

Ubicación de la neurosis En la patología borderline

Víctor Hernández Espinosa*

Freud nos recuerda en “Análisis Terminable e Interminable” que “en el mundo real las transiciones y los estados intermedios son mucho más corrientes que los estados opuestos y claramente diferenciados”. Los estados opuestos y claramente diferenciados suelen ser construcciones teóricas y abstractas, podríamos decir que incluso utópicas, en el sentido de que no tienen existencia concreta en ninguna parte. En psiquiatría estos estados opuestos y claramente diferenciados han sido durante mucho tiempo el supuesto y utópico estado de salud mental, opuesto a un no menos supuesto y utópico estado de locura. La falacia de esta oposición fue reforzada históricamente por la creación asistencial de un espacio para la “locura”; con los manicomios se daba cuerpo a la ilusión de que si había un espacio concreto y real lleno de locos en estado de locura para el resto de su vida. Los estados intermedios, mucho más corrientes, eran en aquellos tiempos las neurosis, en tanto que la psicosis y la salud mental eran los estados opuestos y claramente diferenciados. La revolución freudiana del pensamiento psiquiátrico, con su concepción de la dinámica inconsciente y de la construcción genética e histórico-biográfica de las estructuras de la personalidad y con el estudio de los funcionamientos psicóticos en personas normales (en los fenómenos oníricos, por ejemplo) vino a poner en duda la clara diferenciación entre psicosis y neurosis. La salud mental ya se reconocía como un estado

* Ferrán Puig 73, 08023 Barcelona. España

utópico y la clara diferenciación consistía en oponer todavía psicosis y neurosis. Desde entonces ha ido resurgiendo la antigua teoría de la psicosis única, del continuum, reconvertida en la teoría psicoanalítica del desarrollo emocional como un proceso que lleva hacia formas más evolucionadas y maduras de funcionamiento mental, fundamentalmente semejantes a las neuróticas, a partir de formas primitivas de funcionamiento mental, fundamentalmente semejantes a las psicóticas y que no desaparecen del todo puesto que pueden reactivarse en los estados regresivos. No otra cosa significa en el fondo la fórmula kleiniana que presenta la neurosis infantil como una defensa contra la psicosis, pero no como una resolución total de ésta, puesto que los mecanismos psicóticos (disociación fragmentadora, negación omnipotente, identificación proyectiva, etc.) continúan funcionando en los niveles básicos de la mente (la fantasía inconsciente de Klein, el proceso primario de Freud) y están siempre dispuestos a reaparecer y a manifestarse en estados regresivos no propia ni necesariamente patológicos (el sueño o ciertos momentos de ensimismamiento “narcisista” previos a la actividad creadora, por ejemplo). Si el desarrollo emocional es un proceso que pasa por posiciones sucesivas, como pueden ser la esquizoparanoide y la depresiva, precedidas posiblemente por una posición autista más arcaica (Coromines), parecería lógico y sencillo postular, de acuerdo con el concepto mismo de “posición” como un conjunto de funcionamientos mentales relacionales, de ansiedades y defensas en el contexto de un determinado tipo de relación de objeto, que el pensamiento y la adaptación a la realidad se están procesando continuamente desde una posición primitiva (la fantasía inconsciente) hacia una posición evolucionada y madura, aunque en general tendamos a ser conscientes tan sólo de esta última. Así como una vieja ley señala que la ontogénesis reproduce la fiogénesis, este postulado indicaría que la relación del individuo con la realidad estaría reproduciendo en cada momento y de algún modo la génesis y construcción del self o del sentimiento de identidad en relación con la realidad interna y la realidad externa. Este

