



Epistemología, filosofía de la mente y bioética

Elucidación epistémica e histórica del trastorno de la personalidad límite o borderline



Diego Enrique Londoño Paredes*

Servicio de Consulta externa, Clínica la Inmaculada, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 26 de octubre de 2014

Aceptado el 1 de abril de 2015

On-line el 23 de mayo de 2015

Palabras clave:

Trastorno de la personalidad límite

Conocimiento

Historia de la psiquiatría

Psicoanálisis

RESUMEN

Introducción: Se exponen las particularidades de los que se han considerado “casos difíciles” en el campo de la clínica y su relación con los trastornos de la personalidad y su modelo conceptual y diagnóstico por excelencia: la personalidad límite o borderline. El objetivo es reconstituir epistemológica e históricamente sus orígenes en la psiquiatría y el psicoanálisis. **Métodos y resultados:** A partir de un estudio epistemológico e histórico clásico, se hace un breve recorrido a través de la psiquiatría decimonónica, el alienismo y el postulado de la “locura parcial”, así como de los conceptos “monomanía” y moral insanity que se desprendieron de este, hasta llegar a la segunda mitad del siglo XIX con Kraepelin y los estados fundamentales de la locura maniaco-depresiva como formas constitucionales o caracteres patológicos propios. Se aborda el siglo XX con la caracterología y las personalidades psicopáticas. Finalmente, se analiza el psicoanálisis como fuente principal de la aparición de los trastornos de la personalidad borderline, a partir de los problemas que surgieron en las curas analíticas y en la elaboración de la noción de “neurosis de carácter”.

Conclusiones: Los trastornos de la personalidad límite son el resultado de la conjunción de una serie de factores herederos de la noción de “locuras parciales”, de los estados fundamentales de la depresión maniaca, de la caracterología y de la idea de constituciones y personalidades patológicas, con las preocupaciones nacientes del psicoanálisis a principios del siglo XX.

© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Epistemic and historical elucidation of the borderline personality disorder

ABSTRACT

Introduction: The particularities of those that have been considered “hard cases” in the clinical field, and their relationship with personality disorders, are discussed together with their quintessential conceptual and diagnostic model: the borderline personalities. The aim of the study is to historically and epistemologically rebuild their origins within psychiatry and psychoanalysis.

Keywords:

Borderline personality disorder

Knowledge

History of psychiatry

Psychoanalysis

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: delp1981@gmail.com<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2015.04.001>

Methods and results: From a classical epistemological and historical study, a brief tour is made through the nineteenth century alienism and the postulate of “partial insanity”. Next, a passage is spawned through the concepts that emerged from this postulate: “monomania” and “moral insanity”, up to mid-century Kraepelin and the “fundamental states” of manic-depressive insanity as pathological constitutional forms or characters, and reaching the twentieth century with characterology and psychopathic personalities. Finally, psychoanalysis is analyzed as the main source of borderline personality disorders arising from the problems encountered in analytical treatments and the development of the notion of “character neurosis”.

Conclusions: Borderline personality disorders are the result of the conjunction of a number of factors, heirs of the notion of “partial insanity”, of the fundamental states of manic-depression insanity, of characterology, of the idea of constitutions and pathological personalities, together with the emerging concerns of psychoanalysis in the early twentieth century

© 2014 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La cuestión de cómo diagnosticar la psicosis o la neurosis ha sido de gran preocupación y ha estado sujeta a debate en el psicoanálisis, independientemente de la escuela analítica. La escuela de la relación de objeto, la *Ego psychology* o la escuela lacaniana, entre otras, han tenido que enfrentarse a casos clínicos catalogados como “difíciles” o incluso “no diagnosticables”, entendidos cada uno como problemas diferentes. El cómo diagnosticar a un paciente también ha repercutido, de una manera u otra, en la psiquiatría contemporánea, especialmente en lo que respecta a los trastornos del eje II del DSM-III y el DSM-IV¹. Un paciente puede presentar una personalidad en sí intrínsecamente patológica, en lugar de una serie de síntomas en apariencia desconectados o con causalidad externa. Aquel que no presente la sintomatología clásica de la psicosis, no adhiera al tratamiento o pase por alto los lineamientos y recomendaciones médicas, y continúe persistiendo con hospitalizaciones, pasajes al acto o *acting out*, relaciones interpersonales conflictivas o inexistentes, así como con actos delictivos e impulsivos y conductas y posiciones extremas, entra en el criterio diagnóstico de eje II o trastorno de la personalidad. Esta valoración se ha convertido en una suerte de comodín cuando se sospecha que hay rasgos, o una personalidad como tal, que serían la fuente generadora del malestar.

