

GÉNESIS (DINÁMICA) DEL TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL.



Rodrigo Córdoba Sanz

Durante años se ha intentado averiguar en qué consiste el trastorno borderline, las respuestas han hecho cambiar la nosología y reconstruir edificios teóricos y terapéuticos. Actualmente nos encontramos afortunadamente en un punto de inflexión en el que se intenta dar importancia a la estructura de personalidad para entender los síntomas. El Eje II del DSM-IV es un reducto del sentido común. A partir de aquí podemos tratar de entender de una manera holista las cogniciones, percepciones, comportamientos y relaciones de estos fabulosos seres humanos, de sus peculiaridades, de su mundo interno y de su sufrimiento.

GÉNESIS HISTÓRICA DEL TRASTORNO DE INESTABILIDAD EMOCIONAL

Cuando buscamos registros en la biografía del consultante esperamos entender, constituir un corpus teórico según lo que éste nos expresa en sus actos y con su historia.

Si prestamos atención a la evolución teórica del concepto borderline vemos influencias de la psiquiatría (Kraepelin, Bleuler, Schneider, Kretschmer). Entre tanto, de manera paralela, trabajando a veces al unísono y otras de reojo, el influjo del psicoanálisis ha tratado de explicar el fenómeno desde su prisma, Escuela Inglesa, francesa y americana. Corpúsculos con un lenguaje propio. El fantasma de Freud, genial investigador y creador es siempre objeto de homenaje y culto por el grupo de psicoterapeutas dinámicos. Este señor parecía tener graves problemas para distinguir el fenómeno Borderland¹ de la histeria, en “El hombre de las ratas” y en el caso “Anna O.” el creador del psicoanálisis presentó dificultades con estas estructuras tan amplias, ricas y generosas en sintomatología y patoplastia. Borderland es un territorio enigmático, evanescente, crepuscular y excesivo. Esto contribuyó afortunadamente a edificar el edificio de la transferencia y la contratransferencia, pilares fundamentales en la terapéutica de los pacientes imbuidos en Borderland.

Los conceptos de esquizofrenia latente (Bleuler, 1911; Federn, 1947), el carácter impulsivo (Wilhelm Reich, 1925), la personalidad “as if-como si” (Helene Deutsch, 1942), conflicto esquizoide (Fairbairn, 1942) y contribuciones como la de Ch. Odier en 1948 en donde describió el miedo a la soledad que encontró en algunos pacientes, llamando a este síndrome neurosis de abandono (“névrose d’abandon”). Luego serían los abandonónicos (les abandonniques) de la psicóloga suiza formada con Piaget, Germaine Guex.

Estos son sólo unos ejemplos del rico campo borderland que ha ido transitando hacia borderline para acabar en el infiel Trastorno Límite. La primera vez que aparece el término borderline es en 1884. En ese año, Hughes (psiquiatra inglés) designa así a los estados borderline de la locura. Los define como “personas que pasaron toda su vida de uno a otro lado de la línea”.

Rose los diagnosticaba cuando había síntomas neuróticos graves. Para aquel entonces ya apuntaba a crear incertidumbre nosológica y perplejidad en el terapeuta.

Como en el lecho de Procusto, psiquiatras, psicoanalistas, esto es, “bandidos” trataban de profundizar y crear una nueva entrada que diera cabida a los heterodoxos borderlines. Continuaron la búsqueda. La esquizofrenia latente (Paul Federn, 1947) y la esquizofrenia pseudoneurótica (P. Hoch y Ph. Polatin en 1949)

1.- Medina Eguía, 1992.

seguían en esa línea queriendo encontrar explicación a las micro-psicosis que presentaban sus pacientes.

