

Comparación entre la histeria y los pacientes fronterizos, desde la perspectiva de André Green, ilustrada con el análisis de un caso clínico

Comparison between hysteria and borderline patients from André Green's perspective, illustrated with analysis of a clinical case

Gustavo Lanza Castelli

Asociación Internacional para el Estudio y Desarrollo de la Mentalización, Argentina

Resumen: El presente trabajo propone establecer una diferenciación entre la histeria y los pacientes fronterizos. A tal efecto, toma como referencia desarrollos de André Green en los que este autor establece una serie de diferenciaciones, en base a parámetros clínico-metapsicológicos, entre estas dos entidades. Tras ello, reseña un caso que fuera presentado en un artículo publicado en una revista en inglés, de una paciente diagnosticada como fronteriza en dicho artículo.

Basándose en la teoría previamente desplegada, se cuestiona dicho diagnóstico y se muestran los lugares del material clínico que dan pie para el diagnóstico de histeria, como así también la situación en la que aparentemente hubo un pasaje del funcionamiento histérico al funcionamiento mental fronterizo, pero a partir de una problemática histérica.

Tras ello se correlacionan las características de ambas entidades con dos modelos del funcionamiento mental presentes en la obra de Freud, los correspondientes a la primera y a la segunda tópica. Para concluir, se pone énfasis en la importancia de un diagnóstico basado en parámetros teóricos como los mencionados a lo largo del trabajo, a los efectos de orientarse en el quehacer clínico.

Palabras clave: histeria, pacientes fronterizos, *acting* autoagresivo.

Abstract: This paper proposes a differentiation between hysteria and borderline patients, taking as reference the differences between hysteria and borderline personality disorder reported developments by André Green based on clinical and metapsychological parameters. A clinical case of a patient diagnosed with borderline personality disorder published in an English journal is then reviewed. Based on Green's theory, such diagnosis is questioned and

La correspondencia sobre este artículo debe dirigirse al autor al e-mail: gustavo.lanza.castelli@gmail.com



Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND.

the clinical materials suggesting diagnosis of hysteria are shown, as well as the situation where there was an apparent passage from hysteric to borderline mental functioning, but from a hysterical problem. Both organizations are then correlated with two mental functioning models, corresponding to the first and the second topic, described in Freud's work.

Finally, the importance of a diagnosis based on theoretical parameters such as those mentioned in the paper for adequate clinical work is emphasized.

Keywords: hysteria, borderline patients, self-aggressive acting

En el presente trabajo no pretendo llevar a cabo una revisión histórica de las formas en que han sido conceptualizadas estas dos entidades clínicas, ni de los trabajos que han establecido una relación entre ellas. Su número es tan elevado, que sería de todo punto de vista imposible intentar esa tarea en este breve espacio.

Por ese motivo, me atendré a un solo punto de vista sobre las mismas y sobre su relación, el propuesto por André Green en su libro del año 2002 (Green, 2010), ya que es el único autor que ha intentado un análisis comparativo basado en una serie de parámetros metapsicológicos y clínicos, y no -en primer término- en las diferencias sintomáticas entre estas dos entidades.

Mi intención, entonces, es hacer una reseña de sus propuestas para aplicar después dichas ideas a un material clínico -que fuera presentado en una publicación en inglés- de una paciente que fue tratada por John Gunderson.

Dicho material consiste en un informe preliminar y en viñetas de algunas sesiones escalonadas a lo largo del tratamiento.

En lo que sigue, reseño los desarrollos de Green -con algunos agregados de otros autores-, posteriormente transcribo un resumen del material clínico y, en la última parte, discuto el diagnóstico de paciente *borderline* que le fuera aplicado a la paciente.

El planteo de André Green

Las consideraciones de Green acerca de los pacientes fronterizos fueron modificándose a partir del primer texto en que plantea una lectura estructural de dichos pacientes (Green, 1990a). En él señala una serie de elementos que caracterizan dicha estructura. Algunos de dichos elementos son:

- La exclusión somática: en ella el conflicto queda disociado de la esfera psíquica, de modo tal que se produce una descarga (evacuación) por vía de la somatización, diferente de la conversión, ya que no hay simbolización en ella, sino más bien desintrincación entre la psique y el soma (diferente, a su vez, del cuerpo libidinal). Esta exclusión equivale a un *acting in* dirigido hacia el cuerpo.
- La expulsión por el acto: es la contrapartida de la anterior, ya que el acto de que se trata en este caso debe diferenciarse del acto sintomático o de la acción específica (Freud, 1950/1976a). Su meta es precipitarse en la acción, a los efectos de sortear la realidad psíquica, produciendo una descarga, una evacuación desprovista de significación simbólica.

Dentro del ámbito psíquico, por su parte, encontramos dos mecanismos fundamentales, la escisión y la desinvestidura:

- La escisión: entendida en el sentido kleiniano y no freudiano (Green, 1999), se despliega dentro de la esfera propiamente psíquica. En los casos graves, la escisión elimina factores necesarios para el trabajo de representación, produciendo con ello una amputación del yo.
- La desinvestidura: se expresa como una depresión primaria (en el sentido físico del término) debida a una desinvestidura radical, cuyo propósito es alcanzar un estado de vacío, de aspiración al no ser y a la nada (Green, 1990b, p. 77). Puede conducir a sentimientos de no existencia, de irrealidad del yo y de las relaciones de objeto.

En estos pacientes no encontramos la angustia de castración, sino el par formado por la angustia de intrusión/angustia de pérdida que perturba la formación del pensamiento, ya que impide la constitución de la ausencia y de un espacio personal en el que aquel pueda desarrollarse.

A la vez, se encuentra como un componente clave (al menos en los casos más graves) la presencia de un núcleo psicótico (Green, 1990b, p. 73, p.77, p.126).

Cabe agregar que, junto a estos mecanismos, encontramos también las defensas propias de la neurosis, lo que ha llevado a que diversos autores hablan de la conjunción de la parte neurótica y psicótica de la personalidad en estos pacientes.