Dentro de ese grupo de personalidades patológicas del DSM, hay una que se ha vuelto representativa y se destaca, en cierto modo, como el modelo de estas: la *borderline* o personalidad límite. Como lo señala Gabbard¹, las categorías de los *clusters* A y B de los trastornos de la personalidad del DSM

podrían ser subsumidas en las categorías generales de las condiciones *borderline*, debido a ciertas características propias de este trastorno que se sitúan como un denominador común en ambos grupos. No obstante, como lo han demostrado muchos autores, entre ellos López et al² y Miller³, ese tipo de personalidades no constituirían un grupo homogéneo, como lo habrían estipulado Kernberg o Kohut.

Las “personalidades límite” son el resultado de una serie de inquietudes del psicoanálisis en sus inicios; se trataba de sucesos relacionados con la cura. Y, por otro lado, son herederas de lo que en la psiquiatría del siglo XIX se conocía como las “locuras parciales” (*folies partielles*) o, también, como las famosas “monomanías” de Esquirol, al igual que de la doctrina de las constituciones y de la caracterología de finales del siglo XIX y principios del XX. El objetivo de este artículo es presentar la manera en que se fue instalando en la psiquiatría la idea de personalidades patológicas y, más precisamente, de cómo se llegó al concepto de organización de la personalidad *borderline* de Kernberg. Para ello, se da inicio con la noción de las “locuras parciales”, las constituciones o “estados fundamentales” de los maniaco-depresivos de Kraepelin y continúa con lo que fue la caracterología de principios del siglo XX. Finalmente, se muestra cómo el psicoanálisis y los casos que entorpecían o hacían difícil el desarrollo de una cura condujeron a lo que se conoce como la neurosis de carácter, hasta llegar a la “organización de la personalidad *borderline*” de Kernberg (excluyendo los debates con Kohut y los desarrollos posteriores de Kernberg y otros autores). Esta revisión histórica solo llega hasta la teorización inicial y principal que el psiquiatra y psicoanalista desarrolló en su texto de 1967. Él retomó la idea de una organización homogénea y uniforme, que le permitió cristalizarla como modelo casi único del paciente con personalidad límite.

Las locuras parciales y los “estados fundamentales” de la locura maniaco-depresiva

Dentro del alienismo de la primera mitad del siglo XIX, la locura se dividió, gracias al trabajo y la autoridad de Philippe Pinel,

¹ El trastorno de personalidad *borderline*, el trastorno de personalidad narcisista o la personalidad histriónica del DSM-III, junto con otros del *cluster* C, fueron una exigencia de los psicoanalistas estadounidenses a la Task Force de la APA que desarrolló el DSM-III. De este modo se puede ver cómo la psiquiatría se hace partícipe y heredera de ese problema diagnóstico y de la incurabilidad de la cual habló mucho el psicoanálisis. Se ve que tanto el psicoanálisis como la psiquiatría se han influido mutuamente en la construcción de su saber.

en “locura general” y “locura parcial”. La primera remitía a los delirantes cuyos objetos de delirio se generalizaban, deliraban sobre cualquier tema, mientras que la segunda se trataba de locuras con un único objeto o unos pocos. A este último tipo de locuras, Esquirol, fiel alumno de Pinel, lo llamó “monomanías” (del griego *mono*, “uno” y *mania*, “locura”). Estas, además, se presentaban en personas que “sienten, razonan y actúan como todo el mundo”⁴. Se trata de individuos que pueden llegar a explicar sus conductas más extrañas e ideas más estrafalarias con razonamientos bien elaborados. Esquirol habló de “monomanías razonantes” y “monomanías sin delirio”, presentes en sujetos con conductas impulsivas en ocasiones (tentativas de suicidio, actos delictivos, ideas obsesivas, etc.), pero que no deliraban ni mostraban signos de despropósitos ni disociación; la razón, en apariencia, permanecía intacta hasta cierto punto. En Reino Unido, J.C. Prichard, un contemporáneo de Esquirol, presentó en su tratado sobre las enfermedades mentales lo que denominó *moral insanity*, una forma de locura caracterizada por actos impulsivos, cuasi delictivos y suicidas, pero que no implicaba alucinaciones de ninguna clase y en la que el delirio era secundario y poco influyente del conjunto⁵.