continuo proceso de construcción y reconstrucción de las estructuras del self y de la percepción, organización y adaptación a la realidad puede detenerse en cualquier momento de su evolución o regresar a él, manifestándose entonces forma primitivas y transitorias de la relación con la realidad que tendrán una apariencia delirante o quasi delirante sin que la personalidad del individuo sea clínicamente psicótica. Si no es psicótica, tenderemos a decir que es neurótica en la medida en que sigamos influidos por la oposición histórica entre neurosis y psicosis y tendremos que reconocer la posibilidad de que se manifiesten funcionamientos de carácter psicótico en personalidades neuróticas. Esta posibilidad se observa cada vez más frecuentemente en la clínica actual y, para salvar la aparente contradicción implícita en la descripción de un estado que es a la vez psicótico y neurótico, recurrimos también cada vez más al concepto de personalidad borderline. La única alternativa a este dilema sería la sustitución de la oposición entre neurosis y psicosis por la concepción de un continuum neurosis-psicosis que, en el curso de la evolución, lleva desde el predominio inicial de mecanismos de adaptación psicóticos al predominio final de mecanismos de adaptación neuróticas, sin que éstos sustituyan totalmente a los primeros.

Cuando este tipo de relación transitoriamente delirante con la realidad, que puede darse en cualquier momento y en cualquier persona, está facilitado por la debilidad del Yo, por la intensidad de los afectos o, lo que es más corriente, por una combinación de ambos factores, estaremos en presencia de lo que Kernberg ha llamado organización borderline de la personalidad". Si predomina la debilidad del Yo, la organización borderline de la personalidad estará relativamente más próxima a lo que consideramos clásicamente como psicosis; en el caso contrario, lo estará más a la neurosis. Mi tesis es que esta organización borderline de la personalidad representa en nuestro pensamiento teórico actual y en la situación actual de la práctica clínica el estado intermedio entre la psicosis

y la neurosis y que, como tal estado intermedio, es mucho más corriente que “los estados opuestos y claramente diferenciados”. La patología borderline sería el eslabón perdido que ahora nos permite reconstruir el continuum entre psicosis y neurosis. El estado de salud mental ya no lo considero porque me parece que no es más que el más benigno y deseable de los estados neuróticos, pero que como estado de salud mental, no es más que una utopía. Por otra parte, en la práctica asistencial actual, tanto en el consultorio psicoanalítico como en las instituciones psiquiátricas, me parece que también los estados psicóticos claramente diferenciados y opuestos a los neuróticos son cada vez más raros. En cambio, la práctica clínica actual y el auge creciente del concepto de patología borderline, cada vez más presente en la literatura psiquiátrica y psicoanalítica aunque ciertamente algo vago e indefinido, parecen testimoniar la mayor frecuencia asistencial de este tipo de patología.

La principal característica de la organización borderline de la personalidad, siguiendo el criterio ya clásico de Kernberg, que me parece confirmar en mi experiencia personal, sería la pérdida transitoria del criterio de realidad y la aparición, por lo tanto, de conductas de aspecto delirante en situaciones relacionales poco estructuradas. Esta organización borderline de la personalidad, siempre a caballo entre la neurosis y la psicosis, entre el criterio de realidad y el pensamiento mágico omnipotente, entre la relación de objeto total y la relación de objeto parcial, entre la identidad y la confusión, correspondería genéticamente a una fijación o anclaje en el umbral de la posición depresiva y se manifestaría, como he dicho, en situaciones relacionales poco estructuradas, principalmente en la transferencial. Esto explicaría la frecuente aparición de fenómenos transicionales y de síntomas narcisistas, perversos y adictos en los pacientes borderline, así como su tendencia a las regresiones y las actuaciones psicóticas transitorias. La patología borderline nos aproximaría por una parte a la comprensión de los mecanismos psicóticos y, por

otra, a la comprensión del carácter quasi delirante de algunas relaciones de objeto en las neurosis (estoy pensando en estructuras neuróticas graves de tipo histérico, fóbico y obsesivo y en la constante frecuencia de síntomas “neuróticos” en estos pacientes borderline coexistentes con manifestaciones psicóticas, al menos por lo que se refiere a la tendencia a la confusión, la actuación y la distorsión del criterio de realidad).

