

EL TRASTORNO LÍMITE DE PERSONALIDAD EN PSICOANÁLISIS: LA EVOLUCIÓN TEÓRICA DE LOS ORÍGENES A LA MENTALIZACIÓN

Salvatore Cosentino, Eulàlia Arias, Carles Pérez-Testor

El Trastorno Límite de Personalidad (TLP) es, sin duda, un trastorno que ha sido considerado durante mucho tiempo una entidad clínica confusa desde el punto de vista nosográfico y difícil de tratar desde el punto de vista psicoterapéutico. Recientemente se ha convertido en un campo de investigación y trabajo clínico con rasgos más definidos y que suscita mucho interés. El desarrollo de modelos de diagnóstico más fiables y de nuevos modelos de psicoterapia han permitido avanzar notablemente en este campo (Andreoli y Costantini, 2009).

La condición límite ha despertado un gran interés quizás porque parece expresar el malestar de nuestro tiempo, de la modernidad tardía, del mismo modo en que la histeria expresaba el malestar de la modernidad, relacionada con aspectos de represión pulsional. El trastorno límite, con sus características de inestabilidad, difusión de la identidad, imprevisibilidad y licuefacción de las fronteras, exprime otro tipo de sufrimiento de la identidad. Al contrario que en la histeria, el malestar no se da por exceso sino por debilitamiento de los organizadores (personales y colectivos) de la identidad, de los sistemas simbólicos, de los contenedores colectivos que hacían de conectores y de la transmisión transgeneracional de la vida psíquica (Barale, 2009). Los pacientes límite constituyen el 20-30% de los pacientes psiquiátricos, proporción similar a la representada por la histeria en la población psiquiátrica del siglo XIX.

El término *border-line* fue empleado por primera vez por V.W. Eisenstein en 1949, aunque la evidencia de cuadros clínicos que no correspondían a la familia psicótica clásica ni a la familia neurótica clásica se había puesto de manifiesto mucho antes, por ejemplo en 1883 con las *formas atenuadas de esquizofrenia*, o en 1885 con la *heboidofrenia* de Kahlbaum.

En el ámbito psicoanalítico uno de los primeros y más interesantes trabajos sobre el límite fue el de Helene Deutsch, con el artículo *Some forms of emotional disturbance and their relationship to schizophrenia* (1942). Este artículo fue un trabajo pionero ya que dio inicio a toda una serie de contribuciones sobre los estados *prepsicóticos*. Deutsch describe aquí por primera vez un tipo de personalidad, que ella llama *personalidad como-si*. De estas personalidades la autora dice: “la relación con la vida tiene algo de falta de autenticidad, pero aún así, externamente, funciona como si fuese completa”. Aparecen perfectamente ajustados, e incluso son capaces de una cierta empatía, pero en una serie de circunstancias se revelan carentes de profundidad emocional. Una de las características del *como-si* es que las tendencias agresivas están casi completamente enmascaradas por la pasividad, dando un aire de bondad negativa, de amabilidad suave que, sin embargo, muta fácilmente hacia lo maligno. Estos pacientes no vienen descritos como neuróticos o psicóticos, sino más bien como *prepsicóticos*, aunque la autora concluye sin especificar bien a que se refiere con ello.

Ese concepto será luego profundizado por otros autores, como Bergeret (1990), por ejemplo, que lo considera como un sinónimo de *estado límite*.

Perspectivas teóricas para abordar el concepto de límite

En las últimas décadas se ha investigado mucho sobre los trastornos límite y existe numerosa literatura al respecto, también en el ámbito psicoanalítico. Para poder llevar a cabo una clasificación de las contribuciones más significativas para la comprensión del límite, puede ser útil hacer referencia a la aportación de André Green, que en su obra *La*

folie privée. *Psychanalyse des cas limites* clasifica las contribuciones más importantes en tres corrientes:

a) *La corriente freudiana*

En los trabajos de Freud, hay pocas indicaciones que hagan referencia directa a los casos límite, pero algunos trabajos anticipan las características de los mismos. Por ejemplo, en *Neurosis y psicosis* (1924; citado por Green, 1991) Freud dice:

“[...] el Yo conseguirá evitar la ruptura si consigue alterarse a sí mismo y disminuir su propia compactez y unidad, hasta el punto de fragmentarse. Estando así las cosas, las incoherencias, las extravagancias y las locuras de los hombres podrían ser concebidas de forma análoga a la de sus perversiones, aceptando las cuales los individuos consiguen evitar las represiones.

En conclusión, hay que enfocarse en el problema de cuál podría ser el mecanismo, análogo a la represión, que permite al Yo separarse del mundo exterior.”

Esta cita anticipa el rol de la escisión del Yo, que tendrá cada vez más importancia en las obras de Freud. La escisión no será limitada entonces a las perversiones, sino que dañará el funcionamiento intrínseco del Yo; la escisión puede ser observada en lo que Freud llama “incoherencias, extravagancias y las locuras de los hombres”. El rol de defensa contra la psicosis que estos rasgos desarrollan permite reconducirlos a los casos límite.

A lo largo de la obra freudiana, muchos conceptos y teorías pueden ser conectadas con los casos límite, como la importancia de los primeros traumas y de las primeras distorsiones del Yo, la fijación a mecanismos de defensa más antiguos, la concepción de la pulsión de muerte, donde muchos analistas reconocerán la importancia de la agresividad, aunque conceptualizada e interpretada de forma diferente.

Según Green, el trabajo de Bergeret (1990) se puede situar dentro de esta perspectiva teórica. El autor atribuye al trauma el papel de “desorganizador” que está en la base de lo que él llama “tronco común de los estados límite”. Otto Kernberg (1979), sin embargo, ha desarrollado las ideas de Freud desde una perspectiva diferente, tanto a nivel estructural como a nivel dinámico-genético, adoptando lo que puede ser considerado un

punto de vista modificado de la *psicología del Yo*, junto a una concepción basada en las relaciones objetales. Green define la obra de Kernberg como una “teoría límite” entre *psicología del Yo* y orientación *kleiniana*. Estos planteamientos teóricos serán explicados detalladamente en las próximas páginas de este trabajo.

b) *La corriente kleiniana*

Una de las teorías más importantes aportadas por Melanie Klein es la hipótesis sobre la existencia de las relaciones objetales desde el nacimiento. Su contribución es fundamental para la descripción de la rigidez de las emociones, de la escisión, de la idealización y el descubrimiento de la identificación proyectiva, la importancia de la naturaleza narcisista de la relación de objeto esquizoide.

En el ámbito del movimiento *kleiniano* destaca la obra de Bion, que intenta poner en perspectiva las ideas freudianas relativas al aparato psíquico, respecto a las concepciones kleinianas de relaciones de objeto y de identificación proyectiva, considerada como mecanismo de defensa fundamental. Junto con el bombardeo de identificaciones proyectivas, Bion intuyó que debería haber un continente para poder contenerlas, y a partir de ahí introdujo la noción de *función de rêverie* por parte de la madre. Así, la capacidad de tolerancia que el bebé tendrá en relación a las frustraciones, dependerá tanto de sus demandas pulsionales innatas como de la respuesta de la madre real externa. Estos dos factores están indisociados y constituyen el modelo de Bion de *continente-contenido*. Es la capacidad de continente de la madre la que origina la construcción interna, en el bebé, de una barrera que permite el proceso secundario, el juicio de realidad y la demora en la descarga. Todo esto, según Green, se relaciona inevitablemente con el concepto de límite.

c) *+La corriente winnicottiana*

Green define Donald Winnicott como el analista de los *casos límite*. La importancia que atribuye al ambiente facilitante, a la preocupación materna primaria y al *holding* desplaza el interés desde el objeto interno hacia el objeto externo, aunque el verdadero interés de

Winnicott no es desplazar el interés desde lo interno hacia el exterior, sino sobre el *afecto recíproco* entre éstos. El autor subraya la importancia del área intermedia y, en algunos casos, la incapacidad del niño para constituirla. En este sentido, Green afirma que Winnicott descubrió el concepto clave para la comprensión de las estructuras intermedias o límite.

