

**La parte psicótica
de la personalidad
en el fronterizo (borderline)
1.ª parte**

Alberto Espina*

*A. Espina
El pinar, 2. ETUME.
28008 San Sebastián.

INTRODUCCION AL CONCEPTO DE FRONTERIZO

Numerosos autores han escrito sobre los pacientes que se encuentran en el límite, en la frontera, entre las neurosis y las psicosis.

En algunos momentos el término borderline ha sido "un cajón de sastre" donde se ponían los casos que no encajaban en un cuadro psicótico o neurótico.

Otros autores han propuesto distintos nombres para patologías que están en relación con los trastornos borderline de la personalidad.

H. Deutsch (11) habla de las personalidades "como si" adaptadas a la realidad pero sin una identidad estructurada, lo que les lleva a imitar y representar actitudes acordes con su medio.

J. Frosch (15) habla del "carácter psicótico" en el cual no aparecen episodios psicóticos y hay trastornos en el contacto con la realidad, pero tienen otras características que lo diferencian del borderline como luego veremos.

J. Bergeret (1) describe los casos límites en los cuales aparece una cronicidad del trastorno y una depresión anaclítica como elemento predominante lo cual los diferencia de los borderlines, según las conceptualizaciones de otros autores.

B. Boyer (8) presenta varios casos de "Esquizofrenia seudoneurótica" en la que aparecen trastornos del pensamiento y de la sexualidad encuadrados en una patología crónica. Pero no aparecen otros elementos comunes a los fronterizos.

O. Kernberg es uno de los autores que más ha aportado al estudio del paciente fronterizo, "El término organización fronteriza de la personalidad, más que 'estados fronterizos' o cualquier otra denominación, es el que mejor describe a los pacientes que presentan una organización patológica de la personalidad, específica y estable y no un estado transitorio que fluctúa entre las neurosis y psicosis" O. Kernberg (20).

Según este autor estos pacientes presentan episodios psicóticos pasajeros, desarrollan una psicosis de transferencia, poseen juicio de realidad y neurosis polisintomáticas con fantasías perversas múltiples.

Su Yo es débil no tolerando la ansiedad ni controlando los impulsos; sufren regresiones al proceso primario y no tienen los canales de la sublimación desarrollados.

Utiliza mecanismos de defensa primitivos, principalmente la escisión junto con la identificación proyectiva, idealización, negación y omnipotencia. El borderline al utilizar el Splitting no puede integrar lo libidinal y lo agresivo produciéndose una escisión entre las introyecciones más y menos con la consiguiente división del self.

Al tener imagos excesivamente buenas y malas no integradas el borderline tendría según Kernberg: 1) Un SuperYo no integrado, proyectando los aspectos censuradores y exigentes.

2) Una no asimilación realística de los padres.

3) Un uso defensivo del self ideal en detrimento del self narcisístico.

4) Adaptación a la realidad pero sin internalización profunda de la realidad social.

Todo lo cual produce como rasgos caracterológicos: La poca capacidad para la evaluación realística de los otros, adaptándose mientras no haya implicación emocional, superficialidad, pulsiones pregenitales y genitales infiltradas de agresión.

Al tener introyecciones e identificaciones contradictorias le falta un concepto integrado del self y de los objetos totales en relación con el self, teniendo una identidad inconsistente que le da una cualidad "como si" a sus actos.

"La difusión de la identidad es un típico síndrome de la personalidad borderline que no se observa en las formas más benignas de patología caracterológica ni en pacientes neuróticos y que es una consecuencia directa de la activa escisión de aquellas introyecciones e identificaciones cuya normal síntesis produciría una estable identidad Yoica" O. Kernberg.

En relación con los aspectos genéticos y dinámicos habla de experiencias de frustración intensa y gran agresividad en los primeros años de vida.

La excesiva agresividad oral es proyectada en la madre provocando una distorsión paranoide de la misma, haciéndose extensiva a los padres unidos.

Para evitar la rabia y los temores orales hay una huida hacia la genitalidad dando lugar a las tendencias sexuales perversopolimorfas y las ansiedades en torno a la sexualidad características de los fronterizos.

En resumen, Kernberg describe las siguientes características en los desórdenes fronterizos de la personalidad:

1) Neurosis polisintomáticas, ansiedad difusa y trastornos caracterológicos "prepsicóticos".

2) Respecto del Yo: debilidad y tendencia a utilizar el pensamiento del proceso primario. Mecanismos de defensa primitivos, en especial la escisión, idealización primitiva, identificación proyectiva, omnipotencia y negación.

3) Una especial patología de las relaciones objetales.

4) Genitalidad infiltrada de agresividad pregenital, especialmente oral.

Grinker, Werble y Drye (17) realizaron un estudio sistemático con 51 pacientes previamente seleccionados haciendo un análisis estadístico de los datos recogidos.