Posteriormente, Green fue refinando y modificando estas apreciaciones, cuestionó la relación de los fronterizos con la psicosis o con un núcleo psicótico (2010, 2011a) y postuló que la nosografía psicoanalítica se enriquecería si no considerase a las distintas configuraciones clínicas como categorías estancas, sino como un conjunto articulado en el que dichas configuraciones mantienen relaciones entre sí y pueden transformarse unas en otras (2010).

Por otra parte, sugirió que es conveniente pensar en las relaciones complejas y contrastantes que existen entre las estructuras neuróticas y las no-neuróticas (2011a).

Desde este punto de vista se observan tanto contrastes como afinidades e interrelaciones entre la histeria y los estados límite, de modo tal que un sujeto podría inclinarse ya hacia un polo, ya hacia el otro, de esta correlación, con lo cual encontraríamos que *en ciertos histéricos puede activarse un funcionamiento límite y viceversa*. De ahí que este autor hable de un “quiasmo”, donde ambas entidades se entrecruzan (2010).

No obstante, es necesario no perder de vista que la histeria, más allá de su eventual deriva hacia la locura, o hacia la psicosis (Maldavsky, 1987; Maleval, 1985), es, en lo esencial, una *neurosis*, que pone en juego la problemática de las relaciones entre el amor y la sexualidad. En ella los temas del deseo, de la fijación edípica y de las identificaciones son, por tanto, fundamentales. De ahí la importancia que adquiere en la histeria la vida de fantasía, la relación con el cuerpo (conversión) y la sensibilidad depresiva.

En los pacientes límite, en cambio, la problemática fundamental tiene que ver con la destructividad, el masoquismo y el narcisismo (Green, 1995, 2010).

Cabe ahora establecer -siguiendo a Green- un conjunto de diferenciaciones articuladas en torno a una serie de parámetros clínicos y metapsicológicos:

El conflicto

En la histeria encontramos un conflicto fundamental ligado a las relaciones entre el amor genital y la sexualidad, en su relación con la escena primaria.

En los fronterizos, en cambio, encontramos manifestaciones que testimonian la fragilidad de las fronteras del yo, así como la presencia de una destructividad que toma la forma del afán de venganza o de la agresión y que tiende a esconder la problemática erótica.

Las angustias que tienen lugar en ellos son la angustia de separación y la de intrusión, cuyo surgimiento está relacionado con el temor al derrumbe (Winnicott, 1963/1991), mientras que en la neurosis se manifiestan la angustia a la penetración y a la castración.

Los traumas

En lo que hace a los traumas, en la histeria tienen el carácter sexual que les atribuyó Freud, y suelen referirse a una figura paterna (o a sus sustitutos), mientras que en los fronterizos los efectos del trauma se localizan en el yo y son debidos a una perturbación en la relación con la madre (André, 1999), respecto de la cual suele persistir un anhelo de amor insatisfecho. Por parte de esta es habitual encontrar una demanda basada en sus propias necesidades y no en la aprehensión de las del niño, demanda que favorece la formación de un falso self (Winnicott, 1965).

Las defensas

En el caso de la histeria, la defensa primordial es la represión, aunque puedan intervenir otras, como la escisión. En los pacientes fronterizos, en cambio, la escisión tiene un peso muy pronunciado.

Junto a ella, en los casos más graves, encontramos fenómenos clínicos que pueden ser entendidos (erróneamente) como debidos a la represión, ya que consisten en olvidos, por ejemplo de lo hablado en la sesión anterior en relación a determinado tema.

Pero en el caso de la represión, siempre es posible estimular el recuerdo del paciente y que este logre hacerse con el contenido inicialmente olvidado, ya que la representación se mantiene inalterada en lo Inc.

En los pacientes fronterizos, en cambio, en toda una serie de casos, tal cosa no es posible. La razón de ser de esta imposibilidad se debe a que ha entrado en juego un mecanismo consistente en una alucinación negativa del pensamiento (consistente en una desinversión radical), lo que equivale a decir que ha habido un verdadero borrado del mismo y ha quedado en su lugar un agujero psíquico.

El inconsciente y el ello

El caso Dora (Freud, 1905/1978) permite ver con claridad la importancia que adquiere en la histeria la vida de fantasía, así como los sueños, que en muchos casos consisten en un conglomerado de fantasías (Freud, 1900/1976b). Dichas fantasías, en tanto escenarios en los que se despliega el deseo sexual, son las que encontramos en la base de los síntomas de la histeria, por medio del mecanismo de la conversión (Freud, 1908/1979a) que ayuda a mantener a dichas formaciones fuera de la conciencia.

En los casos fronterizos el problema es diferente, ya que en ellos nos encontramos con perturbaciones y déficits en las estructuras intermedias, esto es, en las funciones representativas y de pensamiento. Por esta razón, es habitual que se produzcan movimientos pulsionales que generan descargas masivas, ya sea en el cuerpo o en el pasaje al acto.

Los afectos

En la histeria encontramos el predominio de la angustia señal y, en aquellos casos en que la fijación genital es menor, la angustia automática.

En los pacientes fronterizos, la difusión de la angustia y su intensidad determinan condiciones gravemente desestructurantes. Aparece la angustia catastrófica (Bion, 1974) y los afectos martirizantes (Winnicott, 1965). Asimismo, "...junto a las formas bien conocidas de angustia, [encontramos] angustias catastróficas o impensables, miedos de aniquilación o de hundimiento, sentimientos de futilidad, de desvitalización o de muerte psíquica, sensaciones de precipicio, agujeros sin fondo, de abismo" (Green, 1995, pp. 120-121).

Son importantes los afectos de envidia, rabia, impotencia "que denotan la doble implicación de la destructividad y del narcisismo" (Green, 2010, p. 93).

Cuando esa destructividad se vuelve hacia el propio yo, este es amenazado de derrumbe.

La caída en la depresión, con predominio de los afectos de inercia, vacío, futilidad (Winnicott, 1963/1991) persiste a menudo de manera prolongada, incluso crónica.

También son importantes los duelos no realizados.