Winnicott describe también el destino de los procesos de simbolización y la alteración del valor funcional del campo y de los fenómenos transicionales de los casos límite: según el autor, con estos pacientes el *setting* y el analista no representan la madre, sino que *son* la madre. Otro aspecto importante del límite explicado por Winnicott (1971; citado por Green, 1991) es el sentido de vacío y de inutilidad de estos pacientes, subrayando los efectos a nivel de contratransferencia y sus repercusiones en el trabajo clínico.

Algunos autores, como Masud Khan (1964; citado por Green, 1991), han desarrollado su propio punto de vista a partir de la teoría *winnicottiana*. Khan propone la idea del trauma acumulativo, de la neurosis infantil en relación a la organización de un falso *Self*, y los aspectos de la transferencia y de la contratransferencia que repercuten en la situación analítica. Como Winnicott, Khan se preocupa de mantener la situación analítica, a costa de modificar la técnica, aunque para otros psicoanalistas ya no se trataría de psicoanálisis.

La personalidad límite: entre organizaciones estables y no estructuradas

La psicopatología límite ha sido alternativamente descrita como un síndrome, un estado o una forma de organización de la personalidad. ¿Hablamos entonces de la simple existencia de determinados síntomas y estilos de defensa o de una configuración estable de personalidad? Para contestar a esta pregunta intentaremos aquí profundizar en las principales contribuciones de la literatura psicoanalítica, limitándonos a enfocar el límite

como una *organización estable*, como un *continuum* evolutivo (Kernberg y Mc Williams) o como una *organización provisional*, una *disposición* (Bergeret).

Uno de los primeros psicoanalistas franceses en hablar de *casos límite* o *estados límite* fue Jean Bergeret. En su obra *La personalidad normal y patológica* (1980), hablando de *estructura* de personalidad, la define como la organización estable de componentes metapsicológicos que están en equilibrio dinámico entre ellos. El autor distingue las personalidades “normales” de las “pseudonormales”. Las primeras corresponden a estructuras profundas, neuróticas e incluso psicóticas, no descompensadas (y puede que no lo sean nunca), estructuras estables y definitivas y estables en sí, que se defienden contra la descompensación mediante una adaptación a su originalidad, lo que da lugar a “rasgos de carácter” y sus diferentes conductas de relación.

Las personalidades “pseudonormales”, al contrario, no corresponden exactamente a una estructura profunda, estable y definitiva, del tipo neurótico o psicótico, por ejemplo. No son propiamente estructuradas ni en un sentido ni en otro y están constituidas de forma a veces duradera, pero siempre precaria.

Refiriéndose al concepto de estructura, neurótica o psicótica, Bergeret (1990) define el estado de enfermedad como un *azar evolutivo*, pero no es el único. Freud (1932; citado por Bergeret, 1990) en sus *Nuevas conferencias*, dijo que si dejamos caer al suelo un bloque de mineral en forma cristalizada se rompe, pero no de forma aleatoria; las fracturas seguirán las líneas de laminado cuyas límites y direcciones, aunque invisibles exteriormente, se encontraban ya determinados de forma original e inmutable por el tipo de estructura previa de dicho cristal. Ocurre lo mismo con la estructura psíquica. Poco a poco, a partir del nacimiento, lentamente el psiquismo individual se organiza, se “cristaliza”, con las líneas de clivaje originales que no pueden variar. Como consecuencia se formaría una verdadera estructura estable, donde los modelos específicos están representados por la estructura neurótica y la estructura psicótica.

En la medida en que un objeto que responde a una u otra estructura no esté sometido a pruebas internas o externas demasiado fuertes, a traumatismos afectivos, a frustraciones o a conflictos demasiado intensos, no será un “enfermo”. El cristal se

mantendrá. Pero si tras cualquier acontecimiento el cristal se rompe, solo podrá hacerlo siguiendo las líneas de “fuerza” y de “ruptura” preestablecidas en la primera edad. El sujeto de estructura neurótica no podrá desarrollar más que una neurosis, el sujeto de estructura psicótica, una psicosis.

Según Bergeret la estabilidad de las estructuras verdaderas implica igualmente una imposibilidad de pasar de una estructura a otra a partir del momento en que el Yo específico está organizado en un sentido o en otro. La estructura psicótica se caracteriza por limitaciones muy precoces del Yo, que ha sufrido importantes fijaciones o regresiones a lo largo de la fase oral o, como muy tarde, durante la primera fase del periodo anal (fase de expulsión anal). Las frustraciones precoces tienen habitualmente su origen en el polo materno. Este esbozo de organización sufre un silencio evolutivo durante el periodo de la latencia. En la adolescencia suelen aparecer unos trastornos estructurales que dan al Yo una pequeña oportunidad de abandonar la línea psicótica, todavía no fijada completamente, y progresar hacia una estructura neurótica. En la realidad clínica esto pasa muy pocas veces y estos sujetos, psicóticamente preorganizados, seguirán su evolución a lo largo de la línea psicótica, en la cual se encuentran ya suficientemente introducidos, hacia un modo definitivo en forma de estructura psicótica verdadera y estable.

En la estructura neurótica, por el contrario, el elemento inmutable sigue siendo la organización del Yo alrededor de lo genital y del Edipo. Al igual que en la línea psicótica, la latencia producirá una detención de la evolución estructural y, en la adolescencia, se desencadenarán alteraciones estructurales. Si en este momento los conflictos internos y externos se muestran demasiado intensos, el Yo puede ser conducido a un mayor deterioro, recurriendo a sistemas defensivos y relacionales más arcaicos que pueden evolucionar hacia una estructura psicótica definitiva. Pero en la mayor parte de los casos el Yo preorganizado de manera neurótica permanecerá dentro del cuadro neurótico, donde el conflicto se sitúa entre el Yo y las pulsiones. La represión de las representaciones pulsionales dominará las otras defensas, la libido objetal estará en juego y el proceso secundario conservará un rol eficaz que respeta la noción de realidad.

Entre las dos líneas estructurales, psicótica y neurótica, Bergeret sitúa el que denomina espacio de los *estados límite*, donde todo es menos rígido, menos estable estructuralmente y, por tanto, mucho más susceptible a cambios. El autor atribuye a un *traumatismo psíquico* importante al inicio de la evolución edípica normal la etiología de esta organización. Hay que entender el trauma en el sentido *afectivo* del término, es decir, un sobresalto pulsional aparecido en el momento en el que el *Yo* se encontraba todavía en un estado no suficientemente organizado e inmaduro, sobretudo a nivel defensivo. El *Yo* se verá obligado a recurrir a mecanismos parecidos a los que emplea el psicótico: identificación proyectiva, desdoblamiento de los imagos, manejo omnipotente del objeto. Este traumatismo representará, de cualquier modo, el papel de *primer desorganizador* de la evolución psíquica del sujeto. Detendrá la evolución libidinal comenzada en condiciones normales. Esto es lo que Bergeret llama *tronco común dispuesto* de los *estados límite*. Él no concibe esto como una verdadera estructura según criterios clínicos de estabilidad, solidez y especificidad definitiva de estas organizaciones. El *estado límite* queda en situación “dispuesta”, pero no determinada estructuralmente. Lo concibe más bien como un esfuerzo relativamente inestable y costoso para el *Yo* por tener que mantenerse fuera de las dos grandes líneas de estructuras verdaderas, de las cuales una (la línea psicótica) ya se halla superada y la otra (la línea neurótica) no ha podido ser alcanzada en lo que se refiere a la evolución pulsional y madurativa del *Yo*.

Mientras que Bergeret describe el límite como una organización de personalidad provisional y fluctuante, otros autores como Kernberg (1967) y Mc Williams (1999) lo enfocan como una organización de personalidad estable, dentro de un *continuum evolutivo* entre el nivel psicótico y el neurótico de desarrollo de la personalidad.

Hablando de *organización límite*, Kernberg la define como una estructura de personalidad que por sus características específicas y estables se diferencia de esas situaciones inestables entre neurosis y psicosis, inicialmente identificados como *estados límite*. De acuerdo con las teorías propuestas por Klein, Kernberg plantea que en la formación de este tipo de organización de personalidad, la agresividad primaria juega un papel muy importante, mucho más que los eventos traumáticos.