Llegaron a la conclusión de que existía un síndrome borderline caracterizado por: 1) Rabia como afecto esencial; 2) Relaciones anaclíticas, dependientes; 3) Falta de identidad consistente; 4) depresión con tonalidad de soledad. Estos autores describieron también la existencia de 4 subgrupos entre los pacientes estudiados.

Grupo I. La frontera con la psicosis

- 1.- Conductas inapropiadas y no adaptativas tanto individualmente como en grupo.
- 2.- Deficiente sentido de identidad y deficiencias en el sentido de realidad.
- 3.- Conductas afectivas negativas y rabia hacia otros.
- 4.- Depresión.
- 5.- Descuido en funciones elementales. Próximos a la desintegración psicótica.

Grupo II. El síndrome fronterizo central.

- 1.- Compromiso vacilante con el otro.
- 2.- Expresiones de rabia abierta o actuada.

- 3.- Ausencia de indicadores de autoidentidad consistente.
- 4.- Depresión.

Grupo III. De las personas adaptadas-desafectivas-defendidas "como si".

- 1.- Conducta adaptativa apropiada.
- 2.- Relaciones complementarias del tipo "como si".
- 3.- Poca espontaneidad y afecto como respuesta.
- 4.- Intelectualización y desconexión como defensas.

Grupo IV. De la frontera con la neurosis

- 1.- Depresión de tipo infantil con "aferramiento".
- 2.- Ansiedad.
- 3.- Similitud con los caracteres narcisísticos.

Características esenciales en común de todos los grupos

- 1.- Rabia como único o esencial afecto.
- 2.- Trastorno en las relaciones afectivas, que son anaclíticas, dependientes y complementarias.
- 3.- Ausencia de indicadores de autoidentidad consistentes.
- 4.- Depresión con tonalidad de soledad.

J. Gunderson y M. T. Singer (18) describieron 6 características del paciente fronterizo: 1) intenso afecto depresivo u hostil; 2) historia de conducta impulsiva; 3) adaptación social; 4) breves experiencias psicóticas de tipo paranoide; 5) respuestas bizarras, ilógicas o primitivas en test psicológicos no estructurados (por ejemplo el Rorschach) y en los estructurados (Wechsler) respuestas más normales.

6) Parecen normales en las relaciones superficiales y en las íntimas son dependientes, exigentes y manipuladores.

En el DSM III se citan las siguientes características, apareciendo en el fronterizo al menos 5 de ellas:

- 1.- Impulsividad e impredecibilidad, por lo menos en dos áreas potencialmente peligrosas: gasto, sexo, juego, uso de sustancias, robo, bulimia y actos de autoagresión.
- 2.- Relaciones interpersonales inestables e intensas, cambios marcados de actitud, idealización, devaluación, manipulación.
- 3.- Ira inapropiada, intensa o por falta de control.
- 4.- Alteraciones de identidad; incertidumbre en: Autoimagen, identidad sexual, objetivos a largo plazo, pautas de amistad, los valores y lealtades.
- 5.- Inestabilidad afectiva: cambios marcados de estado de ánimo pasando de la normalidad a la depresión, irritabilidad, ansiedad que duran unas pocas horas o días.
- 6.- Intolerancia a estar solo y si lo está, se deprime.
- 7.- Actos autolesivos: intentos de suicidio, automutilación, accidentes recurrentes o peleas físicas.
- 8.- Sentimientos crónicos de vacío y de aburrimiento.

- 3.- Pobre control de impulsos.
 - 4.- Descargas de tensión a través del aparato muscular.
 - 5.- Conductas bizarras.
 - 6.- Trastornos en el lenguaje.
 - 7.- Trastornos en el aprendizaje a pesar de tener un coeficiente normal o alto.
 - 8.- Perturbación en el sentido de realidad con confusión sujeto-objeto.
 - 9.- Aparición de fantasías bizarras, especialmente en análisis, con posibilidad de nivel delirante.
 - 10.- Distintas conductas dentro y fuera de sesión, alternancias impredecibles.
 - 11.- Impresión de caos. Habilidad en el control.
 - 12.- Transferencia intensa con momentos autistas, simbióticos y escasa manifestación a nivel neurótico.
 - 13.- Contratransferencia intensa, sorpresa, horror, imposibilidad de pensar.
 - 15.- Pareja parental con serios trastornos psicológicos.
 - 16.- Todos los casos provenientes de clase media y alta.
 - 17.- Posibilidad de micropsicosis pasajeras e inexistencia de psicosis crónica.
 - 18.- Trastorno de tipo crónico, aunque faltan seguimientos adecuados.
- 3.- Fallos en el control de impulsos.
 - 4.- Intolerancia a la frustración. Expresiones corporales primitivas.
 - 5.- Adaptación suprficial, con actuaciones o conductas bizarras.
 - 6.- Inteligencia normal o alta.
 - 7.- Instrucción secundaria o universitaria.
 - 8.- Trastornos en la relación con la realidad.
 - 9.- Fantasías bizarras conscientes predominantemente de carácterseudomasoquista.
 - 10.- Distinto nivel de adaptación dentro y fuera de sesión, regresiones alternantes y súbitas.
 - 11.- Material caótico y de muy distintos niveles libidinales.
 - 13.- Contratransferencia intensa y agotadora.
 - 14.- Trastornos de la vida sexual.
 - 15.- Pareja parental con seria patología mental.
 - 16.- Todos los casos provenientes también de clase media y alta.
 - 17.- Posibilidad de micropsicosis especialmente durante el análisis, sin verificación de psicosis crónica.
 - 18.- Trastorno de tipo crónico, aunque no hay casos seguidos por encima de los 50 años de edad.

