también un cambio de soportes de la figura de la eyección, donde el trabajo de objetualización de lo negativo que la constituye necesita, para adquirir figurabilidad, de nuevas objetualizaciones. En ese caso la declinación de ciertas estructuras – pareja, familia – que podrían sustentar ese movimiento de puesta afuera, podría desplazar el mismo a otras relaciones de objeto. Cuerpos, sustancias, se constituirían así en nuevos soportes que permiten anudar el sufrimiento en el afuera. Estas interrogantes marcan sin duda un camino a ser profundizado.

Lo cierto es que hay una realidad que funciona en un exceso traumático que no puede ser integrado, o por lo menos, no inmediatamente, en el trabajo psíquico del sentido y las representaciones, que sólo vienen después. Lo ambiguo, lo vertiginoso, el cambio de sentido al cual el psiquismo no puede hacer frente inmediatamente, y responde a menudo más desde el clivaje que desde la represión, hace que el campo *borderline* se constituya en paradigma del sujeto actual.

Los dramas de la identidad, las experiencias de una cultura fluctuante, bases económicas y sociales inestables, las fronteras se tornan inestables y solicitan un pensamiento menos rígido, menos excluyente y menos categorial. Quizás la clínica *borderline* se corresponda con esta experiencia de lo difuso, y requiera un pensamiento y una lógica diferentes: una percepción de las diferencias y los procesos más que de los estados finales, o por lo menos, junto a ellos.

Todo ello requiere del psicoanálisis una rotación de la percepción clínica y otra relación con el sentido: no ya el sentido de lo reprimido, sino una búsqueda

de un primer sentido frente a lo traumático. En ese caso el sujeto borderizado es más que una figura clínica, es un desafío teórico, epistemológico, y un desafío para el analista, el de poder aumentar el campo de escucha de lo cotidiano.

Referencias

- ABRAHAM, N. y TOROK, M. (1968). *A casca e o núcleo*. São Paulo: Escuta, 1995.
- DERRIDA, J. La pharmacie de Platon. In: *La dissémination*. Paris: Seuil, 1972.
- FREUD, S. (1917). Deuil et mélancolie. In: *Métapsychologie*. Paris: Gallimard, 1952.
- GLOVER, E. On the aetiology of drug-addiction. *International Journal of Psychoanalysis*, v. XIII, p. 298-328, 1932.
- GREEN, A. *La folie privée*. Psychanalyse des cas-limites. Paris: Gallimard, 1990.
- KERNBERG, O. *Borderline conditions and pathological narcissism*. New York: Jason Aronson, 1975.
- KHAN, M. (1963). Le concept de traumatisme cumulatif. In: *Le soi caché*. Paris: Gallimard, 1974.
- LE POULICHE, S. De la “substance psychique” au paradigme de l’addiction. In: *Les addictions*. Paris: PUF, 2000.
- ROSOLATO, G. Le fétichisme dont se dérobe l’objet. *Nouvelle Revue de Psychanalyse*. Paris: Gallimard, n. 2, 1970.
- SINGER, F. El duelo: ¿qué modelización? *Revista Latinoamericana de Psicopatología Fundamental*, São Paulo, v. II, n. 1, p. 129-40, mar./1999.
- WINNICOTT, D. W. (1971). *Jeu et réalité*. Paris: Gallimard, 1975.

Resumen

Neste trabalho são analisadas determinadas produções de relações de objeto próprias da clínica borderline, mas também presentes nas adicções e algumas situações de luto. De tipo narcisista, essas produções estão conotadas desde uma dupla valência vivo-morso, amparador-destruidor e desenham uma figura constituída por um eu, que não pode sustentar um conflito intrapsíquico, um colocar fora produto da projeção – colocar fora que constitui um despojamento de uma parte de si mesmo intolerável –, e a produção de uma relação de objeto significativa, que substitui um trabalho de representação.

A “borderização” implicada nessa figura permite, como paradigma, manter a diversidade dos quadros clínicos unidos por essa figura comum, em forma diferente e complementar à abordagem nosográfica do borderline.

Palavras-chave: Borderline, objeto significativo, paradigma, figura projetiva

Nous analyserons certaines productions de relations objectales que l'on trouve à la clinique border-line ainsi que dans les addictions et dans certaines situations de deuil. Ces productions, de type narcissique, possèdent une double valence mort/vivant, amparateur/destructeur. Elles déterminent une configuration constituée par un moi qui ne peut pas soutenir un conflit intrapsychique, une mise en dehors par oeuvre de la projection – telle une dépossession d'une partie de soi-même intolérable – et la production d'une relation d'objet significative qui substitue un travail de représentation.

La “borderisation” impliquée dans cette configuration permet, en tant que paradigme, de maintenir la diversité des cadres cliniques unis par cette configuration qui leur est commune, de façon différente et complémentaire de l'abord nosographique du border-line.

Mots clés: Border-line, object significatif, paradigme, configuration projective

We analyse certain productions of object relations found in the borderline clinic as well as in addictions and in some mourning situations. These productions are of a narcissistic kind, and have a double value: death/alive, protector/persecutor. They create a configuration made of three elements, a self that cannot sustain an intrapsychic conflict, a movement of throwing out by projection – which represents a dispossession of intolerable parts of the self – and last, the production of a significative object relation, which substitutes representation labour.

The “borderization” which this configuration implies acts as a paradigm. As such, it allows to maintain diversity of clinical pictures under this common configuration, in a different and complementary way of the nosographic approach of borderline.

Key words: Borderline, significative object, paradigm, projective configuration