El autor se refiere con esta definición a un grupo de pacientes que presentan cuatro rasgos clave (Kernberg, 1975):

1. *Manifestaciones no específicas de debilidad del Yo:*

Un aspecto del funcionamiento del Yo es la capacidad para demorar la descarga de los impulsos y modular los afectos como la ansiedad. Los pacientes *borderline*, según Kernberg, son incapaces de conducir las fuerzas Yoicas para realizar esas funciones debido a debilidades inespecíficas inherentes. De modo similar, tienen dificultad en sublimar pulsiones poderosas y utilizar su conciencia para guiar la conducta.

2. *Tendencia hacia el proceso primario de pensamiento:*

Estos pacientes tienden a regresar hacia el pensamiento de tipo psicótico en ausencia de una estructura o bajo la presión de afectos intensos. Sin embargo, estos cambios ocurren principalmente en el contexto de una prueba de realidad por lo general intacta.

3. *Operaciones defensivas específicas:*

Como hemos dicho, la principal defensa es la escisión, que Kernberg ve como un proceso activo de separar afectos e introyecciones contradictorias. La escisión en este tipo de paciente se manifiesta de la siguiente manera:

a) una expresión alternada de conductas y actitudes contradictorias, que el paciente no considera importantes y las niega débilmente.

b) una compartimentación de todas las personas que están vinculadas con el paciente en partes “buenas del todo” o “malas del todo”, con oscilaciones frecuentes entre estas partes en cada individuo.

c) visiones contradictorias coexistentes y representaciones del *Self* que alternan en su predominio de día en día y de hora en hora.

Otras defensas como la idealización primitiva, la omnipotencia y la desvalorización, reflejan de modo similar las tendencias de escisión. Según Kernberg, otra defensa que predomina es la identificación proyectiva, en la cual las representaciones del *Self* o del objeto son escindidas y proyectadas sobre otros en un esfuerzo para controlarlas.

Relaciones de objeto patológicas internalizadas

Como resultado de la escisión, la persona con organización *borderline* de personalidad no ve a las otras personas como poseedoras de una mezcla de cualidades positivas y negativas, sino divididos en extremos polarizados. Estos individuos no pueden integrar los aspectos libidinales y agresivos de los otros, lo que inhibe su capacidad para apreciar verdaderamente las experiencias internas de otras personas. Sus percepciones de los otros pueden alternar diariamente entre la idealización y la desvaloración, lo cual puede ser muy perturbador para cualquiera que esté relacionado con ellos. De modo similar, su incapacidad para integrar representaciones se traduce en una profunda difusión de la identidad.

Kernberg (1975) vincula la etiología de la personalidad límite con el esquema del desarrollo de Margaret Mahler (1971). Específicamente para el autor, estos pacientes han atravesado con éxito la fase simbiótica descrita por Mahler, de manera que el *Self* y los objetos se pueden distinguir claramente. Pero han quedado fijados durante la fase de separación-individuación. Exactamente en la subfase de acercamiento, entre aproximadamente los dieciséis y los veinticuatro meses, el niño teme que su madre pueda desaparecer y esto a veces provoca en él una angustia intensa, sobretodo cuando no sabe donde está. Desde el punto de vista del desarrollo se puede considerar que los pacientes reviven una crisis infantil temprana en la cual temían que los intentos de separación de sus madres provocarían la desaparición de éstas y el abandono. En la forma adulta de esta crisis infantil, los individuos son incapaces de tolerar períodos de soledad y el temor de que los seres más significativos los abandonen. Las razones de esta fijación a la subfase de acercamiento, según Kernberg, están relacionadas con una alteración de la disposición emocional de la madre durante este período crítico, debido al exceso constitucional de agresión en el niño o a problemas de la función materna, o a una combinación de ambas.

Un componente importante de esa fijación es la falta de constancia objetal típica de los pacientes límite. Como otros niños, a lo largo del periodo de separación-individuación,

estos niños son incapaces de integrar los aspectos buenos y malos de sí mismos y de sus madres. Estas imágenes contradictorias son guardadas en formas separadas a través de la escisión, de tal manera que tanto la madre y el *Self* son vistos alternadamente como completamente buenos y completamente malos. El resultado final de esta fijación en el desarrollo es una condición que Kernberg caracterizó por su predominancia de introyecciones negativas.

Un concepto que tiene un papel importante en la teoría de Kernberg es el de *estructura mental*. Una estructura es un patrón estable y duradero de las funciones mentales que organizan el comportamiento, las percepciones y la experiencia subjetiva de un individuo (Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006). Kernberg (1976) usa el término *análisis estructural* para describir la relación entre la estructura de las relaciones de objeto internalizadas y los distintos niveles de organización del funcionamiento mental. El autor propone la existencia de tres organizaciones estructurales amplias: *neurótica*, *límite* y *psicótica*. Estas organizaciones estructurales de la personalidad se entrelazan con aspectos neurobiológicos del desarrollo de la cognición social y de la teoría de la mente (Kernberg, 2015), plasmando en el tiempo la estructura psíquica del sujeto. Esta estructura constituye la matriz subyacente sobre la que se desarrollarán más tarde los síntomas o los rasgos de carácter del sujeto. Estos tres tipos de organización se caracterizan por tres elementos determinantes: 1) el grado de integración de la identidad, 2) el tipo de operaciones defensivas, 3) la prueba de realidad.

La estructura de personalidad neurótica, en contraste con la estructura de personalidad límite o *borderline* y la psicótica implica una identidad integrada. Su organización defensiva se centra en la represión y en mecanismos defensivos avanzados, es decir, aquellos constituidos con posterioridad al sepultamiento del complejo de Edipo. Las estructuras límite o *borderline* y las psicóticas se encuentran en pacientes que poseen un predominio de defensas primitivas que tienen como base el mecanismo de escisión. Esta organización implica un menor grado de integración de la identidad del *Yo*. La prueba de realidad se conserva en la organización neurótica de la personalidad y en algunos aspectos

de la organización límite o *borderline*, pero está gravemente deteriorada en la organización psicótica.

El modelo de trastorno de la personalidad de Otto Kernberg y su tratamiento, constituye el fundamento de la *Psicoterapia focalizada en la transferencia* (Transference-Focused Psychotherapy, TFP; Clarkin, Kernberg y Yeomans, 2006), basada en la teoría psicoanalítica contemporánea de las relaciones objetales. Es un tratamiento manualizado de psicoterapia psicodinámica que ha sido desarrollado sobre todo para el tratamiento de los pacientes límite, cuya estrategia principal consiste en facilitar la reactivación, dentro del tratamiento y bajo control, de las relaciones objetales internalizadas escindidas de naturaleza opuesta, persecutoria e idealizada que vienen observadas e interpretadas en la transferencia (Yeomans y Diamond, 2010; Kernberg y Foelsch, 2011).

El diagnóstico psicoanalítico de Nancy Mc Williams

Nos enfocamos ahora en la obra de otra psicoanalista norteamericana, Nancy Mc Williams, que en *La diagnosi psicoanalítica* (1994) describe con gran claridad y sencillez las características de los diferentes *niveles evolutivos de la personalidad*.

Según Mc Williams: “No es posible comprender la estructura esencial del carácter de un ser humano sin evaluar dos dimensiones distintas que interactúan entre ellas: el nivel evolutivo de organización de la personalidad y el estilo defensivo de ese nivel”. La primera dimensión describe el grado de individuación o de patología (psicótico, límite, neurótico, “normal”) de la persona; la segunda identifica el tipo de carácter (paranoide, depresivo, esquizoide, etc.). La autora habla de problemas de madurez alrededor de los cuales se puede organizar el carácter de una persona, es decir, ese aspecto de la personalidad definido por Freud como *fijación*. A raíz de diferentes puntos de fijación, Mc Williams identifica tres niveles de desarrollo psicológico: neurótico, límite o *borderline* y psicótico, describiendo para cada estructura diferentes áreas (mecanismos de defensa prevalentes, nivel de integración de la identidad, integridad del examen de realidad,

capacidad de observar la propia patología, naturaleza del conflicto primario, transferencia y contratransferencia).