Como ilustración clínica de estas reflexiones quisiera presentar un material psicoanalítico de una paciente de personalidad borderline, según sus criterios diagnósticos, que también hubiera podido ser diagnosticada de personalidad neurótica grave o de “carácter psicótico” (Frosch) y que, en el tratamiento psicoanalítico con cinco sesiones a la semana, evidenciaba con frecuencia distorsiones transferenciales de la realidad que condicionaban conductas transitorias de aspecto delirante, a pesar de mantener en su vida externa unos rendimientos laborales y sociales muy altos. Se trataba de una paciente de treinta y pico de años, casada y con hijos, que acudió en demanda de tratamiento porque hacía tiempo que se encontraba en una situación de gran ansiedad, padecía diversos trastornos físicos que los médicos calificaban de “nerviosos”, abusaba relativamente del alcohol a pesar de sufrir una gastritis crónica y, sobre todo, se vivía a sí misma como trágicamente inmersa en un proceso mental de enloquecimiento. Refería una historia de celos del hermano mayor basada en una relación muy conflictiva con la madre, a la que describía como mentalmente enferma y con una predilección acentuada por el hijo varón, hasta el extremo de que todavía dormía a veces con él, según la paciente, cuando ya era adolescente. Todos los recuerdos de la infancia estaban teñidos de un sentimiento dramático de celos y de rabia y odio dirigidos especialmente hacia la madre y transferencialmente actuados con frecuencia en el curso del tratamiento. Se recordaba a sí misma de muy pequeña sentada sola en un extremo del pasillo de su casa masturbándose y llamando a su madre

plañideramente hasta que cesaba la masturbación y era sustituida por fantasías violentas de ataques destructivos contra la madre y el hermano. A lo largo del tratamiento psicoanalítico estuvo repitiendo durante mucho tiempo en la relación transferencial sus demandas de cariño y caricias, unas veces con tono plañidero y otras con amenazas y exigencia impaciente. Parecía como si sólo quisiera del analista caricias que aliviaran su sufrimiento y, para conseguirlas, desplegaba actitudes seductoras que abocaban invariablemente a una actitud hostil y destructiva en la que hacia al analista objeto de ataques tan coléricos y crueles como sus primitivas fantasías celotípicas. Estos ataques se reanudaban siempre que el analista frustraba sus demandas de caricias ofreciéndole en cambio interpretaciones acerca de su sufrimiento interno y de su necesidad de pruebas materiales de afecto con las que asegurarse continua e insaciablemente de que podría por fin encontrar en el analista una madre que le prodigara los cuidados y el afecto que, según ella, su verdadera madre le había negado para dárselos exclusivamente al hermano mayor. Al principio del análisis soñó que se peleaba con la carnicera porque le había pedido chuletitas de lechal y le había dado bistecs. Los sueños solían ser actuados en la transferencia, de modo que primero se peleaba conmigo porque no le daba las “chuletitas de lechal” y luego explicaba el sueño. En algunos momentos de la relación transferencial el analista pasaba de ser una persona idealizada como salvador y proveedor de salud mental a ser un objeto inútil y despreciado: no servía para nada, era un impotente, un desgraciado cruel y sádico que disfrutaba haciéndola sufrir, un gigoló que vivía del dinero que ella pagaba, un maricón, como todos los psiquiatras, que no trataba más que homosexuales y prostitutas, etc. Los ataques llegaban en alguna rara ocasión a materializarse con burdas actuaciones, por ejemplo impidiendo en una ocasión que el analista se ocupara del paciente que venía tras de ella, para lo cual se negó a marcharse y permaneció tumbada en el diván una hora más. Durante un cierto tiempo el proceso relacional estuvo prácticamente invadido por proyecciones masivas que hacían del analista un