La investigación y la dedicación especializada en lo *borderland* y con esto quiero expresar todo el espectro de lo límite ha avanzado mucho a partir de entonces. Otto Kernberg en su célebre libro de 1976 “Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico” cambia la perspectiva psicoanalítica para comprender, sostener y tratar a estos pacientes. Kernberg desea construir un espacio en el que el paciente de *borderland* pueda sentirse seguro sin provocar regresiones, por esto se cambia el *setting* y se propone una entidad clínica diferente, en este momento se habla de organización *borderline*. Millon & Davis (1996) remarcan la noción de círculo vicioso en la teoría de Wolberg en relación con la dinámica en la que se ve atrapado el niño futuro *borderline*². Además, se añade el aspecto psico-social, la influencia que tiene para el sujeto el ser atravesado por nuevos discursos sociales con el capitalismo como paradigma.

Posteriormente en Estados Unidos empiezan a cobrar fuerza los postulados de la Psicología del Yo, con Heinz Hartmann figura conspicua. Según las tres instancias de la segunda tópica freudiana se intenta dar más luz al objeto de estudio haciendo formulaciones como la siguiente de la mano de Knight, en sus artículos sobre Estados fronterizos y Tratamiento y psicoterapia del paciente esquizofrénico fronterizo (1953):

En ellos, algunas funciones yoicas han resultado gravemente dañadas, como la integración, la formación de conceptos, el juicio, el planeamiento realista y la defensa contra la irrupción de los impulsos del ello.

El creciente interés en estos pacientes culmina con la celebración, en 1954, del Panel sobre ‘El caso *Borderline*’, organizado por la American Psychoanalytic Association y cuyo resumen se publicó en *The Annual Survey of Psychoanalysis* (citado en C. Paz, 1976).

Un aporte clave fue el de E. Erikson, aunque no se centró en el estudio de la patología *borderline*, contribuyó enormemente al suministrar claves para el estudio de esta patología. Se trata del concepto de identidad y su contrapartida, la difusión de la identidad, que se convertiría en ítem clave para el diagnóstico fronterizo, adoptado por Kernberg como eje de su formulación y con claras influencias de autores como Stern (1938) y H. Deutsch (1942).

Herbert Rosenfeld prefiere hablar de estados *borderline* o psicosis *borderline* porque el término no parecía satisfacerle. A partir de entonces es la Escuela Inglesa de Relaciones Objetales la que sin dirigir su esfuerzo específicamente a este trastorno trató de entenderlo según los postulados de Melanie Klein, procurando situarlo, como venía siendo, entre dos posiciones, en este caso la esquizo-paranoide y la depresiva.

Donald Winnicott, de brillante praxis pediátrica y psicoanalítica procuró introducir el aspecto de la creatividad dentro de los fenómenos transicionales.³ La tarea consiste en crear un espacio de seguridad en el que se puedan corregir las fallas ambientales. Se trata de otra versión de mamá-bebé más optimista, dando al psicoterapeuta o al pediatra una posibilidad de tejer entre los dos un espacio intermedio para pensar, sentir y crear. Su tesis se apoya en una concepción del juego, esa capacidad de crear un espacio intermedio entre lo que está afuera y lo que está adentro que no se vale de juegos regulados, adquiridos como fantasías o rituales, sino que se sitúa en el origen de la experiencia cultural. Se enuncia así una nueva teoría de los lugares psíquicos -una nueva tópica- profundamente original y distinguible frente a las aportaciones de Freud y Melanie Klein. Puede que una de las versiones del psicoanálisis más potentes y asumidas por profesionales de otra orientación ideológica.

Espero que el lector no permanezca inerte ante la polivalente teoría acerca de lo límite. Ha quedado demostrado que constituyen reacciones íntimas de cada teórico con el interés de proyectar la teoría que le encaja en su relación con el paciente *borderline*. Estamos hablando de un fenómeno de la psico(pato)logía⁴ que ha sido teñido no tanto por la psiquiatría o el psicoanálisis sino por la ideología del psiquiatra,

2.- Dra. María José Fernández Guerrero. Universidad Pontificia de Salamanca “Estudio histórico-crítico y dinámico del Trastorno Límite de la Personalidad”. 2005.