1. *Características de la estructura de personalidad a nivel neurótico:*

La autora se refiere con el término *neurótico* al nivel más alto de funcionamiento psíquico. Las personalidades organizadas a nivel neurótico son aquellas que utilizan prevalentemente mecanismos de defensa maduros, y si también utilizan defensas primitivas, estas no tienen mucha relevancia en el funcionamiento global del individuo. “La presencia de defensas primitivas no excluye un diagnóstico de estructura del carácter a nivel neurótico, como puede hacer la ausencia de defensas maduras” (Mc Williams, 1999), según la autora las personalidades más sanas utilizan la represión como mecanismo de defensa fundamental, en lugar de mecanismos más arcaicos como denegación, escisión o identificación proyectiva.

Las personas con una estructura del carácter más sana tienen también un sentido integrado de la propia identidad (Erickson, 1968, citado por Mc Williams, 1999). En su comportamiento destaca una cierta coherencia y tienen una experiencia interior de continuidad temporal del *Self*. Cuando se les pide que se describan a sí mismas, estas personas no tienen dificultad en encontrar palabras y son capaces de delinear su temperamento general, sus gustos, sus costumbres, sus cualidades y sus defectos con una cierta sensación de estabilidad. También son capaces de describir de forma integrada y variada a personas importantes de su vida, consiguiendo percibir de forma compleja y coherente el conjunto de las características de personalidad.

Los individuos que se sitúan a nivel neurótico, tienen también un sólido contacto con lo que comúnmente se llama “realidad” (Mc Williams, 1999). No solo no tienen tendencia a interpretaciones alucinatorias o delirantes de la realidad, sino que suelen sorprender al terapeuta con su escasa necesidad de distorsionar la realidad para poder asimilarla. El paciente neurótico percibe también como algo ajeno lo que le ha llevado a pedir ayuda; en otras palabras, la psicopatología de un individuo organizado neuróticamente es en gran parte egodistónica, o tiende a serlo.

2. Características de la estructura de personalidad a nivel psicótico:

Según Mc Williams, en el otro extremo del espectro están personas profundamente desorganizadas. No es difícil diagnosticar personas con una psicosis evidente, ya que manifiestan alucinaciones, delirios y pensamiento ilógico. Pero hay personas con organización del carácter a nivel psicótico que no tienen síntomas tan evidentes, y cuyos rasgos emergen solamente bajo un atento análisis.

Para poder detectar una organización psicótica, en primer lugar hay que entender la naturaleza del estilo defensivo del sujeto. Los mecanismos preponderantes utilizados son: denegación, control omnipotente del objeto, idealización y devaluación primitivas, formas primitivas de proyección e introyección, escisión y disociación. Estas defensas, preverbales y preracionales, según la autora, protegen al psicótico de un desesperado sentido de terror hasta el punto en que las distorsiones creadas por las defensas son un mal menor.

En segundo lugar, estos pacientes tienen graves dificultades con su identidad, a veces tan graves que no están seguros de existir. Estas personas están confusas sobre quienes son, y suelen encontrarse en dificultad frente a cuestiones fundamentales de autodefinition, la imagen corporal, el género, la orientación sexual. Son pacientes que suelen preguntarse: “¿Cómo puedo saber quién soy?”, y no consiguen depender de los otros para poder experimentar continuidad del propio *Self*. La descripción que dan de sí mismos o de otras personas importantes en sus vidas es vaga o visiblemente distorsionada. Muy a menudo, aunque de forma sutil, se percibe como estos pacientes no están anclados a la realidad. Además de la existencia del pensamiento mágico, un atento análisis destaca el hecho de que se sienten confusos y ajenos respecto a ciertos elementos de la realidad comunes en su cultura de referencia. Si llegan a interpretar el significado afectivo en algunas situaciones, muchas veces lo interpretan de forma autoreferencial.

Según Mc Williams otra característica peculiar de este tipo de organización es la incapacidad de tomar distancia y considerar objetivamente sus problemas psicológicos. En un plano cognitivo esta carencia puede estar conectada con la dificultad de abstracción, elemento bien documentado en pacientes psicóticos. Desde el punto de vista psicoanalítico, la psicología del Yo pone el acento en la falta de diferenciación interior

entre *ello*, *Yo* y *super-Yo* y entre la parte del *Yo* que vive las experiencias y la parte observante. La psicología de las relaciones objetales y la psicología del *Self* destacan la falta de un límite claro entre experiencia interna y externa, experiencia donde siempre están presentes el miedo y la confusión.

En las personas potencialmente psicóticas la naturaleza del conflicto primario es literalmente existencial: vida y muerte, existencia y no-existencia, seguridad y terror. Sus sueños están llenos de imágenes de terror y destrucción. Ningún clínico ha conseguido presentar datos que refuten la observación de que en el psicótico falta una profunda convicción de su propio derecho a una existencia separada, prevaleciendo un sentimiento de no existencia.

La última consideración de la autora sobre la estructura psicótica se enfoca en la contratransferencia con estos pacientes, que suele ser “positiva”, hasta el punto en que muchos de ellos desarrollan una relación de dependencia con el terapeuta. “Con el psicótico la contratransferencia es muy similar a los sentimientos maternos hacia un niño que tiene menos de un año y medio: es maravilloso en su apego y espantoso en sus necesidades” (Mc Williams, 1999).

3. Características de la estructura de personalidad a nivel límite:

La autora empieza la descripción de la organización límite de personalidad afirmando que una de las características más evidentes es el uso de *defensas primitivas*. Al recurrir a defensas arcaicas como la denegación, la identificación proyectiva y la escisión, cuando se encuentran en una condición regresiva difícilmente se pueden distinguir de pacientes psicóticos. Una diferencia importante entre *borderline* y psicóticos en el área de las defensas está en el efecto que se produce cuando el terapeuta interpreta algo relacionado con las mismas: un paciente límite puede aceptar o rechazar esa interpretación, pero en cualquier caso se produce una reducción de la angustia. Un paciente psicótico, sin embargo, reaccionaría con un incremento de angustia, ya que estas interpretaciones podrían desencadenar una sensación de terror profundo debido a la caída de dichas defensas.

Los pacientes límite son, al mismo tiempo, similares y diferentes de los pacientes psicóticos en el aspecto de la *integración de la identidad*. Es probable que tengan una experiencia de sí mismos caracterizada por incoherencia y discontinuidad; al pedirles que describan su propia personalidad sienten vergüenza, como los psicóticos. Son incapaces de dar descripciones “tridimensionales” de sí mismos o de personas importantes en sus vidas. Pero a diferencia de pacientes psicóticos, sus respuestas no suenan literales o extrañas, sino que tienden a rechazar el interés del terapeuta sobre la complejidad de sí mismos.

La relación de los pacientes límite con su propia identidad se diferencia de la de los psicóticos en dos aspectos, a pesar de la común falta de integración. En primer lugar, el sentido de incoherencia y discontinuidad que sufren los límites no se encuentra el mismo nivel de terror existencial del esquizofrénico. Aunque tengan confusión sobre su identidad, saben que existen. En segundo lugar, es menos probable que las personas con tendencias psicóticas reaccionen con hostilidad, como hacen los límites, a preguntas sobre su propia identidad y la de los otros.

Los dos grupos, a diferencia de los neuróticos, debido a la utilización masiva de defensas primitivas, padecen un defecto de base del sentido del *Self*. La dimensión de la experiencia en la que los dos grupos se distinguen radicalmente es el *examen de realidad*. Los *borderline* saben evaluar la realidad, por muy extraña que sea su sintomatología. A pesar de mantener un buen examen de realidad, no tienen mucha *consciencia* de su propia enfermedad, no tienen un *Yo* observante como los neuróticos. Personas con este tipo de personalidad acuden a la terapia quejándose de síntomas específicos, como ataques de pánico, depresión o alguna molestia que el médico atribuye al estrés, u obligados por algún familiar, pero no vienen con la idea de que es importante realizar un cambio para lograr un mayor bienestar. No habiendo tenido nunca otro tipo de carácter, no saben que quiere decir tener una identidad integrada, defensas maduras, una cierta capacidad de tolerar la ambivalencia. Solo quieren dejar de sufrir o dejar de ser criticados.