Ulysse Trélat publicó en 1861 *La folie lucide*⁶, una investigación que realizó en el pabellón de mujeres del Hospital de la Salpêtrière, para la cual entrevistó a “alienadas lúcidas” (valga el oxímoron), quienes, a pesar de sus propósitos desatinados, lograron sostener clara y coherentemente una conversación la mayoría de las ocasiones. Dentro de los famosos casos de “monomanías razonantes” que hicieron mella durante la primera mitad del siglo XIX, figuran homicidios que conmocionaron a la población, entre los que se destaca el de la infanticida Henriette Cornier, quien nunca justificó su crimen, el cual fue perpetrado sin motivo, sin pasión y sin un trasfondo delirante⁷. Según Foucault, este delito desconcertó a la psiquiatría legal de la época, lo que dio cierto peso a la idea de locuras o actos de locura que podían ser parciales o muy discretos y de corta duración.

Hacia 1884, el médico estadounidense C.H. Hughes habló de *borderland insanities*⁸ para referirse a locuras parciales o en el límite entre la normalidad y la pérdida de la razón. Retomó esa idea a partir de un caso de “locura de duda y de tacto” (*insanity of doubt and touch*). Esa entidad fue olvidada por mucho tiempo, pero resurgió más tarde en el medio psicoanalítico norteamericano para referirse al trastorno actual.

La segunda mitad del siglo XIX y principios del XX dieron a luz una serie de nuevos diagnósticos en la psiquiatría. La locura maniaco-depresiva de Kraepelin⁹, que retomaba la locura circular de Falret, describió una fase de lucidez o “intervalos libres” (también llamados periodos de remisión) entre fases, o posteriores a prolongadas etapas depresivas o maníacas (o mixtas). Dichos intervalos mostraban pacientes dentro de los límites de la razón y la cordura, pero que podían recaer en cualquier momento. Kraepelin explicó los “estados fundamentales” como el conjunto constitucional, temperamental, de personalidad y de carácter que acompañaba a los intervalos libres de la manía-depresión⁹, los cuales eran parte intrínseca del paciente, incluso en sus periodos de mayor lucidez, lo que daba la impresión de ser “constitucionales” al sujeto. Habló de constitución depresiva, maniaca, irritable y ciclotímica.

La primera, caracterizada por una “disposición permanentemente sombría ante todas las experiencias de la vida”⁸; la segunda, por “un estado de ánimo continuamente exaltado, despreocupado y confiado”⁹; la tercera, por una mezcla de las dos anteriores y una extrema susceptibilidad e irritabilidad, y la cuarta, representada por los individuos cuya constitución oscila recurrentemente entre ambos polos. Esta idea de constituciones psicopatológicas perduró dentro de la psiquiatría germanohablante y, después, condujo a la formación de la corriente caracterológica y a una discusión sobre las personalidades patológicas, que se amplían en el siguiente apartado. La locura o formas de malestar parcial daban la impresión de no ser enajenantes, pero sí de ser inherentes a los sujetos.

La caracterología y la psicodinámica: el nacimiento de las personalidades patológicas modernas

Berrios¹⁰ señala que conceptos tales como carácter, personalidad, tipos, temperamento, constitución, *self*, rasgo, etc., cambiaron e intercambiaron significados a lo largo de los siglos XIX y XX, permutas causadas por factores de índole científico, ideológico y social¹⁰: “Lo que actualmente se llama personalidad se llamó carácter, temperamento y constitución en el siglo XIX”. Como se vio en el apartado anterior, el caso del uso que Kraepelin le dio a “constitución” en su manual de psiquiatría se acerca mucho a lo que hoy se llama trastorno de la personalidad. Básicamente, durante el siglo XIX los trastornos del carácter eran aquellos a los que se atribuía un sustrato “orgánico”, mientras que los de la personalidad eran aquellos que reflejaban una alteración de la conciencia¹⁰. Pero a lo largo de la historia, desde la teoría de los humores de la medicina griega hasta la filosofía y la psicología, ya se habían presentado propuestas de divisiones en tipos de temperamentos, personalidades, tipologías o caracteres. Igualmente, se habían observado las alteraciones más comunes y la forma en que se debía abordarlas. Asimismo, existieron muchas clasificaciones de los tipos, humores y caracteres antes de la publicación del DSM-I.