Las representaciones

En el caso de la histeria encontramos la vigencia de la representación-cosa, que liga la pulsión (Green, 1996), de la representación-palabra y de las fantasías. Entre ellas se establecen relaciones múltiples (como el estudio de los sueños permite observar) y por sus redes y nexos circula la energía libidinal y agresiva.

En los pacientes fronterizos, en cambio, no encontramos esta riqueza representacional sino que, por el contrario, en ellos se deja ver una carencia representativa, pobreza de las mediaciones psíquicas y de las estructuras intermedias que podrían contener en su seno las intensidades pulsionales o emocionales. Esta pobreza deriva en la descarga de las mismas a través del acto o del soma.

El yo, el narcisismo, la identificación

En el caso de la histeria no encontramos regresiones del yo, sino sólo de la pulsión y en lo que hace a las identificaciones, las encontramos relacionadas con la bisexualidad.

Asimismo, se han descrito las identificaciones superficiales, numerosas, variadas, contradictorias y cambiantes, responsables de la conocida labilidad histérica.

En los pacientes fronterizos, en cambio, encontramos una verdadera confusión identificatoria, en la que el paciente se confunde con su hijo o con su madre, por ejemplo.

El objeto

En la histeria encontramos fijaciones fálicas claramente definidas, en el contexto del complejo de castración, donde actúan la bisexualidad y la intrincación entre pulsiones eróticas y agresivas.

A su vez, la sensibilidad a la depresión de la histeria llevó a reevaluar el rol del objeto. Por último, en las “histerias pregenitales” la riqueza de la capacidad de simbolizar es menos evidente.

De todos modos, en la histeria se mantienen los nexos entre los distintos niveles de representaciones, dentro de lo inconsciente y entre lo inconsciente y lo preconscious en algunos casos, como ilustran, por ejemplo, los múltiples nexos presentes entre los componentes de un sueño (deseos inconscientes, pensamientos preconscious, representaciones-cosa, representaciones-palabra regresivamente transformadas en imágenes, etc.). Esto permite la sustitución del objeto de la pulsión, a lo largo de redes asociativas.

Pero en los pacientes fronterizos muchos de estos nexos están cortados y, a la vez, los déficits en los procesos de simbolización no favorecen la posibilidad de sustituir un objeto por otro. De ahí que el objeto en ellos sea insustituible, irremplazable y necesario para la supervivencia. Por ese motivo, las angustias de separación e intrusión tienen en ellos un rol tan decisivo.

El superyó

En la histeria el sentimiento de culpa, producto de la actividad del superyó, se encuentra ligado a deseos prohibidos eróticos y agresivos.

En los pacientes fronterizos, en cambio, se relaciona con la reacción terapéutica negativa, la erotización del sufrimiento y con una autoagresión que sabotea toda realización de placer y todo beneficio narcisista, así como con la presencia de un objeto perseguidor que incrementa su furia destructiva en la medida en que en el paciente se despliega el deseo de ser (Lanza Castelli, 2016).

En estos pacientes el suicidio es una preocupación habitual del analista, así como la pulsión del paciente de querer morir. También en la histeria encontramos amenazas y tentativas de suicidio, pero son más superficiales que las de los casos fronterizos y se hallan motivadas fundamentalmente por el deseo de evadirse de una situación dolorosa e insostenible y no por una genuina tendencia a la autodestrucción (como en los fronterizos).

El caso Ellen

Estas consideraciones teóricas, si bien parciales y relativamente simplificadas, dado lo complejo de esta problemática, nos serán de utilidad, no obstante, para reflexionar sobre un material clínico de una paciente diagnosticada como *borderline*, que fuera publicado en el *American Journal of Psychiatry*, en el año 2007 (Gunderson, Bateman y Kernberg, 2007).

Dicho material consiste en una serie de viñetas clínicas de una paciente, denominada Ellen, y de su terapeuta, John Gunderson.

Acompañan los comentarios de su terapeuta, las opiniones de Anthony Bateman y de Otto Kernberg, quienes debaten entre sí y con Gunderson acerca de dicho material.

En función del objetivo de este trabajo, que es la discusión y reflexión acerca del diagnóstico asignado a la paciente, es irrelevante la transcripción de las intervenciones de Kernberg y de Bateman, quienes coincidieron con Gunderson en que se trataba de una paciente *borderline*.

En lo que sigue, transcribo una reseña del material que fuera publicado y, a continuación, llevo a cabo una serie de reflexiones sobre el mismo.

El material consiste en cinco viñetas, que traduje personalmente del original inglés.

La primera viñeta, que transcribo textualmente en su mayor parte, incluye la presentación de la paciente, el motivo de su hospitalización y algunos comentarios respecto a la primera entrevista que tuvo con Gunderson:

Ellen era una mujer divorciada de 32 años de edad, que trabajaba medio día y vivía sola. Fue enviada a psicoterapia tras una crisis en un largo tratamiento que tenía como paciente externa.

Su tratamiento anterior había comenzado 10 años antes en el contexto de un aborto espontáneo y un divorcio.

Su historia subsiguiente incluía varios años en que se había cortado, amenazado múltiples veces con suicidarse (incluyendo varios intentos) y había sido hospitalizada repetidamente.

En los seis años anteriores a su derivación, el tratamiento de Ellen incluía en primer término una variedad de antidepresivos prescritos por el “Dr. A.” para un desorden depresivo mayor recurrente.

La había estado viendo una vez por semana para el control psicofarmacológico y para brindarle apoyo, con excepción de los períodos en que había estado hospitalizada, en que la veía diariamente. Durante varias de estas hospitalizaciones, se hizo el diagnóstico adicional de desorden *borderline* de la personalidad, debido a que los psiquiatras del hospital percibieron una transferencia “idealizada, erotizada” hacia el Dr. A., y notaron que los síntomas depresivos de Ellen se resolvían dramáticamente en respuesta a su atención.

En esas ocasiones, el diagnóstico de desorden *borderline* de la personalidad, acompañado de la recomendación de que iniciase una psicoterapia más exploratoria, fue resistido tanto por Ellen como por el Dr. A.