En condición no regresiva –ya que el examen de realidad es bueno y a menudo consiguen presentarse de manera que estimulan la empatía del terapeuta– los pacientes límite no parecen muy “enfermos”. A veces, solo después de un periodo de psicoterapia, el

clínico se da cuenta que subyace una estructura *borderline*. Uno de los primeros signos es que algunas interpretaciones que el terapeuta considera útiles, vienen percibidas como un ataque. El terapeuta intenta buscar la alianza de un Yo observante que en realidad no existe.

La descripción de la estructura límite de Mc Williams sigue enfocándose en un dilema fundamental para estos pacientes: cuando se sienten muy cercanos a otra persona experimentan pánico por miedo a una excesiva implicación o de un control total; cuando se separan viven el abandono como traumático. Este conflicto central en sus experiencias emotivas se refleja en el continuo entrar y salir de las relaciones, incluso la relación terapéutica, donde no se logra tolerar ni la distancia ni la cercanía. Masterson (1976, citado por Mc Williams, 1999) para explicar este rasgo del carácter lo relaciona con una fijación a la sub-fase de acercamiento del proceso de separación-individuación descrito por Margaret Mahler (1971), en la que el niño ha logrado un cierto grado de autonomía, pero tiene todavía la necesidad de sentir la cercanía de los padres para sentirse seguro. Este drama se manifiesta alrededor de los dos años, cuando los niños oscilan entre el rechazo a la ayuda maternal y la búsqueda de ella.

Mc Williams concluye la descripción del límite enfocándose en la transferencia y contratransferencia con estos pacientes. La transferencia suele ser intensa, hay ausencia de ambivalencia, presentan resistencia a las interpretaciones normales. El terapeuta suele ser percibido como totalmente bueno o totalmente malo; como pasa en las otras relaciones, no se consigue integrar los dos aspectos. Por ende, también la contratransferencia es muy intensa y perturbadora. Puede ir desde una profunda compasión hasta una actitud punitiva. El terapeuta tiene que tener en cuenta este aspecto a lo largo de la terapia, ya que puede generar una intensa frustración.

Trauma, escisión y problemas de identidad en el límite

Los modelos teóricos que acabamos de exponer destacan cómo en la estructuración de la patología límite tiene un papel importante la interacción entre características intrapsíquicas del individuo y determinados eventos que, para el individuo, han tenido una acción traumática. Llegados a este punto puede ser muy útil subrayar que además del concepto clásico del trauma, entendido como evento único que rompe las capacidades de defensa del *Yo*, se han añadido con el tiempo nuevas evoluciones de este concepto, que nos ayudan también a entender mejor la patología *borderline*.

En un trabajo sobre *borderline* y trauma, Mangini y Mondini (2003), intentando ir más allá del concepto de trauma de Freud, según el cual está básicamente conectado a la sexualidad (real o fantasmática), hacen referencia a Winnicott, Masud Khan y Kohut.

Winnicott, poniendo el acento sobre la importancia de la madre y del ambiente que rodea al sujeto, postula que el trauma es consecuente a la falta de un ambiente *medianamente confiable* garantizado por la presencia de una *madre suficientemente buena* (Winnicott, 1967, citado por Mangini y Mondini, 2003). La ausencia precoz de un soporte ambiental válido, obliga al niño a reaccionar solo o no adecuadamente apoyado en situaciones o eventos para él imprevisibles. De esta manera, no solo no puede interiorizar un sentimiento de confianza en sí mismo y en el ambiente que lo rodea, sino que experimenta una “fractura en el sentido de continuidad personal”. El trauma consistiría precisamente en la “angustia impensable o extremo dolor” que esto le provoca.

Masud Khan, retomando la tesis de Winnicott, introduce el concepto de *trauma acumulativo* y evidencia la importante función de “escudo protector” que la madre debería realizar en contra de los estímulos externos directos al niño. Según Khan, el *trauma acumulativo* es el resultado de pequeñas fracturas en esa barrera protectora a lo largo del periodo de desarrollo del niño, en todos esos momentos en los que el niño necesita de la madre como *Yo* auxiliar para apoyar las funciones de su *Yo* inmaduro (Khan, 1979, citado por Mangini y Mondini, 2003). Esas fracturas corresponden a la incapacidad materna de hacer frente a las necesidades analíticas del niño. Ninguna de estas fracturas aisladas tiene un significado traumático, pero acumulándose o sumándose en el tiempo

ocasionan traumas psicológicos, que explicarían importantes cuadros psicopatológicos en la adolescencia y en la edad adulta.

De la misma manera, también Kohut (1977, 1984, citado por Mangini y Mondini, 2003) haciendo referencia a Winnicott en el tema de la importancia de la relación madre-niño, avanza la hipótesis de que un cierto tipo de patología se estructuraría cuando el desarrollo psíquico del niño es traumáticamente interrumpido por respuestas no empáticas de los objetos-*Self*, como las que pueden dar padres incapaces de responder adecuadamente a las necesidades infantiles de confirmación narcisista. El intercambio afectivo dentro de esta matriz relacional primaria sería entonces fundamental para que el niño pueda desarrollar un sentido del *Self* cohesionado y una eficaz regulación de los afectos. Asumiendo que el normal desarrollo psíquico sea traumáticamente interrumpido por respuestas no empáticas del objeto-*Self*, se explicaría también la frecuente coexistencia de características *borderline* y narcisistas dentro del mismo paciente, ya que las dos patologías tienden a solaparse.

Todos los autores que hemos analizado hasta ahora han subrayado el importante papel de la escisión como defensa “nuclear” en la economía de la organización límite, activada sobre todo por la angustia profunda que un evento traumático puede producir en la mente de estos pacientes. En este sentido, el origen de la escisión se encuentra en una “división defensiva” del objeto y del *Yo*, que si antes era un simple defecto de integración debido a la inmadurez del *Yo*, con posterioridad vendrá siendo utilizada activamente con otras finalidades (Kernberg, 1975). Alrededor de este mecanismo se organizan también las otras defensas típicas: proyección, identificación proyectiva, denegación, idealización, devaluación. La noción de escisión tiende a estar subordinada, en los modelos teóricos de los diferentes autores, al punto que en la patología límite, este mecanismo de defensa puede ser entendido como relacionado a la percepción del *Self* (Winnicott), en relación con el *Yo* y el objeto (Klein, Kernberg) o como deformación del *Yo* (Bergeret).

En este punto del trabajo resulta muy interesante, para la comprensión del límite, analizar cómo este mecanismo puede afectar esta organización a nivel de funcionamiento psíquico y de identidad. Como hemos dicho, los pacientes límite conservan un buen

examen de realidad. Pero puede pasar que bajo la presión de emociones y afectos muy intensos, estos retrocedan a un pensamiento típico del proceso primario. Según Kernberg esta regresión hacia el proceso primario es debido a un defecto de los procesos de integración cognitiva, y a la reactivación de modalidades típicas del funcionamiento *borderline*, donde la escisión juega un papel fundamental.

Winnicott (1949, citado por Mangini y Mondini, 2003) destacó que en condiciones anormales, es decir, cuando el individuo no ha superado de forma satisfactoria las primeras fases del desarrollo y se encuentra en una situación ambiental anormal, desarrolla una “hiperactividad de funcionamiento mental”. En estos casos, según el autor, se observa comúnmente que el *funcionamiento mental se vuelve una cosa en sí*, sustituyendo prácticamente la madre, la cual no va a ser necesaria. El resultado es una *psique patológica*. Este tipo de funcionamiento constituye un obstáculo a un sano sentido de continuidad del *Self*.