3.- Realidad y Juego. Donald Winnicott. 1997. México. El título original es “Playing and Reality”. Nace del artículo clásico dedicado a los “objetos transicionales”.

4.- El psiquiatra Carlos Castilla del Pino introduce este término en su obra para dar cuenta del continuum entre patología y

psicoterapeuta o psicoanalista. Aguardemos la resolución de esta revolución científica para el beneficio del paciente con trastorno límite de personalidad.⁵

Cada vez más se está introduciendo en la terapéutica el factor diádico, lo relacional, lo vincular, lo intersubjetivo cobrando importancia:

1.- El papel del terapeuta o psiquiatra en el proceso psicoterápico, en la escucha, en las intervenciones y en el manejo del monto de angustia, propio y del otro. La contratransferencia⁶ [6] entendida como las reacciones del terapeuta ante la puesta en escena del paciente, esto se da en diferentes planos, pero lo importante aquí es destacar la importancia del hábil manejo y control de estos cambios actitudinales y emocionales para utilizarlos a favor. Una mirada psicoanalítica diría tal vez que se trata de la implicación subjetiva del analista en la “puesta en acto de la realidad del inconsciente” que es la transferencia.

2. El papel de leer el sistema de relaciones según un modelo familiar-sistémico que preste atención a la Comunicación y a la Estructura Familiar. Aquí Salvador Minuchin y la Escuela de Palo Alto prestan importantes estudios.

Mientras estas facetas fundamentales no calen hondo entre los profesionales siempre habrá escotomas que interrumpen el progreso. Por tanto, creo que el reto de la Psiquiatría, la Psicología Clínica y la Psicoterapia está en integrar herramientas para entender esta entidad en toda su plenitud. Toda una proeza.

BIBLIOGRAFÍA:

- Coderch, J. Teoría y Técnica de la Psicoterapia Psicoanalítica. Paidós, 1987. Barcelona.
Etchegoyen. H. Los Fundamentos de la Técnica Psicoanalítica. Amorrortu, 1986. Buenos Aires.
Freud, S. El Hombre de las Ratas (1909). Amorrortu. Vol. X. Buenos Aires, 1980.
Freud, S. Estudios sobre la histeria (1893-1895). Amorrortu. Vol. II. Buenos Aires, 1988.
Kernberg. O. Desórdenes Fronterizos y Narcisismo Patológico. Paidós. 1976, México.
Millon, T (1995): Trastornos de la personalidad. Más allá del DSM-IV. Masson, Barcelona, 1998.
Millon, T & Davis, R. Trastornos de Personalidad en la Vida Moderna. Masson. 2001, Barcelona.
Rubio V., Urdaniz. P. Trastornos de la Personalidad. Elsevier. 2003. Madrid.
Winnicott, D. Realidad y Juego. Gedisa, 1997. México.

Rodrigo Córdoba Sanz. Zaragoza, Abril de 2007.

<http://soyborderline.com/content/view/202/85/>

Volver a Artículos Clínicos

PÁGINAS DEL PORTAL ALSF-CHILE

<http://www.alsf-chile.org> - <http://www.biopsique.cl> - <http://www.indepsi.cl>

Contacto: alsfchile@alsf-chile.org.

psicología, resulta pertinente por ahondar en fenómenos polimorfos y plásticos.

5.- El jefe de la UTP de Zaragoza, Vicente Rubio Larrosa ha propuesto otras denominaciones como Trastorno global de la personalidad, Trastorno generalizado de la personalidad, Trastorno mórbido de la personalidad o trastorno deteriorante de la personalidad.

6.-Me sumo a la visión de la contratransferencia no como un fastidio sino como un instrumento eficaz con el que el terapeuta tiene que conectar para utilizarlo de manera que potencie la intervención y la comprensión de la patología. Esta dialéctica ha estado presente desde que Freud introdujo el término allá por 1909.