simple recipiente en el que la paciente evacuaba sus objetos internos persecutorios, principalmente una madre destruida y cruel, a la vez loca y enloquecedora. Por otra parte, la paciente era una persona inteligente y capaz, que había conseguido conservar relativamente indemne una zona sana de su personalidad que iba quedando cada vez más limitada al área laboral, en la que funcionaba con notable éxito, a costa de una invasión patológica de otras áreas de su vida relacional y afectiva. Muchos de los rasgos de su personalidad, principalmente los dramatizadores y seductoramente actuadores, invitaban al diagnóstico de histeria, pero los mecanismos proyectivos que se desplegaban en la transferencia tenían características psicóticas por su carácter masivo e invasor. No obstante, su demanda de tratamiento era sincera y su esfuerzo por llevar delante el tratamiento era titánico y conmovedor y transmitía al analista la convicción de que el difícil trabajo psicoanalítico sería reconocido y recompensado, como efectivamente lo fue con una evolución penosa pero constante hacia una clara mejoría y transformación con recuperación de sus buenos objetos internos. Parecía claro que la paciente mantenía una doble relación con el analista, reflejo de una disociación interna: su parte más adulta colaboraba a una relación terapéutica con la esperanza y el deseo de que el analista la ayudara a aliviar su sufrimiento, pero la parte más infantil y primitiva, organizada como un núcleo psicótico muy disociado del resto de la personalidad, invadía a veces la relación y la deformaba hasta un grado que en ocasiones llegaba a parecer francamente delirante. Así ocurría, por ejemplo, cuando la paciente tenía la convicción de que el analista era un ser degradado y sádico que la explotaba cruelmente y disfrutaba martirizándola y negándole las caricias que hubieran aliviado su sufrimiento y lo manifestaba con una conducta abiertamente hostil y despreciativa. Si se considera que la idea errónea es delirante cuando la convicción es tal que invalida el criterio de realidad y determina una conducta dirigida por la idea errónea, podría decirse que en algunas sesiones e incluso en algunas temporadas la conducta de esta paciente

era delirante. No obstante, poco a poco, mediante un trabajo largo y a veces penoso de contención, interpretación y elaboración de esta situación, la paciente pudo ir modificando sus proyecciones y aliviando sus ansiedades hasta el punto de poder introyectar las interpretaciones del analista, quien fue dejando de ser un recipiente evacuatorio para pasar a ser cada vez más alguien capaz de tener en la mente de la paciente una presencia estable y una función sostenedora.

La paciente llegó a agradecer que se le hubiera negado las caricias, que comprendía hubiera equivalido a la destrucción del tratamiento, fue mejorando su organización interna y externa, desaparecieron los síntomas físicos que padecía e incluso pudo establecer una relación satisfactoria con su marido, con el que antes sola ser frígida. No obstante, el equilibrio alcanzado en su organización mental era todavía precario. La seguridad en si misma y la tranquilidad adquiridas a lo largo de la experiencia analítica estaban basadas en la presencia de un objeto interno capaz de darle seguridad y afecto, pero todavía dependían mucho de que la presencia del analista como objeto externo transferencial reforzara continuamente la presencia de este objeto interno, que se veía amenazada ante situaciones anecdóticas que estimularan sus sufrimiento celoso. Entonces el objeto interno bueno era atacado inmediatamente por la rabia celosa, sin que la vivencia de la paciente fuera propiamente la de un sentimiento de celos ni tampoco la de que su rabia hubiera atacado al objeto bueno, sino que era la confirmación de que el analista, representante externo del objeto interno, era malo como objeto externo real, no la quería, la repudiaba, la odiaba, etc., como si la proyección de su rabia omnipotente vaciara al analista de bondad y disposición a ayudar y lo llenara totalmente de rabia y sadismo. La proyección masiva e invasora era de tipo psicótico y la vivencia adquiría características de convicción delirante e influía inmediatamente en la conducta de la paciente, que volvía a hacerse francamente hostil y acusatoria. La personalidad de la paciente no era psicótica, estaba más cerca de lo que suele