Según los autores, estas dos posiciones teóricas, por un lado antitéticas, ayudan a comprender algunas formas de funcionar de la mente del paciente límite: por un lado, la evidente dificultad, sobre todo en condiciones de tensión psíquica, en mentalizar los eventos con una posible apelación al *acting* (por medio de conductas adictivas alimentarias, toxicómanas o farmacológicas, conductas suicidas, autolesivas); por el otro, la presencia de una capacidad intelectual, a veces notable, que de todas formas no se conecta a la posibilidad de un contacto con aspectos emocionales y afectivos.

El mecanismo de la escisión se refleja, dentro de la patología límite, también en las dificultades de consecución de una identidad estable y en los sentimientos internos a ella conectados como, por ejemplo, sentimiento de vacío interior y angustia de separación. El fracaso en la constitución del sentido de identidad personal puede ser considerado una consecuencia de las pulsiones destructivas de los objetos parentales, que llevan hacia relaciones objetales negativas (como en el modelo de Kernberg) o relacionados con la interiorización de figuras parentales ambiguas en el plano de la diferenciación individual y sexual, y que no son capaces de ofrecer un buen soporte o referencia a nivel narcisista (como en el modelo de los objetos-*Self* de Kohut). Frente al fracaso en la consecución de

una identidad estable, se pueden dar intentos de crear otra identidad a través de un “reflejo narcisista” (Kohut 1971; citado por Mangini y Mondini, 2003). De esta manera, es imposible para el sujeto tener una opinión propia original, ni una suficiente certeza de sus ideas y convicciones. El objeto investido narcisísticamente (el objeto-*Self*) garantiza de forma “externa” la continuidad y la identidad del *Self*. El continuo pasar de una identificación a la otra, perdiéndose en múltiples identificaciones, se refleja también en los problemas de elección duradera de un objeto. Detrás de ese mimetismo siempre se esconde un sentido de intenso vacío, rabia y vergüenza por esa identidad descolorida e ineficiente. Rabia, drogas o promiscuidad sexual pueden asumir la función de revitalizar con una intensa experiencia afectiva y sensorial un sentido del *Self* vacío y sin vitalidad (Correale, Alonzi, Carnevali, Di Giuseppe, Giacchetti, 2009).

Según las teorías de Kernberg la intervención de la escisión provoca una cierta *debilidad del Yo*, porque la falta de integración de las introyecciones e identificaciones provoca una insuficiente neutralización de la agresividad, fuente de energía necesaria para el crecimiento del *Yo*. Se instaura, así, un círculo donde escisión y debilidad del *Yo* se refuerzan la una a la otra (Kernberg, 1975). Esta dinámica de debilidad de los procesos integrativos da lugar también a *dispersión de la identidad*, debido a la falta de un concepto integrado del *Self* y de los objetos en relación con el *Self*.

La relación límite con el objeto traumático

La siguiente cuestión a la que intentaremos dar respuesta es cómo todo lo que acabamos de explicar se refleja en las dinámicas relacionales de estos sujetos. Una de las aportaciones más interesantes y exhaustivas de la literatura psicoanalítica italiana contemporánea sobre el tema es la de Antonello Correale y colaboradores (2009). Uno de los puntos de esta contribución, que merece ser subrayado, es el intento de conectar de forma coherente algunos elementos de los dos modelos principales en la teoría sobre el límite, que ya han sido explicados a lo largo de este trabajo: el primero es el modelo de

Kernberg, que considera el trastorno caracterizado prevalentemente por un exceso de sentimientos agresivos y destructivos donde, para controlarlos, el paciente opera una escisión de su propio *Self* y de sus objetos internos, dificultando la relación consigo mismo y con los otros. El segundo modelo es el de Adler, referente a la psicología del *Self*; en este modelo se considera como crucial una dificultad de los mecanismos de introyección del objeto bueno, a causa de la cual el sujeto vive un continuo estado de privación afectiva. Para compensarlos el sujeto busca comportamientos, a veces incongruentes, para sentirse “revitalizado”.

Según Correale un aspecto característico de la patología *borderline* es una específica relación de objeto, que tiende a repetirse con regularidad en todas las experiencias relacionales. El autor describe esa modalidad de relación objetal subrayando aspectos emotivos muy precisos, que consisten en la desconfianza, sospecha y sentimientos de persecución, cada vez que la distancia afectiva se reduce demasiado. En otras palabras, el sujeto parece tener miedo, se siente inseguro y amenazado cada vez que el objeto se acerca excesivamente. El objeto puede ser percibido como poco fiable e imprevisible, de una manera que no es capaz de asegurar al sujeto un fluir afectivo armonioso y constante.

Esta modalidad de percibir los objetos relacionales como potencialmente traumáticos se acompaña, sin embargo, con una sensación-fantasma de carácter potencialmente opuesto. Estos pacientes tienden casi compulsivamente a establecer fuertes vínculos afectivos, idealizando el objeto y cargándolo de expectativas, muchas veces poco realistas, de satisfacción completa de sus propias necesidades afectivas. Es posible que buena parte de las escisiones que caracterizan la modalidad relacional de estos sujetos sean, en realidad, bruscas fluctuaciones entre acercamientos que llevan inevitablemente a la frustración, y alejamientos para demostrarse a sí mismos que son independientes y capaces de autonomía.

A veces esta modalidad de apego parece tener rasgos compulsivos. Por un lado, podemos observar una especie de enamoramiento pasivo y, por el otro, un “donjuanismo” compulsivo (Correale y col., 2009), donde cada vez que la relación se vuelve más cercana

crecen poco a poco sentimientos claustrofóbicos, llevando al sujeto hacia la búsqueda de un nuevo objeto.

Como ya hemos dicho, esta modalidad relacional ha sido asociada por la investigación epidemiológica a factores de trauma masivo en la historia del futuro niño *borderline*. Se trata, no solamente de episodios de violencia física o sexual por parte de un familiar, sino también de ambientes familiares, en general, tensos y violentos. Lo que parece caracterizar con regularidad estas historias, aunque con diferentes grados, es una cierta impulsividad e imprevisibilidad de los padres. Esta imprevisibilidad, junto a la angustia determinada por la percepción de un objeto impulsivo e incontrolable, caracteriza la relación con el objeto traumático.

Un aspecto importante de este tipo de relación es una modalidad “desvitalizante” por parte del objeto. En estos casos el aspecto traumático parece conectado al efecto de amortiguar los afectos y el entusiasmo del niño, que el objeto provocaría no a través de ataques físicos o psíquicos directos, sino a través de una “activa frialdad”, una hostilidad no explícita hacia la vida psíquica del niño. Muchos padres de futuros pacientes límite actúan como si la vida psíquica del niño fuese para ellos una fuerza caótica e incontrolable, que necesita ser amortiguada para poder ser controlada. El niño puede experimentar esta actitud como un ataque a su propio *Self* y a su desarrollo (Correale y col., 2009).

Esta específica modalidad de relación con el objeto traumático típica del trastorno límite determinaría, según el autor, una disminución en la capacidad de pensar serenamente en las experiencias vividas. En otras palabras, la continua presencia de un objeto intrusivo y desorganizante conllevaría a la activación de mecanismos mentales con el objetivo de garantizar exclusivamente la supervivencia psíquica del sujeto, caracterizados por restricción de la consciencia, disminución del empleo de la memoria evocativa y parcial despersonalización. Es como si el niño decidiera que el único objetivo es sobrevivir y esto requiriese de un encogimiento de la actividad psíquica y una concentración casi exclusiva en el presente.

Esta forma de responder al objeto traumático, si por un lado salva al niño de una inundación depresiva, tiene como consecuencia negativa un empobrecimiento de la

experiencia subjetiva, distorsionando el sentido del tiempo y de la memoria, volviéndose persecutorios. De esta manera, el paciente se ve obligado a poner en marcha varios intentos de “revitalización”, que consisten prevalentemente en la búsqueda toxicómana de la excitación y de la amplificación sensorial excesiva. Estas experiencias compensatorias se acompañan de una búsqueda desesperada de una relación objetal estable, que acaba no funcionando por una profunda desconfianza de base, debida a las dinámicas que se acaban de describir. Empieza, así, el círculo vicioso que caracteriza la terapia de estos pacientes.