La obra de Klages es clave para comprender los tipos de caracteres y los fundamentos de la caracterología¹¹. Ese autor señalaba en su obra, cuya primera edición data de 1910, la gran dificultad que existía para designar las particularidades del carácter y determinar los caracteres esenciales y los puramente accesorios. Además, creó toda una base para comprender las constantes estructurales del desarrollo personal, que él clasificó en tres cualidades: la excitabilidad personal de los sentimientos, la excitabilidad personal de la voluntad (temperamento) y la facultad personal de exteriorización (la esencia del carácter)¹¹. A partir de esto concibió una lógica constitutiva del carácter sobre la base impulsión/resistencia. Aunque su obra es muy rica en el estudio de las bases fundamentales del carácter, como lo señala Lacan, de todas maneras resultan demasiado complejas para utilizarlas en la clínica¹².

Pero la obra que alcanzó mayor éxito fue *Las personalidades psicopáticas*, del psiquiatra Schneider¹³. Fue tal la notoriedad que obtuvo que en la psicopatología internacional se dejó a

un lado el concepto de “carácter” para entronizar el de “personalidad”. Habló de la personalidad anormal desde un punto de vista estadístico como un estado de divergencia del promedio; para él, las personalidades anormales y psicopáticas no eran patológicas en el sentido médico, aunque tuvieran un sustrato orgánico¹⁰. Hizo una clasificación en diez grupos psicopáticos que, además de constituirse en una “forma de ser” de las personas, podían usarse también como diagnósticos. Dicha obra tuvo un impacto importante dentro de la psiquiatría y el psicoanálisis estadounidenses, que desde los años cuarenta y cincuenta empezaron a interesarse más por las personalidades como factor perturbador y diagnóstico de las curas psicoterapéuticas, como se comenta en los siguientes apartados. No obstante, primero es importante observar cómo se planteaba al psicoanálisis una inquietud mayor: la dificultad de diagnosticar ciertos casos que se salían de la nosología psicoanalítica y, otro hecho que se desprendía de esto, los obstáculos del carácter para el desempeño de la cura analítica.

El psicoanálisis y sus problemas

Dentro del psicoanálisis norteamericano comenzó a manifestarse un problema en los años treinta y cuarenta del siglo pasado, cuando muchos analistas observaban en su práctica diaria a ciertos pacientes que no estaban lo suficientemente “enfermos” para ser catalogados como esquizofrénicos, o que no presentaban toda la fenomenología de la psicosis, pero que se encontraban demasiado perturbados para un tratamiento psicoanalítico clásico¹. Por otro lado, también se daban casos de sujetos cuyo carácter bloqueaba o hacía fracasar el desarrollo de una cura. Todos esos pacientes no encajaban dentro de ningún cuadro nosológico transmitido por Freud; los mecanismos de defensa genéricos, como la represión en la neurosis, la proyección en la psicosis o la denegación en la perversión, parecían no estar claramente presentes en estos individuos o no se demostraban suficientes para determinar la organización psicopatológica. Freud trató de describir el mecanismo psíquico concreto que configuraba e instituía cada una de las organizaciones psíquicas patológicas¹⁴, buscando localizar las constantes e invariantes más allá de los fenómenos que la psiquiatría y la medicina de su época proponían. Esto con el fin de mostrar las diferentes afecciones de la mente como organizaciones estables que se cristalizan con relación al empleo en el sujeto de diferentes mecanismos defensivos genéricos, junto con la patogenia de los síntomas producidos cuando fallan aquellos mecanismos¹⁴.

La teoría de la libido (libido del yo y libido de objeto) y las invariantes patogénicas de las diferentes estructuras psicopatológicas propuestas por Freud, parecían no haber sido suficientes para describir y diagnosticar a una serie de pacientes que rompían con estos esquemas y se salían, en apariencia, de este enfoque estructural. La nosología freudiana daba la impresión de haberse quedado corta. De allí nació la idea de la neurosis de carácter, por una parte, como una formación reactiva del paciente al tratamiento y, por otra, como la idea de una personalidad patológica o sintomática.