Y como síntomas asociados apunta la rebeldía social, pesimismo, la alternancia con la autoafirmación y síntomas psicóticos transitorios.

C. Paz (34) ha realizado uno de los estudios más importantes sobre el fronterizo analizando los aportes teóricos de la literatura sobre el tema y revisando la casuística internacional para llegar a unos rasgos característicos del paciente fronterizo niño, adolescente y adulto.

Asímismo este autor ha comparado el paciente fronterizo, así conceptualizado, con otros cuadros clínicos: la esquizofrenia pseudo-neurótica, el carácter psicótico y la depresión límite.

Permitiendo una discriminación mayor del síndrome borderline con otros trastornos más o menos parecidos.

Según Paz las características esenciales del paciente fronterizo después de revisar la casuística internacional son:

Niños y Adolescentes

Adultos

- | | |
|---|--|
| <ol style="list-style-type: none"> 1.- Ansiedad intensa limitrofe con el pánico por momentos. 2.- Violentas explosiones de rabia. | <ol style="list-style-type: none"> 1.- Ansiedad constante y difusa. Pánicos. Ansiedades confusionales. 2.- Rabia como manifestación afectivo-agresiva. |
|---|--|

Paz, después de estudiar los casos fronterizos descritos en la literatura internacional, llega a las siguientes conclusiones:

A) Elementos Unificadores: "la cronicidad del trastorno, la posibilidad de profundas regresiones con mantenimiento de sus niveles adaptativos habituales y la no aparición de psicosis a nivel clínico."

B) Elementos muy frecuentes: "Trastornos en la relación con la realidad; trastornos del pensamiento; rabia como manifestación agresiva-emocional; expresiones corporales primitivas; ansiedades confusionales; trastornos de la vida sexual; fenómenos transferenciales y contratransferenciales típicos."

Son personas de menos de 40 años, de nivel universitario e intelectual alto. Incluye entre los fronterizos al "carácter psicótico" (Frosch) pero no a la "esquizofrenia pseudoneurótica" ni la depresión límite (J. Bergeret).

Génesis del síndrome

La psicología del Yo ha hecho grandes aportaciones al estudio genético del síndrome borderline.

M. Mahler (25) ha conceptualizado el desarrollo del niño en 3 fases:

- 1) Fase autista en la que durante las primeras semanas de vida el bebé parece estar en un "estado de desorientación alucinatoria primitiva" en la que se satisface omnipotentemente.

El bebé intenta reducir la tensión desagradable.

El punto de fijación en esta fase daría lugar al autismo infantil.

- 2) Fase simbiótica. Hacia el segundo mes, el bebé forma con la madre una unidad dual dentro de un límite común constituyendo un sistema omnipotente. "El rasgo esencial de la simbiosis es la fusión somatopsíquica omnipotente alucinatoria o delusiva, con la representación de la madre y, en particular la delusión de que existe un límite común entre dos individuos físicamente separados" M. Mahler (26). A este punto se regresaría en la psicosis simbiótica infantil.

- 3) Proceso de separación-individuación constituido por cuatro subfases:

- a) La diferenciación: Alrededor de los 4-5 meses en el apogeo de la simbiosis, el bebé dirige su atención al exterior durante los períodos de vigilia cada vez más prolongados.

A los 6-7 meses comenzará a explorar a su madre, a deslizarse de su regazo y permanecer muy cerca y a jugar a sus pies.

- b) Subfase de ejercitación: Se superpone y sigue a la diferenciación y se extiende de los 7-10 meses hasta los 16. Se subdivide en 2 fases: Durante la primera el niño se aleja gateando de la madre, pero no demasiado; se corresponde con la diferenciación.

En la subfase de ejercitación propiamente dicha, el niño an-

da, se diferencia corporalmente de su madre, crea un vínculo específico con ella y desarrolla los aparatos del Yo autónomo en estrecha proximidad con la madre.

Durante esta subfase necesita a la madre como base de "reabastecimiento emocional".

- c) Reacercamiento: De los 16 a los 25 meses el niño se hace consciente de estar separado físicamente, apareciendo la angustia de separación. Así como en la anterior subfase mostraba una relativa falta de preocupación por la presencia de su madre, ahora se acerca activamente a ella y se preocupa por su paradero.