El límite y la mentalización

Desde el modelo de la teoría del apego, una contribución muy significativa para la comprensión del trastorno límite es la de Peter Fonagy, cuyo concepto de *mentalización* es uno de los ejes centrales de su aportación.

La *mentalización* o *función reflexiva* es una función simbólica específica fundamental, tanto en la teoría psicoanalítica como en la teoría del apego. Se define como la capacidad de explicar, formarse creencia y dotar de significado las conductas del otro en términos de pensamientos, deseos o expectativas. Consiste en atribuir al otro un mundo interno representacional-mental o, dicho de otra forma, considerar al otro como poseedor de una mente cuyos contenidos determinan y permiten comprender los comportamientos de las personas. Al mismo tiempo, debido a que dota de significado a la conducta de sí mismo y de los otros y la hace predecible, es también capaz de ser flexible para poder activar, entre los múltiples grupos de representaciones *Self*-otros, el más apropiado para un contexto interpersonal particular. La exploración del significado de las acciones de los otros está ligada esencialmente a la habilidad del niño de calificar y encontrar sentido a su propia experiencia. Esta habilidad juega un papel crucial en la regulación del afecto, control pulsional y dominio sobre el *Self* (Fonagy, 2004).

La función reflexiva está muy unida al apego. Si el apego seguro es concebido como la adquisición de procedimientos para la regulación de los estados indeseables de

excitación, es muy probable que dicha información se adquiriera de manera más consistente, y esté representada más coherentemente, cuando el estado afectivo del niño le sea devuelto de una manera acertada y no abrumadora. Lo que es realmente crucial es la capacidad mental de la madre para contener al bebé, y responder de manera que demuestre conocimiento sobre el estado mental del niño, y también devolverle la sensación de que puede contener dicho estado. Si el apego seguro es producto de una contención exitosa, el apego inseguro puede verse como una identificación del niño con la conducta defensiva del cuidador. Si este es rechazante, puede fracasar en su respuesta a la ansiedad del niño, mientras que el cuidador preocupado, puede reflejar el estado del niño con demasiada claridad. En cualquier caso, el niño no habrá conseguido interiorizar una representación de su estado mental. La proximidad al cuidador es, en este caso, mantenida a costa de comprometer la función reflexiva.

Como hemos dicho, la capacidad de entenderse a sí mismo y entender a los otros es un logro clave a nivel evolutivo, y la ruptura de esta habilidad es, según Fonagy, el principal aspecto de la psicopatología límite (Bateman y Fonagy, 2010; Luyten y Fonagy, 2015). En esas circunstancias, los pacientes tienden a perder la capacidad de control y la función reflexiva, pasando cada vez más a modos de *no-mentalización* de experimentar la subjetividad. Esos modos de funcionamiento primitivos de pre-mentalización incluyen: *equivalencia psíquica* (donde los eventos mentales son considerados poseedores del mismo estatus que la realidad física), *pensamiento teleológico* (la presunción de que las dificultades emocionales se pueden resolver haciendo; por ejemplo, la rabia puede ser resuelta con actos destructivos o violentos) y *modelo simulado* (donde la subjetividad llega a separarse completamente de la realidad y la mentalización se vuelve excesiva pero carente de profundidad y sentido auténtico) (Luyten y Fonagy, 2015).

Las numerosas referencias de Fonagy a la mentalización abarcan su conceptualización relacionándola con diversos tópicos en el ámbito de psicopatología, en especial el TLP (Bateman y Fonagy, 2009; Fonagy, Luyten, y Strathearn, 2011; Luyten y Fonagy, 2015), así como tratamientos basados en la mentalización especialmente diseñados para los pacientes TLP (Bateman y Fonagy, 2004, 2010).

La mentalización tiene la función de mantener un sentido de integración y coherencia del *Self* vinculando actos observados y experiencias a estados intencionales plausibles. Debido a la fragmentación del *Self* como resultado de problemas en los procesos de mentalización, los pacientes límite, a menudo, se caracterizan por una tendencia a exteriorizar partes *ajenas* del *Self*, las cuales son a su vez percibidas como amenazantes para el propio *Self*, en un intento de restaurar la coherencia de la experiencia del mismo. Esta necesidad de externalizar puede ser expresada con comportamientos de exoactuación, autolesiones, y/o tendencia a coaccionar a otros en roles específicos (por ejemplo, el de la persona que abandona o descuida).

La principal causa de ruptura en el proceso de mentalización, y que juega un papel importante en la psicogénesis de los estados fronterizos, es el trauma psicológico. El trauma puede poner en peligro la capacidad del niño de desarrollar la capacidad de mentalizar de cuatro maneras (Bateman y Fonagy, 2010):

1. El niño puede, defensivamente, inhibir la capacidad de pensar acerca de los pensamientos y sentimientos de los otros, en relación a la experiencia de intención malévola de los otros.
2. Un excesivo estrés precoz puede distorsionar la función de los mecanismos de excitación, bajando el umbral de la mentalización automática.
3. Una prolongada excitación del sistema de apego por un trauma lleva hacia discapacidades específicas en la mentalización.
4. La identificación con el agresor puede llevar a la disociación de un “*Self*-ajeno” interiorizado.

De este modo, algunos aspectos de la personalidad fronteriza surgen de una integración inadecuada de las primeras formas de representación de la experiencia interna, las cuales deberían ser, en circunstancias normales, la base para mentalizar las experiencias de la realidad psíquica. Según Fonagy (2004) esto comporta una rigidez en las representaciones internas, en la experiencia del *Self* y en los patrones de relación con las personas, factor que constituye un obstáculo muy importante a la hora del cambio terapéutico.

Dentro del marco teórico de este trabajo, puede resultar interesante concluir este paréntesis sobre la teoría de la mentalización con una consideración de Fonagy (2004) sobre la relación entre teoría psicoanalítica y teoría del apego. Intentando conectar las dos teorías, el autor afirma, por ejemplo, que la idea de función reflexiva o mentalización estaba ya presente en Freud con la noción de *Bindung*, o conexión. Este término se refiere al cambio cualitativo desde lo físico (inmediato), a la cualidad psicológica (asociativa) de la conexión. Melanie Klein, al describir la posición depresiva, insistió en que conlleva, necesariamente, el reconocimiento del dolor y sufrimiento en el otro, es decir, darse cuenta de los estados mentales. No hay duda de que, para que ello tenga lugar, el *Self* y el otro han de ser conscientes de esta intencionalidad. También Wilfred Bion con el concepto de contención se acerca a la mentalización. Este autor explica la transformación (*función alfa*) de los sucesos internos experimentados como concretos (*elementos beta*), en experiencias tolerables y pensables. Donald Winnicott fue, quizás, el autor más cercano a las ideas de la teoría del apego, al reconocer la importancia de la *comprensión psicológica* del bebé por parte del cuidador, para que pueda emerger el *Self* verdadero y el reconocimiento del aspecto dialéctico de esta relación. Según el autor, el *Self* psicológico se desarrolla a través de la propia percepción de estar en la mente de otra persona como alguien que puede pensar y sentir.

A partir de las observaciones pioneras sobre el concepto de *mentalización*, Bateman y Fonagy (2004, 2006) desarrollaron el *tratamiento basado en la mentalización* (*Mentalization based therapy*, MBT), consiguiendo integrar teoría de la mente, psicología del *Yo*, teoría *kleiniana* y teoría del apego (Levy, Wassermann, Scott y Yeomans, 2009). Los autores postulan que el elemento de cambio en todos los tipos de terapias para pacientes con trastorno límite de personalidad es el desarrollo de la capacidad de mentalizar, la capacidad de pensar acerca de los estados mentales propios y de los otros en términos de deseos e intenciones.