De la neurosis de carácter al trastorno de la personalidad

El término *personality disorder* es heredero de un problema planteado al psicoanálisis desde la primera década del siglo XX: el papel del carácter como medio de resistencia a la cura. En 1908, Freud habló del carácter ahorrrativo, ordenado y pertinaz de ciertos neuróticos obsesivos y lo correlacionó con la incontinenencia fecal en la niñez, pues la retención voluntaria genera un cierto placer en esta zona erógena¹⁵. El erotismo anal demuestra cómo, a través de una sobreinvestidura pulsional de zonas erógenas específicas, se puede favorecer el forjamiento de un determinado carácter; en este caso, según Freud, la tacañería o la excesiva pulcritud. En la neurosis histérica se observan, por ejemplo, el carácter histriónico típico, la manipulación y el desafío, y en la fobia, el rasgo de evitación¹⁴; ambos se asocian a su vez a diferentes investiduras pulsionales. El carácter sería el resultado de las sublimaciones de pulsiones originarias o formaciones reactivas de ellas¹⁵.

Hacia 1916, Freud destacó las resistencias que el carácter traía consigo a la hora de destacar y analizar el significado de los síntomas y las mociones pulsionales subyacentes durante ciertas curas analíticas. En especial en sujetos cuyo carácter se realizaba durante la cura y entorpecía la posibilidad de una introspección del síntoma; el individuo desentendiéndose de su rol como agente de su propio conflicto y proyectándolo a un objeto externo, ya sea a alguien cercano, la familia, el trabajo, el destino o, incluso, el mismo analista. Freud mostró el caso de las personas que se consideran seres de “excepción” y que, por ende, juzgan haber sufrido demasiado y no deben renunciar a un resarcimiento, un placer o un privilegio, así esta renuncia les signifique una mejora a largo plazo¹⁶. Pero también retomó la situación de los que fracasan ante el triunfo y de los que delinquen por sentimiento de culpa como formas veladas de culpabilidad inconsciente que llevan a situaciones paradójicas.

De igual modo, Abraham publicó en 1925 un artículo sobre la existencia de una categoría de pacientes que se resistían a la cura analítica¹⁷. Individuos sin iniciativa personal, que necesitaban ser motivados para todo, incluso para realizar asociaciones durante el análisis. Este autor deja entender que, además, y antes de abordar los síntomas neuróticos, se debe tratar y tener en cuenta el carácter de los pacientes.

Reich quizá fuera uno de los primeros analistas en dar una mirada crítica a lo que llamó las “resistencias caracterológicas” o “coraza caracterológica”¹⁸. Coraza que aprehende como “mecanismos de defensa que se oponen a los embates terapéuticos”. Tendrían una finalidad económica definida: protección contra estímulos exteriores y contra impulsos libidinales internos, que mantiene así un cierto equilibrio, “donde el análisis representa un peligro contra ese equilibrio”¹⁸. Son, por consiguiente, un mecanismo de defensa narcisista que se alza contra la intromisión del analista. Para Reich, el carácter cumple en la vida normal la misma función que en un análisis: “un mecanismo de protección psíquica” o para “evitar el displacer, establecer y mantener un equilibrio psíquico” y “absorber energías reprimidas”. Después de Reich y Freud, este tipo de problema fue llamado por los analistas “neurosis de carácter”.

Para Laplanche y Pontalis¹⁹, en esta clase de neurosis no hay formación de un síntoma claramente aislable, sino que se manifiesta por rasgos del carácter, conductas específicas o una organización del conjunto de la personalidad. Las defensas caracterológicas se integrarían perfectamente con el Yo y se diferenciarían del síntoma (en el sentido psicoanalítico), puesto que los sujetos desconocen el aspecto patológico del rasgo de carácter, generalizan o racionalizan, y muchas veces el síntoma se encuentra banalizado o incluso negado, y la “culpa” del malestar subjetivo recae entonces sobre otro objeto. El analista Sauguet²⁰ habla de tres categorías ligadas al carácter: el carácter neurótico, la neurosis de carácter y el carácter psicótico. La segunda es una forma en que las defensas caracterológicas son rígidas y la “ley del todo o nada marca el modo arcaico de las respuestas del Yo a las pulsiones y los objetos”. La tercera es una continuación de los estados límite en que existen síntomas neuróticos camuflando a un Yo a punto de disgregarse.