Busca la interacción con su madre en un nivel progresivamente superior de simbolización y no puede ya participar de la omnipotencia parental, en la que todavía cree.

"En la subfase de reacercamiento, pensamos que se encuentra la fuente principal de la eterna pugna del hombre tanto contra la fusión como contra el aislamiento" Mahler (26).

A los 18 meses, alterna el niño entre el deseo de estar separado de la madre, ser grande y omnipotente y el de que la madre satisfaga mágicamente sus deseos. "El humor que predominaba era el de satisfacción general, la insaciabilidad, tendencia a rápidos cambios de estado de ánimo y a berrinches."

Alternando rápidamente el deseo de alejar a su madre y aferrarse a ella. En la crisis de acercamiento de los 20-24 meses, y con posterioridad, el niño pierde su sentimiento de grandeza y aparece el temor a la pérdida del objeto de amor.

- d) La consolidación de la individualidad y los comienzos de la constancia objetal emocional.

En esta subfase que transcurre durante el tercer año de vida se logra un sentimiento estable de entidad (límites del Yo) y la unificación del objeto "bueno" y "malo" en una representación total.

Se produce también la consolidación primitiva de la identidad sexual. Basándose en esta teoría, F. Masterson (28) y Masterson y D. B. Rinsley (29), atribuyen a la madre del fronterizo el mismo síndrome, no permitiendo ésta que su hijo se individualice, fomentando la unión simbiótica con él.

Durante la subfase de acercamiento, el niño necesita la aprobación de su madre para desarrollar su propia estructura Yoica y crecer; pero la madre le retira la disponibilidad libidinal cada vez que el niño tiende hacia la separación-individuación, lo cual provoca sentimientos de abandono intensos que le obligan a aferrarse a su madre, o a disociar y negar estos sentimientos de abandono y depresión.

Al potenciar la madre la relación simbiótica que conecta con las necesidades de dependencia oral del niño y prohibir con el abandono la separación, introyecta esas dos imágenes maternas.

O. Kernberg (20) llama "Unidad disociada de relación objetal" al conjunto de representación parcial del self, del objeto y el afecto vinculante principal.

"La unidad parcial retrayente" consta de la madre abandonada ante la separación, rabia y depresión de abandono y una vivencia de ser malo. Está cargada de agresión.

"La unidad parcial gratificante" está compuesta por un objeto materno que apoya la conducta simbiótica. Se gratifica el deseo de reunión y la representación parcial del self es de ser bueno y pasivo.

La separación aparece como catastrófica por la depresión de abandono que acarrea, negándose la separación y potenciándose los deseos de reunión que luego son usados como protección abandono; la agresión se dirige contra la unidad parcial retrayente y al no estar neutralizada no sirve para el desarrollo.

Según estos autores esto sería característico del paciente fronterizo no pudiendo lograr la necesaria constancia objetal.

Mantiene una relación de objeto parcial, no puede evocar la imagen de la persona ausente, no tolera la frustración en la relación y no puede llorar la ausencia.

Diagnóstico diferencial

Respecto al punto de fijación veíamos como según la escuela del Yo: M. Mahler, Masterson, Rinsley y Kernberg en particular:

Las psicosis estarían fijadas en las fases autista y simbiótica.

El síndrome borderline en la fase de separación-individuación, más específicamente en la subfase de acercamiento.

En las neurosis las fijaciones tendrán lugar en la subfase de los comienzos de la constancia objetal y consolidación de la individualización y en el comienzo de la fase fálica.

Según Kernberg (20), el psicótico tiene una severa falta del desarrollo del Yo, no teniendo límites y no estando diferenciadas las imágenes del self y del objeto.

El borderline tiene un Yo mejor integrado, diferencia el self del objeto, los límites del Yo son consistentes, excepto en situaciones de gran compromiso emocional, y padecen el síndrome de identidad difusa.

El neurótico tiene un Yo fuerte, existe una separación self-objeto, los límites del Yo son precisos y la identidad es estable.

Ante las dos tareas básicas del Yo 1) diferenciación de las imágenes del self y de los objetos, 2) integración y diferenciación del self y las imágenes de los objetos buenos y malos.

El psicótico fracasa en esta diferenciación por fallos en el desarrollo de los aparatos de autonomía primaria, falta de tolerancia a la ansiedad, excesiva frustración o excesiva agresividad.

El borderline intensifica la escisión, no integrando lo libidinal con lo agresivo, no pudiendo sintetizar las introyecciones positivas y negativas y no puede juntar las imágenes del self y del objeto determinadas agresiva y libidinalmente.

A. Modell (33) describe como característico del psicótico el suspender las relaciones con los objetos externos, mientras que el borderline sería incapaz de abandonar estas relaciones.