Ellen me fue derivada después de haber sido nuevamente hospitalizada, a raíz de haberse cortado profundamente. Este hecho tuvo lugar tras un llamado telefónico nocturno que le hizo al Dr. A., recientemente casado.

Él había respondido con su habitual amable preocupación, pero se oían de fondo los ruidos de una fiesta. Ellen le aseguró que estaría *okey* (...) (Meses después pudo hablar acerca de haber tenido frecuentes fantasías sexuales con el Dr. A., pero que no se las había comentado debido a que lo ponía incómodo al hacerlo). (Gunderson, Bateman y Kernberg, 2007, p.1333).

Gunderson relata algunos fragmentos de la primera entrevista -que tuvo lugar en el hospital al que había sido trasladada la paciente- en la que intentó relacionar el *acting* de Ellen con el llamado telefónico, pero ella negó toda relación.

Seguidamente, la paciente pregunta si Gunderson cree que ella padece un trastorno *borderline* de la personalidad y si ha de seguir tomando la medicación que le prescribía el Dr. A.

Gunderson aclara que tanto ella como el Dr. A. habían cuestionado ese diagnóstico, por lo que una respuesta afirmativa hubiera significado cuestionar al profesional que tenía tanta importancia en la vida anímica de la paciente. Evitó responder en ese sentido, si bien se había hecho ya su composición de lugar: “...se me había dicho lo suficiente acerca de Ellen como para estar bastante seguro de que tenía un *desorden borderline* de la personalidad, y pienso que la explicitación de dicho diagnóstico es habitualmente un primer paso importante en el establecimiento de los objetivos de la terapia y de la alianza terapéutica” (p.1334).

Tranquilizó, asimismo, a la paciente, en el sentido de que sería el Dr. A. quien continuaría ocupándose de la medicación.

La segunda viñeta, que transcribe un fragmento de una sesión que tuvo lugar tres meses después, refiere que la paciente ha sido dada de alta, continúa tomando la medicación que le prescribe el Dr. A., asiste tres veces por semana para realizar su psicoterapia con Gunderson, y concurre todos los días a un grupo de apoyo que funciona en el hospital.

Tras una cierta remisión de la depresión, Ellen llega a una sesión luciendo desaliñada, irritada y distraída, a la vez que nuevamente deprimida. Expresa: “Estoy deprimida (pausa) Mi cerebro no funciona...no puedo dormir por la noche. He estado inmovilizada” (p.1335).

Gunderson refiere que Ellen manifestó haber notado que estaba teniendo severos impulsos suicidas que le resultaba difícil no actuar, tras lo cual agregó. “No tengo suficiente energía para hacer lo que fuera”.

Gunderson le dice que considera que la reactivación de la depresión se debe a que fue empujada a reducir el grupo de apoyo un día de la semana anterior y al hecho de haberse enterado que su madre estaba enferma, ante lo cual la paciente no responde.

Le interpreta entonces que ella se enojó mucho con él porque no se dio cuenta cuán importante era para Ellen ir a cuidar a su madre, siendo que él había priorizado que ella aprendiera a cuidarse a sí misma.

Como la paciente no responde, prosigue diciendo que la depresión actual ha sido estimulada por la pérdida del grupo de apoyo y por la amenaza a la imagen de ella como una buena cuidadora, por no estar con la madre.

Tras ello, Gunderson decide actuar más proactivamente y le dice que si está de acuerdo con él en que su depresión ha sido provocada por lo del grupo, él puede hablar con el coordinador del grupo para decirle que Ellen tiene miedo de dejar dicho grupo.

A renglón seguido, le dice a la paciente: “Quizás más importante, realmente podría llamar a su casa para ver si las necesidades de su madre están siendo adecuadamente atendidas”.

Y Gunderson agrega:

Ellen respondió finalmente a mi último comentario relacionado con su madre. Refirió que ya había llamado a su madre y que le había preguntado si era necesario que fuese a su casa. Comentó que su madre había dicho: “Me sentiría terrible si fuera responsable de que interrumpieras tu tratamiento”

Gunderson: No podría decirle. ¿Eso significa que ella quiere que usted vaya, o que no quiere?

Ellen: (irónicamente) La respuesta de mi madre fue ambigua en ese sentido.

Gunderson: (me sentí tranquilizado por su respuesta; significaba que no perdía de vista la sutileza de los posibles significados de lo que le había dicho su madre) Desafortunadamente, la respuesta de su madre deja sobre sus hombros la responsabilidad de decidir si ir, o no. Conjeturo que se va a sentir mal, sea lo que sea que haga.(pp. 1335-1336).

La tercera viñeta transcurre a los 11 meses de comenzado el tratamiento.

Gunderson dice que en esa sesión, Ellen apareció luciendo pálida y delgada, caminó lentamente hasta su silla. Parecía distraída.

El intercambio verbal fue el siguiente:

Gunderson: Se la ve deprimida.

Ellen: Lo estoy.

Gunderson: ¿Qué sucede? ¿Cómo entiende esto?

Ellen: No lo entiendo.

Gunderson: Me sorprende que no lo relacione con lo que hablamos la última vez, es decir, haber comenzado a trabajar. (No hay respuesta.)

Entonces, ¿Relaciona el haberse deprimido con haber empezado a trabajar?

Ellen: En realidad, no.

Gunderson: (Ahora cuestiono su respuesta a la terapia, a mí.) ¿Esto significa que usted piensa que lo que le he estado señalando, interpretando y hasta prediciendo acerca de su depresión no es cierto?

Ellen: (Interrumpiendo con irritación y poniendo los ojos en blanco con desdén). Sí, sé que a cada dos pasos hacia adelante le sigue uno para atrás. Creo que ésa es justamente su teoría.

Gunderson: Esa teoría puede ayudar a explicar por qué usted se siente más deprimida, por qué sería previsible que dar un paso como el que implica su nuevo trabajo la haga sentir en desventaja y con necesidad de más ayuda. Desafortunadamente, a mi entender, cerrando su pensamiento y siendo pasiva en sus relaciones, usted puede suscitar respuestas protectoras que, por lo demás, podría haber obtenido más fácilmente de lo que cree hablando de sus sentimientos.