Conclusiones

Uno de los principales objetivos de este trabajo de revisión bibliográfica ha sido trazar un hilo conductor sobre la condición *borderline*, a través de la evolución a lo largo del tiempo de las diferentes conceptualizaciones, intentando abarcar desde las primeras teorías hasta los más recientes hallazgos. En mi opinión, es posible identificar un punto de contacto entre los varios planteamientos teóricos, a saber, el carácter de profunda inestabilidad a nivel afectivo y relacional, ese fondo inestable de la experiencia definido por Barale (2009), como la inestabilidad que no permite a estos sujetos poder crear memoria, historia interna, representación de los objetos modulada y rica de matices, fondo inestable que se traduce en sentimientos de vacío, falta de una “base segura”, defecto de la experiencia interna de contención que impide una adecuada significación de la experiencia. Es fundamental tener en cuenta este aspecto clave, sobre todo desde el punto de vista psicoterapéutico, tanto en terapias de orientación psicoanalítica como de otras orientaciones, terapias que suelen ser bastante turbulentas. Puede resultar útil concluir este trabajo con una metáfora con la que Barale intenta explicar tanto el funcionamiento complejo de estos pacientes como las dificultades en el abordaje terapéutico. El psicoanalista compara la condición límite con un prisma que gira, y que girando expone sus diferentes caras a la luz, reflejando continuamente diferentes partes del *Self* y del objeto, aspectos buenos y malos, de forma mutable y contradictoria. Esta inestabilidad hace que la relación terapéutica sea “previsiblemente imprevisible”, donde se alternan la intolerancia a las separaciones y la transferencia violenta y negativa, como si el paciente estuviese continuamente en una montaña rusa.

Referencias bibliográficas

Andreoli, A. y M.V. Costantini (2008), “Angosce al di qua e al di là del principio del piacere nel trattamento psicoanalitico delle condizioni *borderline*”, en *Il lavoro psicoanalitico sul limite. Contributi teorici e clinici*, Milano, Franco Angeli, pp. 115-140.

Barale, F. (2008), “Il fondo instabile dell’esperienza. Clinica e psicopatologia *borderline*”, en *Il lavoro psicoanalitico sul limite. Contributi teorici e clinici*, Milano, Franco Angeli, pp. 63-101.

Bateman, A. y P. Fonagy (1999), “Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of *borderline* personality disorder: a randomized controlled trial”, *American Journal of Psychiatry*, núm. 156(10), pp. 1563–1569.

Bateman, A. y P. Fonagy (1999), “Treatment of *borderline* personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalization: an 18-month follow-up”, *American Journal of Psychiatry*, núm. 158(1), pp. 36–42.

Bateman, A. y P. Fonagy (2004), “Mentalization-Based Treatment of BPD”, *Journal of Personality Disorders*, núm. 18(1), pp. 36-51.

Bateman, A. y P. Fonagy (2006), “Mentalizing and *borderline* personality disorder”, en *The handbook of mentalization-based treatment*, Hoboken, John Wiley & Sons Inc., pp. 185-200.

Bateman, A. y P. Fonagy (2009), “Randomized Controlled Trial of Outpatient Mentalization-Based Treatment Versus Structured Clinical Management for *Borderline* Personality Disorder”, *American Journal of Psychiatry*, núm. 166, pp. 1355–1364.

Bateman, A. y P. Fonagy (2010), “Mentalization-Based Treatment for *Borderline* Personality Disorder”, *World Psychiatry*, núm. 9, pp. 11-15.

Bergeret, J. (1978), *Manual de psicología patológica: teórica y clínica*, trad. de Nuria Pérez de Lara, Barcelona, Masson, 1990.

Clarkin, J. F., F.E. Yeomans, y O.F Kernberg (2006), *Psychotherapy for borderline personality: focusing on object relations*, Washington, American Psychiatric Publishing.

Deutsch, H. (1942), “Some Forms of Emotional Disturbance and their Relationship to Schizophrenia”, *The Psychoanalytic Quarterly*, núm. 11, pp. 301-321.

Fonagy, P. (2004), *Teoría del apego y psicoanálisis*, Barcelona, Espaxs.

Fonagy, P., P. Luyten y L. Strathearn (2011), “Borderline personality disorder, mentalization and the neurobiology of attachment”, *Infant Mental Health Journal*, núm. 32(1), 47-69.

Green, A (1990), *Psicoanalisi degli stati limite. La follia privata*, trad. de Franco Del Corno, Milano, Raffaello Cortina, 1991.

Kernberg, O.F. (1967), “Borderline Personality Organization”, *Journal of the American Psychoanalytic Association*, núm. 15, pp. 641-685.

Kernberg, O.F. (1975), *Desordenes Fronterizos y Narcisismo Patológico*, trad. de Stella Abreu, Buenos Aries, Paidós, 1979.

Kernberg, O. F. (1976). *Object Relations Theory and Clinical Psychoanalysis*. New York, Aronson.

Kernberg, O.F. y P.A Foelsch (2011), “Modelo de la Psicoterapia Centrada en la Transferencia en la Modificación de Adolescentes”, *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, núm. 51/52, pp. 7-40.

Kernberg, O.F. (2015), “Neurobiological correlates of object relations theory: The relationship between neurobiological and psychodynamic development”, *International Forum of Psychoanalysis*, núm. 24(1), pp. 38-46.

Levy, K.N., R.H. Wassermann, L.N. Scott y F.E. Yeomans (2009), “Empirical evidence for transference-focused psychotherapy and other psychodynamic psychotherapy for *borderline* disorder”, en *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy*, New York, Humana Press, pp. 93-120.

Luyten, P. y P. Fonagy (2015), “Psychodynamic Treatment for *Borderline* Personality Disorder and Mood Disorders: A Mentalizing Perspective”, en *Borderline Personality and Mood Disorders: Comorbidity and Controversy*, New York, Springer, pp. 223-251.

Mahler, M. (1971), “A Study of the Separation-Individuation Process and Its Possible Application to *Borderline* Phenomena in the Psychoanalytic Situation”, *Psychanalytic Study of the Child*, núm. 26, pp. 403-424.

Mangini, E. y S. Mondini (2003), “La Psicoanalisi e il *Borderline*”, en *Lezioni sul pensiero post-freudiano*, Padova, LED, pp. 553-575.

Mc Williams, N. (1994), *La Diagnosi Psicoanalitica*, trad. de Lucio Sarno y Vincenzo Caretti, Roma, Astrolabio, 1999.

Yeomans, F.E. y D. Diamond (2010), “Transference-Focused Psychotherapy and *Borderline* Personality Disorder”, en *Psychodynamic Psychotherapy for Personality Disorders. A Clinical Handbook*, American Psychiatric Publishing, Inc, Washington, pp. 209-238.

Resumen

En este artículo se examinan algunas contribuciones sobre el estudio del Trastorno Límite de Personalidad desde la perspectiva psicodinámica y psicoanalítica. Para ello se traza un hilo conductor desde los primeros planteamientos teóricos hasta los avances más recientes, tanto en el diagnóstico como en sus implicaciones al abordaje terapéutico. Se analizan las características genético-dinámicas de las personalidades de estos pacientes y sus repercusiones a nivel relacional, haciendo sobre todo referencia a los modelos del diagnóstico estructural de Otto Kernberg y a la teoría de la mentalización de Peter Fonagy.

Palabras clave: trastorno límite de personalidad, diagnóstico estructural, Kernberg, mentalización.

Summary

In this article we present some contributions about the study of *Borderline* Personality Disorder from the psychodynamic and psychoanalytic perspective. To do this, we follow a thread leading from the first theoretical approaches to the most recent advances, both in diagnosis and in the implications for the therapeutic approach. The genetic-dynamical characteristics of the personalities of these patients and their repercussions at the relational level are analyzed, with important references to Otto Kernberg's structural diagnosis model and Peter Fonagy's theory of mentalization.

Key words: borderline personality disorder, structural diagnosis, Kernberg, mentalization.

Salvatore Cosentino

Doctor en Psicología.

Universidad Ramon Llull. FPCEE Blanquerna.

salvatorec1@blanquerna.url.edu

Eulàlia Arias-Pujol

Doctora en Psicología, y Psicóloga Clínica.

Universidad Ramon Llull. FPCEE Blanquerna.

eulaliaap@blanquerna.url.edu

Carles Pérez-Testor

Doctor en Medicina y Psiquiatra

Universidad Ramon Llull. FPCEE Blanquerna.

IUSM Vidal i Barraquer

carlespt@blanquerna.url.edu