En el fronterizo la psicosis sólo ocuparía una parte de la personalidad. Según M. Little (23) en el fronterizo "cuando las ansiedades psicóticas predominan, los núcleos Yoicos están presentes y funcionando pero no están unidos y el Yo no funciona como un todo, la persona no vive psíquicamente en su cuerpo; el Ello y el Yo no se han defusionado; la unidad básica persiste como delirio y la diferenciación no ha tenido lugar" y "esta convicción delirante inconsciente existe solamente en ciertas áreas de la psique del paciente, de otra manera sería totalmente insano."

Según Boyer y Giovachini (9) en el fronterizo las proyecciones tienden a ser más difusas que en la paranoidea, que presenta delirios sistemáticos y focalizados.

A. Wolberg (38) los diferencia del neurótico en que, aunque el fronterizo conserva el contacto y la prueba de realidad, su adaptación es insatisfactoria debido a su agresividad y angustia de separación, no pudiendo estructurar defensas estables.

Otro aspecto importante, ya dentro del síndrome borderline, es la diferencia entre estructura y estados.

Paz (34) habla de "estructura" cuando aparece "una configuración específica, estable y con manifestaciones específicas. Creemos desde ya que los fronterizos reúnen estos requisitos para poder ser pensados y designados como estructuras."

Siendo "su configuración específica y típica: El carácter de estabilidad es uno de los puntos indiscutibles y las manifestaciones específicas agrupan desde la peculiar adaptación social y su alto desarrollo intelectual, su típica rabia y violencia, su fantasear sadomasoquista, sus primitivos mecanismos de defensa coexistiendo con otros mecanismos más modernos, hasta el perfil ofrecido en el Rorschach junto al desempeño contemporáneo en tests como el Wechsler."

Y se refiere a "estado" "como denotando diversas configuraciones y sobre todo un carácter no estable, sino transitorio, pero en especial incluía también parte de las manifestaciones clínicas específicas de las estructuras." En este último grupo estarían los pacientes que tienen síntomas afines a los fronterizos pero que en el proceso analítico no desarrollaban las características típicas del fronterizo como la transferencia psicótica, rabia, confusión, conflicto intenso en el área genital, etc...

Las partes psicótica y no psicótica de la personalidad

Freud escribe en 1938 "El problema de la psicosis sería sencillo si la separación del Yo y de la realidad pudiera lograrse por completo. Pero esto sucede raramente o tal vez nunca. Aún en un estado tan alejado de la realidad del mundo exterior como el de la confusión alucinatoria, nos dicen algunos pacientes, después de curados, que en aquel momento en algún lugar de su mente (según se expresan) se hallaba escondida una persona normal que, como un espectador imparcial, observaba el curso de la enfermedad."

Y más adelante "lo que ocurre en todos estos casos es una escisión psíquica. Se han formado dos actitudes psíquicas en lugar de una, la normal, que tiene en cuenta la realidad y otra que, bajo la influencia de los instintos separa al Yo de la realidad, las dos existen simultáneamente, y el resultado depende de su intensidad relativa."

Luego dice que dependiendo de que predomine la primera o la segunda, el sujeto se curará del proceso alucinatorio, o caerá en la psicosis. Añade que esta escisión del Yo existe también en las neurosis.

Katan decía en 1953 "cuando se rompe el contacto con la realidad hacen su entrada los síntomas de la psicosis, tales como las alucinaciones, ilusiones, etc. No quiere decir esto, que toda la personalidad se haya vuelto psicótica. Para sorpresa nuestra, vemos que una parte de la personalidad continúa comportándose como si la estructura pre-psicótica de la personalidad aún existiera", luego llamará a esta parte de la personalidad "capa no-psicótica".

Pero fue Bion (1957) quien desarrolló el concepto de parte psicótica y no psicótica de la personalidad, definiéndolas como dos modos de funcionamiento mental que coexisten en mayor o menor medida en todo ser humano.

La parte psicótica de la personalidad tiene, según Bion, 4 rasgos esenciales: Una preponderancia de impulsos destructivos, un odio a la realidad interna y externa, que se extiende al aparato perceptivo y mental por hacer consciente esa realidad odiada; pánico de aniquilación inminente, y una relación de objeto prematura que se instaura con tenacidad, siendo a la vez precaria y frágil, lo cual va a definir la relación transferencial.

"El psicótico escinde sus objetos, y simultáneamente toda la parte de su personalidad que le daría conciencia de la realidad que él odia, en muy diminutos fragmentos, y es por eso, que el sentimiento del psicótico, es que no podrá nunca restaurar sus objetos o su Yo. Como resultado de estos ataques de escisión, todos aquellos aspectos de su personalidad que le proveerían de fundamentos para la comprensión intuitiva de sí mismo y de otros, están perturbados desde el comienzo." Bion (1957).