Ellen: Tómeselas [*Bug off*].

Gunderson: (Ríe discretamente.)

Ellen: ¿Se está riendo de mí?

Gunderson: Casi que me gustan nuestras discusiones. Supongo que me aseguran de que lo que digo tiene importancia.

Ellen: (Sonriendo.) Ajá. ¿Usted qué piensa?

Gunderson: Pienso que usted piensa que a esta altura yo debería saber que importo. (pp. 1336-1337).

La cuarta viñeta tiene lugar a los 4 años de iniciado el tratamiento. En ella, Gunderson nos informa que Ellen tuvo algunos episodios de *acting out* que lo preocuparon, aunque no especifica en qué consistieron (las autolecciones habían cesado ya durante el tratamiento con el Dr. A.).

Agrega que en ese tiempo de trabajo los sentimientos de ira y abandono que se encontraban tras sus acciones, así como sus deseos de ser cuidada y protegida se hicieron más reconocibles y aceptables para Ellen. Consigna también que se volvió menos impulsiva y que su vida cambió.

Dice, entonces, textualmente:

Es sabiduría freudiana que el valor de la vida proviene tanto de trabajar como de amar, pero *en el caso de pacientes con trastorno borderline de la personalidad, a menudo los aliento a apoyarse más en el trabajo, como contrapunto a depositar sus esperanzas demasiado exclusivamente en el amor* [cursivas agregadas]. Ellen oponía resistencia a este consejo y, durante su cuarto año de terapia, comenzó un prometedor nuevo romance con -de casualidad, insistía- un hombre algo mayor llamado "John" [como el mismo Gunderson]. Se comprometieron y, cuatro años después de haber comenzado conmigo -tenía ahora 36 años-, decidió mudarse para vivir con él.

Para esta época yo veía a Ellen como alguien cuyas respuestas depresivas al estrés eran mucho menos probables, debido a una mejor auto-conciencia y a mejores estrategias de búsqueda de ayuda.

No obstante, todavía no había aprendido suficientemente a hacerse valer y a ser crítica en las relaciones idealizadas que establecía con los hombres -incluso conmigo.

Dicho de otra manera, Ellen no había integrado adecuadamente su agresión dentro de sí (del modo en que creo que la terapia basada en la transferencia debiera aspirar a lograr). Terminaciones de terapia como esta no son infrecuentes, según mi experiencia.

Ellen dejó la terapia porque la "vida" le ofrecía ahora una opción mejor. (p. 1337).

Tras referir esta viñeta, Gunderson lleva a cabo una serie de comentarios sobre lo que puede esperarse de un tratamiento prolongado. Nos informa que Ellen estuvo recurrentemente deprimida durante la mayor parte del primer año de terapia, si bien con una disminución gradual de la severidad de dicha depresión, y nos dice también que seis meses después de estar en tratamiento comenzó a trabajar a tiempo parcial.

Agrega entonces:

También había comenzado a depender de mí, como alguien en quien confiaba que se interesaba por ella y que estaba atento a lo que era mejor para ella, sin esperar de mí que fuera un salvador. El lograr una dependencia positiva es una experiencia de apego correctiva e inespecífica. Las remisiones inesperadamente frecuentes de la personalidad *borderline* observadas en estudios longitudinales son testimonio de que esto puede ser logrado -y normalmente lo es- con personas distintas a los terapeutas. (p.1338).

Las diversas intervenciones de Gunderson, así como sus comentarios, se basan en gran medida, en su diagnóstico de Ellen como una personalidad *borderline*, lo cual nos muestra la importancia del diagnóstico en lo que hace a la conducción del tratamiento, como así también del marco teórico desde el cual se establece dicho diagnóstico.

Por esa razón, deseo ahora en lo que sigue, analizar con cierto detalle este material y reflexionar acerca de lo que él nos revela, a partir del marco teórico esbozado con anterioridad, basado, en lo esencial, en los desarrollos de André Green en torno a la histeria y a los pacientes fronterizos.

Reflexiones sobre el material clínico

En primer término consignaré algunos párrafos de las viñetas transcritas, que me servirán para proponer un punto de vista diferente al de Gunderson, a los efectos de pensar el diagnóstico del caso:

Durante varias de estas hospitalizaciones, se hizo el diagnóstico adicional de desorden *borderline* de la personalidad, debido a que los psiquiatras del hospital percibieron una transferencia “idealizada, erotizada” hacia el Dr. A., y notaron que los síntomas depresivos de Ellen se resolvían dramáticamente en respuesta a su atención.

Ellen me fue derivada después de haber sido nuevamente hospitalizada, a raíz de haberse cortado profundamente. Este hecho tuvo lugar tras un llamado telefónico nocturno que le hizo al Dr. A., recientemente casado.

Él había respondido con su habitual amable preocupación, pero se oían de fondo los ruidos de una fiesta. Ellen le aseguró que estaría *okey*.

(...) Meses después pudo hablar acerca de haber tenido frecuentes fantasías sexuales con el Dr. A., pero que no se las había comentado debido a que lo ponía incómodo al hacerlo.

(...) “durante su cuarto año de terapia, comenzó un prometedor nuevo romance con—de casualidad, insistía—un hombre algo mayor llamado “John”.

Estas referencias parecen bastante claras en el sentido de que en ellas podemos ver una ligazón esencialmente amorosa y erótica de Ellen, tanto con el Dr. A. como -posiblemente- también con Gunderson -en función de la edad y el nombre de su actual pareja, John- desplazada finalmente a este último.

Ella misma refiere haber tenido frecuentes fantasías sexuales con el Dr. A.

Hay aquí dos puntos que merecen ser considerados con detenimiento (la vida de fantasía, la sustitución del objeto).

En lo que hace a este último aspecto, podemos ver que ha habido una sustitución del objeto de su deseo: inicialmente fue el Dr. A., posteriormente John Gunderson, y finalmente su actual pareja, John. Entre el primero y el segundo encontramos un elemento común, consistente en que, en tanto terapeutas de mayor edad, es dable conjeturar que han funcionado como sustitutos paternos.