Cuando el concepto de “neurosis de carácter” atravesó el Atlántico, fue rápidamente rebautizado, primero como “trastorno del carácter” y luego como “trastorno de la personalidad”, guardando el mismo contenido. Dentro del contexto norteamericano siempre se prefirió el significante “personalidad” al de “carácter”, especialmente gracias a la obra de Schneider¹⁴. Desde entonces se multiplicó dentro de la psiquiatría y el psicoanálisis estadounidenses: se vio que toda entidad clínica afectaba a al menos un rasgo del carácter o de la personalidad que fuera una negación posible del trastorno mismo. A partir de esa situación, la psiquiatría y el psicoanálisis de Estados Unidos comenzaron a observar casos específicos que generaban dudas sobre el diagnóstico y el tratamiento, y no entraban dentro de la dicotomía diagnóstica neurosis/psicosis. Fue entonces cuando nuevas entidades clínicas surgieron de la mano de un puñado de psicoanalistas y psiquiatras en las décadas de los cuarenta y los sesenta del siglo xx. A continuación se presentan las más representativas de esas entidades, que desembocaron en la personalidad límite o *borderline*.

¿Neurótico o psicótico? o el nacimiento de la personalidad límite

Dentro del tema anteriormente expuesto, apareció una serie de trabajos de autores anglosajones posfreudianos en los cuales se empezó a vislumbrar la idea de pacientes con diagnóstico y tratamiento difíciles. Hoch y Polatin observaron en los años cuarenta lo que denominaron casos de “esquizofrenias pseudoneuróticas”²¹: sujetos en apariencia esquizofrénicos, con seudodefensas de tipo neurótico, pero cuyas defensas típicas esquizofrénicas, como las autistas y la pérdida de contacto con la realidad, estaban sutilmente presentes; los episodios psicóticos “pueden estar presentes en ellos pero son de muy corta duración y la reintegración es tan completa que, si uno no los ve en el episodio psicótico, uno no podría creer que lo son”. Hoch y Polatin detectaron una panansiedad caracterizada por una ansiedad polimorfa de corte neurótico, presente en todo discurso, situación y conflicto psíquico. Toda la sintomatología neurótica se manifestaba en estos pacientes: fobias, obsesiones,

ritualizaciones o conversiones de tipo histérico. También evidenciaron un pansexualismo en este tipo de casos, que se asimila hasta cierto punto con el material psicosexual de la neurosis.

También, en la misma época, la analista Deutsch²² describió una serie de sucesos en los que los pacientes no presentaban ningún tipo de respuestas ni lazos afectivos, incluso algunos manifestaban una carencia emocional y afectiva propia de la personalidad. Lo paradójico de eso es que dichas personas no vivían esas situaciones como algo perturbador, lo que la condujo a llamarlos personalidades “as if” (“como si”): carecían de genuinidad, apoyadas en identificaciones superficiales que les daban un aspecto de normalidad, pero una vez desechas estas, salían a relucir signos de tipo esquizofrénico.

En 1953, Knight²³ caracterizó igualmente los casos descritos por Hoch y Polatin como personas con disfunciones del Yo, con inhabilidad para planificar de manera realista, adaptabilidad al entorno y las relaciones de objeto bastante debilitadas, incapacidad para defenderse contra impulsos primitivos y una predominancia de pensamientos de procesos primarios sobre pensamientos de procesos secundarios. Él los llamó *borderline states* —aunque no fue el primero en utilizar el vocablo *borderline* para ese tipo de casos—, refiriéndose a casos prepsicóticos o en el límite entre la neurosis y la psicosis. *Borderline* se refería a un paciente cuyo diagnóstico generaba incertidumbre e indecisión en el psiquiatra o psicoterapeuta.

A principios de la década de los sesenta, los psicoanalistas estadounidenses manifestaban una gran dificultad para tratar a una serie de pacientes catalogados como “histéricos” o “histeroides” (con cierta sintomatología histérica), que “generaban incertidumbre, desaliento y falta de interés en los terapeutas” y analistas²⁴. Debido, en gran parte, a la mutación sintomática ligada a cambios culturales (liberación sexual) en ciertos individuos posiblemente histéricos²⁴, se empezó a hablar de la “inanalizabilidad” o “inadecuación” de algunos que no resultaban finalmente aptos para el psicoanálisis²⁵.