Frente a este funcionamiento mental con predominio de la identificación proyectiva evacuativa, la ecuación simbólica y el pensamiento concreto (parte psicótica de la personalidad) se desarrollan progresivamente las funciones de percepción y discriminación de la realidad externa e interna, de las funciones de juicio de la realidad, manejo simbólico y progresiva adquisición del sentido de la realidad.

La represión permite la separación entre la vida consciente y la inconsciente, como mecanismo adaptativo mantiene disociadas las fantasías inconscientes que, de ser conscientes permanentemente, imposibilitan el contacto con la realidad.

Bychowski (1957) describió tres aspectos que caracterizan el "núcleo psicótico":

- 1.- Persistencia y prevalencia de formas arcaicas de funcionamiento, tales como el pensamiento mágico y el pensamiento al nivel concreto original.
- 2.- Utilización de mecanismos primitivos, como la introyección, la identificación y la proyección primarias, que si bien poseen significación universal para el funcionamiento mental, en los psicóticos asumen el papel principal.
- 3.- La disociación (splitting) del Yo, que ocurre con las actitudes originales del niño, altamente ambivalentes con respecto a figuras esenciales de su ambiente. Todo esto determina el tipo de transferencia que va a establecer el psicótico y de no tener en cuenta estos aspectos, esas transferencias pueden no ser detectables.

J. Blejer (1967) define a la parte psicótica de la personalidad como un remanente de la posición glichro-cárica, anterior a la posición esquizo-paranoide.

"El núcleo aglutinado (la parte psicótica de la personalidad) está formado por las identificaciones más primitivas en las que no se estableció aún una discriminación entre Yo y no-Yo, y constituye — por otra parte — la organización más primitiva del complejo de Edipo, que se caracteriza por una fusión (falta de discriminación) en la pareja parental y entre ésta última y el Yo del paciente." J. Blejer (7).

Este núcleo aglutinado se caracteriza por la fusión de sus elementos apareciendo la confusión cuando invade el Yo más integrado.

Antes veíamos como la ansiedad confusional era característica del fronterizo; así como la tendencia, fomentada por la madre, a tener una relación simbiótica en pugna con el deseo de individuación.

Según Blejer la estrecha interdependencia de las personas involucradas en una relación simbiótica les sirve para mantener controladas, inmovilizadas y satisfechas las necesidades del núcleo aglutinado que se mantiene separado de la parte neurótica de la personalidad.

Es característico del fronterizo la alternancia de niveles psicóticos y neuróticos; En el paciente psicótico predomina en una primera fase la transferencia psicótica dando lugar al desarrollo de una psicosis de transferencia y a medida que avanza la cura se desarrolla una neurosis de transferencia.

En el paciente neurótico sucede al revés; primero aparece la neurosis de transferencia y si el análisis es lo suficientemente profundo, pueden aparecer transferencias psicóticas.

Pero en el fronterizo vamos a encontrar "saltos" de un tipo de transferencia a otro en la misma sesión tanto al año de análisis como a los 5 años, aunque a medida que progresa la cura vayan cediendo esos "momentos psicóticos."

Los trastornos del sentido de la realidad: dificultad de diferenciar realidad y fantasía, pérdida del sentido de realidad, defectos en el test de realidad, etc..., las fantasías bizarras sadomasoquistas, las expresiones corporales primitivas, los trastornos del pensamiento: convicciones paranoides, ideas delirantes, etc..., el uso de mecanismos de defensa primitivos, disociación, identificación proyectiva, idealización, etc... Son indicadores de la puesta en funcionamiento de la parte psicótica no invade durante demasiado tiempo la parte neurótica, no dando lugar a una psicosis franca y crónica.

Transformaciones

Bion (4, 5, 6) estudió los procesos que tienen lugar en la mente para transformar un hecho original. Propone el ejemplo de un pintor que ve un paisaje y lo pinta. El paisaje sería el hecho original que transforma el pintor hasta que termina el cuadro. El cuadro es diferente al paisaje que representa, pero por este mismo hecho de "representarlo" vemos que algo ha quedado sin modificar; eso es la invariancia, es decir, aquello que no se altera con la transformación.

En la mente tendrían lugar tres tipos de transformación:

- 1.- **Transformaciones de movimiento rígido:** En las que la deformación es pequeña, por ejemplo, transformar pensamientos en palabras según el lenguaje común.

En la clínica, una transformación en movimiento rígido sería aquello en que el material latente no ha sido excesivamente transformado para hacerse manifiesto; por ejemplo, un paciente después de un fin de semana nos habla de su enfado al no haber encontrado una tienda de alimentos durante el fin de semana.

Este material podríamos interpretarlo diciendo al paciente que nos habla de su enfado por no haber podido "nutrirse" de interpretaciones durante el fin de semana.

Esta transformación, utilizando la teoría de la transferencia, implica poca deformación, transfiriendo a la relación con el terapeuta unas ideas y sentimientos infantiles, con la madre por ejemplo; conservando cierta coherencia y estructura. Este tipo de transformación se da en la parte no psicótica de la personalidad.