En lo que respecta a su pareja actual, es algo mayor que ella y, además, tiene el mismo nombre de Gunderson, lo cual torna verosímil que dicho atributo haya funcionado como un puente para desplazar el amor por el primero (derivado, a su vez, del amor al Dr. A.) hacia este último.

En su trabajo de 1915, Freud se refiere explícitamente a aquello que torna posible dichas sustituciones:

El objeto de la pulsión es aquello en o por lo cual puede alcanzar su meta. Es lo más variable en la pulsión; no está enlazado originariamente con ella, sino que se le coordina sólo a consecuencia de su aptitud para posibilitar la satisfacción (...) En el curso de los destinos vitales de la pulsión puede sufrir un número cualquiera de cambios de vía. (1915/1979b, p. 118).

Lo mismo puede decirse de las pulsiones de meta inhibida, que se expresan como amor y sentimientos tiernos (Freud, 1921/1979c).

Podríamos conjeturar que en el inicio de esta serie se encuentra el amor de Ellen por su padre, cuya imago tomó cuerpo después en las tres personas mencionadas, en sucesivos desplazamientos, tal como corresponde a los procesos que tienen lugar en la histeria.

Por otro lado, para que dichos desplazamientos tengan lugar, es necesaria una capacidad de simbolización bien desarrollada, tal como ocurre en dicha neurosis, a diferencia de lo que tiene lugar en los pacientes fronterosos, en los que esta capacidad se encuentra comprometida, tal como fue señalado anteriormente.

La referencia de Ellen a sus fantasías con el Dr. A. se encuentra en la misma línea. Es sabido que fue a raíz de su trabajo con pacientes histéricas que Freud desarrolló el concepto de fantasía, a la que consideró como un escenario para la puesta en escena del deseo erótico.

Por lo demás, para que se organice la trama fantasmática es necesario que funcionen adecuadamente las simbolizaciones internas (Green, 1990a), que ligan los diferentes elementos de una misma formación psíquica (en el caso de la fantasía, liga el deseo con las representaciones, a estas entre sí, de modo tal que forman una trama en la que confluyen representaciones-cosa y representaciones-palabra, con una articulación entre el pasado, el presente y el futuro (Freud, 1908/1979d), así como diversas formaciones entre sí (fantasías y sueños, por ejemplo).

Por lo tanto, sexualidad y fantasía se encuentran soldadas en el caso de la histeria y se manifiestan clínicamente como transferencia amorosa y erótica (Freud, 1908/1979a, 1909/1979e, 1912/1980).

De ahí que los síntomas de Ellen “se resolvían dramáticamente” en respuesta a la atención del Dr. A., lo cual es una prueba clara de la transferencia amorosa que tenía hacia el mismo.

Es muy llamativo que haya sido justamente este punto el que llevó a que se la diagnosticara como una paciente *borderline* y que Gunderson convalidara esa manera de ver las cosas, lo cual no hace más que mostrar la importancia del marco teórico que se suscriba a los efectos de las apreciaciones clínicas que se construyan. De ahí el valor que tienen, en mi opinión, las puntualizaciones de Green que he reseñado más arriba.

El *acting* consistente en cortarse sobrevino a raíz de una situación en la que podemos imaginar que se sintió desechada, porque el hombre que amaba se había casado con otra.

Podemos conjeturar en este punto sentimientos de ira y de celos intensos, junto a la experiencia de haber sido abandonada y postergada por otra mujer (que queda erigida como rival triunfante), en el contexto de su amor y de sus fantasías con A.

En esta línea, cabe interpretar su referencia a los ruidos que se oían de una fiesta como una alusión a la “escena primaria”. Esta escena consiste en una situación de relación sexual entre los padres, observada o conjeturada por el niño a partir de distintos indicios (como ruidos). De ella, Freud dice lo siguiente: “La observación del comercio amoroso entre los padres es una pieza que rara vez se echa de menos en el tesoro de fantasías inconscientes que el análisis puede descubrir en todos los neuróticos” (1915/1979f, pp. 268-269).

En lo que hace a la segunda viñeta, no resulta tan elocuente como la primera para decidir en un sentido o en otro (histeria o paciente fronteriza).

En ella advertimos el proceder de Gunderson, su insistencia en la validez de sus propias teorías y el tomar a su cargo el hablar con el coordinador del grupo.

Pero hay un punto en el que sí se conecta con lo que preocupa a la paciente, que es la enfermedad de la madre y el si iría, o no, a cuidarla.

El comentario de Ellen sobre su madre da pie para conjeturar una mala relación con la misma y tal vez sea la enfermedad de esta última lo que activó los impulsos suicidas de Ellen (que, cabe subrayar, quedaron como meras vivencias) por vía del sentimiento de culpabilidad. Pero es verdad que el material es demasiado escaso como para tener alguna certidumbre respecto a esta conjetura.

La tercera viñeta muestra una pequeña discusión entre terapeuta y paciente, en la que aquel se arroga el lugar del saber, lo que irrita a Ellen.

Parece haber un cierto juego erótico en esa discusión (en especial al final) y no encontramos en ella las características de la transferencia típica de los pacientes fronterizos.

En estos últimos hay un temor constante a ser invadidos por un objeto omnipotente, vivido como mal intencionado y dañino, eventualmente despótico, cuya palabra suele convertirse en Ley, respecto del cual adoptan la actitud de someterse en una posición “como-sí”, o de rebelarse, en un intento de salvaguardar algo de la propia identidad.

En este último caso, es habitual que la rebelión tome la forma de destruir en la propia mente las palabras del analista y los recuerdos de lo vivido en sesión, o de lo dicho y hecho por él en sesión: “...sus intervenciones son hechas pedazos porque se lo vive como un agente perseguidor e intrusivo” (Green, 1990a, p. 61).

La neutralidad del analista es vivida como indiferencia cruel y su silencio como desprecio altanero. Si, por ejemplo, utiliza el humor para amortiguar algún comentario, es porque está profiriendo una burla humillante.