considerarse neurótico, pero la transferencia tenía por momentos características psicóticas, lo que no es de extrañar si recordamos que la transferencia consiste en la reactivación de mecanismos arcaicos que están presentes en toda persona por el mero hecho de haberlo llegado a ser a través de un proceso evolutivo. Quizás en los neuróticos más evolucionados haya estructuras mentales que protegen e impiden que se llegue a estos niveles de transferencia, que pueden ser desestructurantes y que aparecen más fácil y masivamente en los neuróticos borderline o en las personalidades de organización borderline.

Después de una temporada de trabajo analítico efectivo, la paciente había podido integrar en su interior la imagen del analista como un objeto estable que la apoyaba interiormente y le daba seguridad, a la par que suavizaba el carácter persecutorio y enloquecedor del objeto interno malo (madre atacada y destruida) hasta entonces disociado y alojado en la parte psicótica de su personalidad, lo que se reflejaba en una mejoría general en su vida y en sus relaciones personales, en una suavización ostensible de sus ansiedades y en una actitud de reconocimiento del analista y de la labor realizada. Parecería esperanzador el hecho de que este progreso se mantuviera durante meses de una forma sorprendentemente estable. No obstante, un buen día, sin ningún hecho aparente que lo justificara, la paciente volvió a mostrar tenazmente una actitud similar a la de las primeras etapas del tratamiento. Displicente, mordaz, insultante y destructiva, pasaba sesión tras sesión afirmando que el análisis no le había servido de nada, que no había recibido ninguna ayuda, etc., etc., y desplegando otra vez toda su capacidad de provocar y herir al analista con constantes insultos y desprecios. Era evidente que la paciente volvía a proyectar en el analista un objeto interno malo y persecutorio y que se esforzaba nuevamente en provocarle características que ella misma le proyectaba. Esta digamos recaída se prolongaba a lo largo de días, sin que el analista alcanzara a explicarse qué había pasado y sin que le parecieran válidas posibles explicaciones al uso, como

sería la de la reacción terapéutica negativa. Un día la paciente expresó, como uno más de sus ataques despreciativos, la fantasía de que el analista, puesto que era un ser tan desprestigiado y prostituido, se había quedado sin enfermos, no tenía nada que hacer y se pasaba el rato en su propia sala de espera fumando un puro mientras le aguardaba a ella, la única paciente lo suficientemente tonta para no *haberle* abandonado todavía. El psicoanalista recordó entonces que el paciente que venía inmediatamente antes que ella solía fumar puros y que a veces dejaba la colilla en la sala de espera. Recordó también que unos días antes de haber reaparecido esta actitud de desprecio y provocación, la paciente había manifestado su *convicción de que* todo el *interés* del analista y todo su amor debían ser para el paciente que venía antes, que le parecía un personaje importante (lo que no dejaba de ser una percepción realista porque el paciente, un hombre mayor, tenía todo (aire de ser alguien importante) y que a él sí que le debía dar caricias, mientras que a ella se las negaba y sólo la soportaba por lástima. Se le interpretó entonces que el haber visto la colilla de puro en la sala de espera era para ella la confirmación de que el analista seguía viendo antes que a ella a aquel paciente varón y que era tal su convicción dolorosa de que le prefería a él, como su madre había preferido a su hermano (tan importante para la madre *como* este hombre mayor le parecía serlo para el analista), y tanta a la vez su necesidad de que se la cuidara y se la quisiera a ella exclusivamente, que tenía que construirse la fantasía de que el psicoanalista se había quedado sin pacientes para aliviar el dolor de sentirle compartido con este paciente-hermano *mayor*. La respuesta a la interpretación fue un llanto silencioso seguido de un preguntar repetidamente por qué el analista no la quería, a la vez que volvía a pedir caricias. No obstante, a la sesión siguiente la actitud de la paciente ya había vuelto a cambiar, se mostraba de nuevo colaboradora y el tratamiento pudo seguir el camino de progreso que se había interrumpido pasajera y momentáneamente. Pero, de cuando en cuando, la paciente volvía a mostrarse *displicente* y *hostil* y se pasaba toda la sesión quejándose de que el análisis no servía para nada, de