2.- Transformaciones proyectivas

En este tipo de transformaciones intervienen mecanismos que hacen que se conserven como invariantes características diferentes de las transformaciones de movimiento rígido.

Por ejemplo, un paciente que lleva dos años en análisis, al entrar me mira con extrañeza y curiosidad y dice: "¿usted qué hace?... ¿qué hace?, me han pegado ¿usted qué cree?... horrible, horrible... ¡eh? señor, señor... ¡¿te quieres callar?! ¡cállate!... qué mentiroso es... ¡déjale!"

Al escucharle me da la sensación de que no sabe quién soy, o está viendo en mí a otra persona; al preguntar "¿qué hace?" no sé si se refiere a qué hago allí o si piensa que estoy realizando algún acto concreto.

En la siguiente frase utiliza un tono confidencial y siento que me quiere transmitir una experiencia, no sé si real o imaginaria.

Después de decir "¡eh? señor, señor..." acercándose a mí y mirándome, se para, baja ligeramente la cabeza y en voz baja dice "¿te quieres callar?, ¡cállate!" Parece que están hablando distintos personajes en él; uno que quiere contarme algo y otro que se lo prohíbe.

Con la frase "qué mentiroso es... ¡déjale!" puede ser que me quiera llamar mentiroso a mí y otra parte le dice que me deje, o que una parte suya le llama mentiroso a la otra.

En este tipo de transformación los conceptos de identificación proyectiva y splitting pueden explicar la confusión del paciente entre su persona o partes de su personalidad y el analista.

"Estamos suponiendo que las transformaciones en la mente del paciente ocurrieron por proyección, disociación e identificación proyectiva, procesos que continúan luego en su verbalización". L. Grinberg (16).

Este tipo de transformaciones ocurren en una parte más primitiva de la mente que las transformaciones de movimiento rígido, es por ello que necesitan una teoría que explique el funcionamiento Yoico primitivo con sus ansiedades y mecanismos de defensa primitivos.

3.- Transformaciones en alucinosis: Son características de la parte psicótica de la personalidad.

El origen de este tipo de transformaciones estaría en las situa-

ciones en que la madre no sirve de continente a las ansiedades del lactante y le devuelve su miedo a la muerte despojado de la lucha por vivir que le daría sentido a esa "ansiedad de muerte."

Ante este "terror sin nombre" el lactante vive una situación catastrófica de la que intenta librarse evacuando las funciones que le hacen percibirla. Las impresiones o experiencias no transformadas, que no son apropiadas para pensar y son vividas como "cosas-en-sí-mismas" incognoscibles, son los elementos-beta.

Frente a éstos, estarían los elementos-alfa que son las impresiones o experiencias transformadas en imágenes visuales, auditivas, olfativas en el dominio de lo mental y son utilizadas para la formación de pensamientos oníricos, el pensar "inconsciente, de vigilia, sueños y recuerdos."

Ante el "terror sin nombre" el lactante utiliza los órganos de los sentidos para evacuar elementos, etc..., según cual haya sido el sentido utilizado para la evacuación.

El aparato muscular es utilizado así mismo para evacuar elementos-beta dando lugar, en clínica, al acting-out.

El fronterizo recurriría al mismo mecanismo con los movimientos primitivos. Mediante la transformación en alucinosis el psicótico se crea un mundo particular en el cual cree gozar de una libertad absoluta en la que su mente posee, alucinando, todo lo que desea.

"La evacuación de elementos-beta (alucinaciones en el sentido amplio que le da Bion) crea el 'dominio de lo no existente', un mundo donde lo inexistente 'existe' y, por lo tanto, lo que no existe es el sufrimiento doloroso de las frustración." L. Grinberg (16).

En el paciente fronterizo nos vamos a encontrar los tres tipos de transformaciones, incluso en una misma sesión, lo cual dificulta en gran manera el trabajo interpretativo.

Identificación proyectiva e identificación adhesiva

La identificación proyectiva, descrita por M. Klein en 1946, es un mecanismo de defensa del Yo, mediante el cual se disocian y proyectan en el objeto partes de la personalidad y objetos internos; ya sea para atacar y controlar al objeto o para poner partes buenas del Yo y objetos internos a salvo de la destrucción interna.

Rosenfeld (37) describe diversos usos de la identificación proyectiva:

- 1) como forma de comunicación
- 2) como evacuación de contenidos mentales perturbadores
- 3) para controlar omnipotentemente al objeto
- 4) para parasitar al objeto
- 5) para eludir la envidia "siendo" el objeto envidiado, etc.

También señala este autor como la identificación proyectiva masiva lleva a una discriminación del Yo y del objeto dando lugar a estados confusionales. Bion (3, 4, 5, 6) señala el papel normal de comunicación que desempeña la identificación proyectiva y describe la identificación proyectiva patológica mediante la cual el aparato perceptivo y partes de la personalidad son escindidos en diminutos fragmentos y proyectados, quedando la realidad poblada de "objetos bizarros" que odian a la mente que les expulsó.