Vale decir: no encontramos fantasías amoroso-sexuales (de nivel genital) en la transferencia del fronterizo, sino que una parte de ella está teñida por la destructividad, la hostilidad, la desconfianza, el afán de venganza.

En la cuarta viñeta, Gunderson refiere algunos de los logros de Ellen en ese tiempo de tratamiento. Tras ello, consigna una frase elocuente:

Es sabiduría freudiana que el valor de la vida proviene tanto de trabajar como de amar, pero *en el caso de pacientes con trastorno borderline de la personalidad, a menudo los aliento a apoyarse más en el trabajo, como contrapunto a depositar sus esperanzas demasiado exclusivamente en el amor* [cursivas añadidas]. (p. 1337).

En esta frase se ve cómo el diagnóstico de “borderline” determina decididamente el modo en que Gunderson se conduce en el tratamiento, al punto de desaconsejarle a Ellen que cifre sus esperanzas en el amor, guiado por dicho diagnóstico.

De haber advertido la estructura histórica de la paciente, se habría conducido, sin duda, de muy diferente manera. Afortunadamente, Ellen no se somete a las intervenciones sesgadas de su terapeuta.

Ellen oponía resistencia a este consejo y, durante su cuarto año de terapia, comenzó un prometedor nuevo romance con -de casualidad, insistía- un hombre algo mayor llamado “John” [como el mismo Gunderson]. Se comprometieron y, cuatro años después de haber comenzado conmigo -tenía ahora 36 años-, decidió mudarse para vivir con él.

Vemos nuevamente aquí, por parte de Ellen, la apuesta al amor y a la sexualidad, tan característica de la histeria.

Podríamos decir, entonces, que en función de lo que hemos comentado hasta este punto, los referentes teóricos mayores que encontramos en este caso, son: el deseo erótico, la fantasía, lo Inconsciente y sus leyes, el Complejo de Edipo y la fijación amorosa al padre, las simbolizaciones logradas.

No queda mayormente implicado el yo y la problemática relacionada con el ser y el existir (Little, 1995), el narcisismo, la destructividad (Green, 1990c, 2011b), la prevalencia de la relación conflictiva con la madre (vivida en general como objeto único, no sustituible), la compulsión a la repetición de los traumas, defensas como la forclusión, la desmentida, la negación (Green, 1995), etc., tal como es habitual en la clínica de los pacientes fronterizos (André, 1999; Green, 1990a, 2010).

De todos modos, hay un hecho particularmente relevante, que determinó también que la paciente fuera diagnosticada como *borderline*, consistente en la profunda herida que Ellen se infligió después de haber hablado por teléfono con el Dr. A.

Creo que es posible estar de acuerdo en que este comportamiento no es propiamente “histórico”, sino más propio de una paciente fronteriza.

De ahí la utilidad de las consideraciones iniciales de este trabajo, en donde reseño la postura de Green al respecto, quien dice que hay un quiasmo entre histeria y pacientes fronterizos, lo que hace que sea posible que *en ciertos históricos puede activarse un funcionamiento límite y viceversa*.

De este modo, podríamos conjeturar que dicho *acting* se produjo a causa de la abolición temporaria de las mediaciones representacionales y simbolizantes, que dio lugar a la descarga directa a través del acto, en el que la paciente volvió la agresión sobre sí misma, en lo cual podemos ver un funcionamiento fronterizo.

Pero, cabe agregar que dicho funcionamiento se activó a raíz de una *problemática histórica*, en la que se encontraba en juego una situación triangular en la cual el objeto de amor abandonaba y elegía a otra mujer, que quedaba ubicada como rival triunfante, mientras la paciente quedaba en situación de tercera excluida y derrotada, anegada por los celos, la furia y el sentimiento de exclusión. Todo ello en el contexto de una situación que parecía ser una referencia a la escena primaria, de la cual sería una reedición.

De este modo, vemos que es posible la conjunción de un modo de funcionamiento mental fronterizo y de un contenido (conflicto) histórico, en situaciones particularmente estresantes que han superado la capacidad de simbolización y manejo de los conflictos a nivel mental, que poseía la paciente.

No obstante, pasado ese momento, Ellen vuelve a manejarse en el nivel histórico de funcionamiento mental y pone en juego una serie de problemáticas que pertenecen también a esa entidad clínica y que han sido analizadas con anterioridad.

Por último, vale la pena reiterar algunas ideas para situar la contraposición entre histeria y estados fronterizos en el marco de los dos modelos que podemos encontrar en la obra de Freud: el de la primera y el de la segunda tópica, que implican dos modos de funcionamiento mental diferentes.

El primer modo de funcionamiento (el modelo del sueño), supone un tejido representacional constituido (formado por representaciones-cosa, representaciones-palabra, fantasías) y sujeto a las leyes de los procesos primario y secundario, motorizado por el deseo inconsciente. La represión es el mecanismo de defensa predominante y en este modelo hay una triple coherencia dada por la relación entre neurosis infantil – psiconeurosis – neurosis de transferencia. El modelo para la comprensión es el de la perversión (la neurosis como negativo de la perversión, el niño como perverso polimorfo).

Un elemento esencial en este modelo es que la representación es un dato de partida (el inconsciente consiste en un conjunto de representaciones investidas, y las pulsiones son exteriores al aparato psíquico). Este modelo es el utilizado para la comprensión de las neurosis, entre ellas, la histeria.

En el segundo modelo (el modelo del acto), en cambio, que tiene lugar a partir de 1920 (Freud, 1920/1979g) los referentes teóricos son otros: el inconsciente es sustituido por el Ello, lo cual implica que la pulsión no tiene de entrada un representante representativo (representación-cosa, fantasía) al cual se encuentre ligada, sino que debe conquistar dicha ligazón mediante un trabajo (para el cual es requerido el objeto), que la incluirá entonces en la dimensión de lo simbolizable. Caso contrario, lo que prevalece es la expulsión por el acto o por el soma.