que era una pérdida de tiempo, etc. El analista pudo entonces comprobar reiteradamente, con la ingenua satisfacción *de quien tiene* la extraordinaria ocasión de comprobar casi experimentalmente las hipótesis deducidas de su trabajo psicoanalítico, que estas sesiones hostiles coincidían siempre con la presencia de la colilla de puro en la sala de espera y, por lo tanto, con la convicción por parte de la paciente de que el hombre importante y preferido habla estado *con* el analista antes *que* ella.

En esta paciente las situaciones reactivadoras del sufrimiento celoso ponían en marcha defensas primitivas de tipo psicótico. El sufrimiento celoso podía contemplarse teóricamente como una ansiedad neurótica en el plano de la rivalidad edípica y del deseo posesivo de la madre amenazado por la presencia del hermano como rival incestuoso que le robaba a la madre, representando en la transferencia por el señor importante que le robaba la atención exclusiva del analista. Pero el sufrimiento celoso se habla insoportable, hasta el punto de llevarla a sustituir la realidad por la fantasía y el amor por el odio, porque detrás de él surgía la ansiedad, mucho más psicótica, de fragmentación del self, claramente expresada, por ejemplo, en su recuerdo infantil de masturbarse en un aislamiento narcisista hasta que explotaba de rabia desintegradora. Me parece un ejemplo bastante ilustrativo de la intrincada combinación secuencial de ansiedades y defensas psicóticas y neuróticas que podemos apreciar con más claridad en estos pacientes de estructura borderline, pero que, al menos teóricamente, si nos adscribimos a los postulados dinámicos, genéticos y evolutivos de la teoría psicoanalítica, debemos superar que existe también en los pacientes neuróticos, aunque en ellos la posible presencia de defensas mucho más estructuradas y rígidas haga muy difícil la aparición de la transferencia psicótica y se mantengan siempre aferrados a la conservación del criterio de realidad.

**Descriptores: BORDERLINE / PARTE PSICOTICA DE LA
PERSONALIDAD / PARTE NEUROTICA DE LA
PERSONALIDAD / CASO CLINICO**

Bibliografía

COROMINES, J. - *Psicopatología i desenvolupament Arcaics*. Espaxs.
Barcelona. (1991)

FREUD, S. - *Analysis Terminable and Interminable*. Standard Edition, vol. 23.
Int. Univ. Press, London.

FROSCH, J. - *The Psychotic Process*. Int. Universities, Inc. N.Y. (1983).

GRINBERG, L - *A pproach to the Understanding of Border line Disorders*. En
Borderline Personality Disorders: the Concept, the Syndrome, the Patient.
Ed. Hartocollis. P. Int. Univ. Press, N.Y. (1977).

HERNANDEZ, V. - *La Persornalitat Borderline i el Criteri de Realitat*. Rev.
Catalana de psicoanálisis. Vol. 111-2 (1984).

HERNANDEZ, V. - *Síndrome Bordeline*. En: Diagnóstico en Psiquiatría. Ed.
Guimón, J. Salvat Editores, S.A. (1988).

HERNANDEZ, V. - *Patología Narcisista i Borderline*. Monografías, núm. 2.

Fundación Vidal i Barraquer. Barcelona (1991).

HERNANDEZ, V. - *Clínica del Síndrome Borderline*. Ponencia presentada al XIX Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría. Bilbao (1993).

KERNBERG, O. - *Borderline Personality Organization*. J. Am. Psychoanal. Assoc. XV, 3. (1967).