Según D. Meltzer (30, 31, 32) la identificación proyectiva se usa masivamente en la intolerancia a la separación, el control omnipotente del objeto, envidia, celos y excesiva ansiedad persecutoria.

El uso de la identificación proyectiva masiva como defensa frente a la separación la vamos a ver especialmente en los psicóticos.

Al necesitar un objeto externo para mantener unido su self, el psicótico se introduce dentro del objeto parasitándolo, de manera que se siente contenido y cohesionado "en" el objeto y evita la desintegración.

En los fronterizos es menos frecuente este uso de la identificación proyectiva masiva, aunque como veremos en el material clínico también usan la identificación proyectiva.

La identificación adhesiva

Este concepto fue introducido por E. Bick (2) y D. Meltzer (32).

En pacientes que no poseen un espacio interior bien constituido y objetos que permitan una proyección estable, en lugar de penetrar en el objeto, se adhieren a su superficie formando parte de él.

La ausencia del objeto es una catástrofe que no pueden evitar con la identificación proyectiva que requiere una concepción del espacio tridimensional.

En la identificación adhesiva el espacio es bidimensional: son dos superficies que se pegan, no hay continente ni contenido.

Estos pacientes pueden imitar la apariencia externa del objeto configurando personalidades "como si."

Los fronterizos van a usar la identificación adhesiva no tolerando la ausencia del objeto, que es vivida como una caída al faltarles la superficie a la que estaban adosados.

El psicótico se mete en el objeto o lo alucina; el fronterizo se pega a él y no puede negar su existencia; por eso, cuando el objeto le frustra, siente rabia hacia él y hacia sí mismo por una dependencia que no puede dejar de hacer presente.

Los mecanismos de defensa del fronterizo son menos drásticos que los del psicótico; permanece unido al objeto, a la realidad aunque "se caiga" y sienta intensa rabia y abandono cuando el objeto se aleja.

"Separación-colapso. Mientras el niño en identificación proyectiva experimenta el rechazo de su tiranía como una amenaza a su omnipotencia y duplica sus esfuerzos, un rechazo similar en el caso de la identificación adhesiva produce colapso, como si el niño se sintiera arrancado y arrojado por el objeto." D. Meltzer (32).

Al hablar de las personalidades "como si" descritas por H. Deutsch (11), Meltzer (32) dice que no tienen un verdadero espacio interno que les permita introyectar, por lo que tienden a imitar al objeto y a vivir en el mundo externo; son muy frágiles y pueden fragmentarse fácilmente aunque resurjan con rapidez.

Utilizar la identificación adhesiva o imitativa, es decir, imitan la apariencia del objeto y su conducta con la fantasía de estar pegados a él.

Este tipo de identificación narcisista lo descubrió también en niños autistas, aunque las motivaciones son diferentes.

El fronterizo no ha tenido una madre continente que le permita tener una "piel" continente que cohesionase las partes de su personalidad, lo cual le lleva a desarrollar una "segunda piel" Bick (2) muscular que le proteja de sentirse desparramado.

RESUMEN

En este artículo estudio el concepto de paciente fronterizo (borderline) haciendo una revisión de la literatura sobre el cuadro clínico y su interpretación psicoanalítica.

En segundo lugar describo las características de las partes psicótica y no psicótica de la personalidad, la teoría de las transformaciones de Bion y las identificaciones proyectiva y adhesiva.

Finalmente presento un caso clínico de una paciente borderline, transcribiendo sesiones correspondientes del tercer y quinto año de análisis.

SUMMARY

I study in this the "borderline" concept, revising the literature about the clinical case and his psychoanalytic interpretation.

On the second place, I describe the characteristics in the psychotic and not psychotic parts of the personality, the transformations theory of Bion and, the projective and adhesive identification.

Finally i present a clinical case of a borderline patient, transcribing corresponding sessions from the third and fifth years of her psychoanalysis.

RESUME

Dans cet article j'étudie le concept du patient (borderline) en faisant une révision de la littérature sur le cadre clinique et son interpretation psychanalytique.

D'autre part je décris les caracteristiques des parties psychotiques et non psychotiques de la personnalité, la théorie des transformations de Bion et les identifications projectives et adhesives. Finalement je présente un cas clinique d'une patiente borderline, en décrivant les sesiones correspondantes à la troisième et cinquième années de l'analyse.

PALABRAS CLAVE: FRONTERIZO (BORDERLINE), PARTE PSICOTICA DE LA PERSONALIDAD.

KEY WORDS: BORDERLINE, PSYCHOTIC PART OF THE PERSONALITY.

MOTS CLES: BORDERLINE. PARTIE PSYCHOTIQUE DE LA PERSONNALITE.