Los ejes teóricos prevalentes giran en torno al peso del objeto, el narcisismo, la pulsión de muerte, la repetición, defensas como la forclusión (*Verwerfung*), la desmentida (*Verleunung*), la negación (*Verneinung*), la escisión del yo (*Ich Spaltung*), etc. (Green, 2001).

La clínica que requiere de estos referentes para su comprensión no es ya la de la neurosis, sino la de los pacientes fronterizos.

En función de estas consideraciones, podríamos reiterar que el *acting* llevado a cabo por Ellen tuvo lugar en un momento en que se activó en ella un funcionamiento fronterizo (Green, 2010), en el cual quedó abolida la dimensión representacional y privilegiada la dimensión del acto.

De este modo, podríamos complejizar y matizar el diagnóstico de Gunderson y sus colegas, diciendo que Ellen es una paciente histérica que ante ciertas situaciones particularmente conmocionantes (como la conversación con el Dr. A., durante la cual escuchó los ruidos de la fiesta) vira hacia un funcionamiento fronterizo, perdiendo su capacidad de tramitación simbólica y funcionando según el modelo del acto.

Por último, desearía consignar que considero posible que nuevos datos, agregados al material clínico con que contamos, nos aportarían elementos para refinar esta conjetura diagnóstica y advertir mayores matices en el funcionamiento mental de Ellen.

De todos modos, lo central que quiero expresar mediante este trabajo es que hace falta una *comprensión teórica del modo de funcionamiento mental* de un paciente para extraer conclusiones diagnósticas, que tendrán la mayor importancia en la forma en que sea encarado el tratamiento, como Gunderson se encargó de señalar en más de una oportunidad. Por ello, considero que no alcanza con una *descripción* al estilo del DSM, o con la referencia a determinados comportamientos para arribar a dicho diagnóstico, sino que hace falta poner en juego referentes teóricos como los que he consignado en este trabajo.

Referencias

- André, J. (1999). Introducción. El único objeto. En J. André (compilador), *Les états limites*. París, Francia: Presses Universitaires de France.
- Bion, W. R. (1974). *Atención e interpretación*. Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Freud, S. (1976a). Proyecto de psicología. En *Obras Completas* (Vol. I). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1950 [1895]).
- Freud, S. (1976b). La interpretación de los sueños. En *Obras Completas* (Vol. IV y V). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1900).
- Freud, S. (1978). Fragmento de análisis de un caso de histeria. En *Obras Completas* (Vol. VII). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1905 [1901]).
- Freud, S. (1979a). Las fantasías histéricas y su relación con la bisexualidad. En *Obras Completas* (Vol. IX). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1908).
- Freud, S. (1979b). Pulsiones y destinos de pulsión. En *Obras Completas* (Vol. XIV). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1915).
- Freud, S. (1979c). Psicología de las masas y análisis del yo. *Obras Completas* (Vol. XVIII). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1921).
- Freud, S. (1979d). El creador literario y el fantaseo. En *Obras Completas* (Vol. IX). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1908 [1907]).
- Freud, S. (1979e). Apreciaciones generales sobre el ataque histérico. En *Obras Completas* (Vol. IV). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1909 [1908]).

- Freud, S. (1979f). Un caso de paranoia que contradice la teoría psicoanalítica. En *Obras Completas* (Vol. XIV). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1915).
- Freud, S. (1979g). Más allá del principio de placer. *Obras Completas* (V. XVIII). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1920).
- Freud, S. (1980). Sobre la dinámica de la transferencia. En *Obras Completas* (V. XII). Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1912).
- Green, A. (1990a). El analista, la simbolización y la ausencia en el encuadre analítico. En *De locuras privadas*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1975).
- Green, A. (1990b). *La folie privée. Psychanalyse des cas-limites*. París, Francia: Éditions Gallimard.
- Green, A. (1990c). *Narcisismo de vida, narcisismo de muerte*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1983).
- Green, A. (1995). *El trabajo de lo negativo*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 1993).
- Green, A. (1996). La representación de cosa entre pulsión y lenguaje, en *La metapsicología revisitada*. Buenos Aires, Argentina: Eudeba. (Obra original publicada en 1987).
- Green, A. (1999). Genèse et situation des états limites. En J. André (compilador), *Les états limites*. París, Francia: Presses Universitaires de France.
- Green, A. (2001). *El tiempo fragmentado*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 2000).
- Green, A. (2010). *El pensamiento clínico*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 2002).
- Green, A. (2011a). Entrevista de Fernando Uribarri a André Green. *Actualidad Psicológica*, 400(36), 14.
- Green, A. (2011b). *Ideas directrices para un psicoanálisis contemporáneo. Desconocimiento y reconocimiento del inconsciente*. Buenos Aires, Argentina: Amorrortu Editores. (Obra original publicada en 2003).
- Gunderson, J. G., Bateman, A., Kernberg, O. (2007). Alternative Perspectives on Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Personality Disorder: The Case of "Ellen". *American Journal of Psychiatry* 164(9), 1333-1339..
- Lanza Castelli, G. (2016). La gravitación del objeto en los pacientes fronterizos: una propuesta complementaria a los desarrollos de André Green. *Revista de Psicoanálisis de la Asociación Psicoanalítica de Madrid*, 76, 193-215.
- Little, M. (1995.) *Relato de mi análisis con Winnicott*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Maldavsky, D. (1987). Metapsicología de la histeria de conversión; puntualizaciones y propuestas. *Revista de Psicoanálisis*, 44(3), 583-617.
- Maleval, J. C. (1985). *Folies Hystériques et Psychoses Dissociatives*. París, Francia: Payot.
- Winnicott, D. W. (1965). Deformación del ego en términos de un self verdadero y falso. En *El proceso de maduración en el niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona, España: Editorial Laia.
- Winnicott, D. W. (1991). El miedo al derrumbe. En *Exploraciones Psicoanalíticas I*. Buenos Aires, Argentina: Paidós. (Obra original publicada en 1963).

Artículo recibido: 21/12/2015
Revisión recibida: 16/05/2016
Artículo aceptado: 19/05/2016