Pero no fue sino hasta 1967 cuando el psicoanalista Kernberg²⁶ dio el primer paso para ensamblar todos los elementos dispersos en la literatura médica sobre la idea de la incurabilidad de ciertas personas y la dificultad de acomodarlas en un diagnóstico dicotómico. Expuso una visión clara de lo que sería el cuadro de la personalidad límite o *borderline*. Habló de una organización de la personalidad límite de pleno derecho, es decir, que se trataba de pacientes con una organización o estructura psíquica propia, y no de simples sujetos que fluctuaban entre la neurosis y la psicosis, y quienes, además, requerían de enfoques terapéuticos adaptados a su condición. Kernberg retomó parte de la sintomatología psiquiátrica y elementos propios de los psicoanálisis relacionados con la corriente de las relaciones de objeto de Klein y la *Ego Psychology*, para proponer un diagnóstico estructural. Por estructural, Kernberg entendía un estudio de los procesos mentales a partir de la segunda tópica freudiana: el Yo, el Ello y el Superyó; pero también el análisis específico del Yo como una configuración de estructuras cognitivas (procesos de pensamiento primario frente a secundario) y defensivas (constelaciones de mecanismos defensivos y aspectos del carácter defensivo) y, finalmente, como una manera de analizar los derivados de las relaciones de objeto internalizadas. El psicoanalista encontró

en las personalidades *borderline* una acentuada debilidad del Yo (*ego weakness*), que se refiere a falta de tolerancia a la ansiedad, de control de la impulsividad y de canales sublimatorios desarrollados, así como una acentuada presencia del mecanismo de defensa de la escisión que lleva a posicionamientos extremos en el paciente y a una prevalencia de procesos primarios sobre secundarios.

Conclusiones

Como se ha visto, desde los inicios del alienismo se crearon y construyeron conceptos de la locura en los que podían alternar y coexistir estados de razón y de locura en una misma persona. La "monomanía razonante" y la *moral insanity* fueron entidades clínicas forjadas para tal efecto por los principales exponentes de dicha corriente a principios del siglo XIX. A mediados de 1800, Trélat describió igualmente a una serie de pacientes a quienes catalogó de "locos lúcidos" o "enajenados lúcidos", que mostraban rasgos de personalidad patológicos. Kraepelin, por su lado, expuso los "estados fundamentales" de la locura maniaco-depresiva como constituciones o personalidades propias de ciertos sujetos, en los que se vislumbraban características patológicas o que les generaban malestar. Estos pacientes no caían en una enajenación profunda, pero presentaban formas veladas y discretas de delirio. Parte de esta idea de Kraepelin de las constituciones o de los caracteres se mantuvo en la psiquiatría de finales del siglo XIX principios del XX; la caracterología, de la mano de Klages, así como de muchos otros autores de lengua alemana, introdujo la idea de caracteres y tipos de personalidad con sus propias particularidades, que muchas veces se asemejaban a las afecciones mentales descritas por la psiquiatría: el caso de figura de Schneider y las personalidades psicopáticas.

Las personalidades patológicas entraron con fuerza también de la mano del psicoanálisis en sus inicios, en especial la idea del "carácter neurótico" que entorpece y hace difícil la puesta en marcha de una transferencia para el desarrollo positivo de una cura. La reacción terapéutica negativa fue una preocupación mayor, que autores como Freud, Abraham y Reich atribuyeron a la presencia de un carácter reactivo a los embates terapéuticos. Toda esta idea de la "neurosis de carácter" tuvo un gran impacto dentro del psicoanálisis y la psicopatología norteamericanas. Se comenzó a ver la personalidad y sus trastornos como elementos más prominentes para los psicoanalistas a la hora de entender los malestares y la mutación de las nuevas maneras de sufrir dentro de la sociedad estadounidense²⁷. Al parecer, la psicopatología legada por Freud ya no era lo suficientemente robusta para los nuevos casos clínicos.

El problema de los casos clínicos y las curas interrumpidas, atrapadas en un *impasse*, postergándose o desembocando en pasajes al acto u hospitalizaciones, que generaban cuestionamientos e inquietudes sobre el diagnóstico, fueron un interrogante mayor desde los albores del psicoanálisis, y dada la influencia de este en la psiquiatría de mediados del siglo XX, hizo a esta su heredera. Todos estos componentes fueron atribuidos al carácter del paciente hasta llegar a la formación como tal de una organización de la personalidad, para dar, en cierto modo, un rostro y un nombre a aquellos casos

difíciles, lo que dio como resultado las personalidades límite o *borderline* de Kernberg.

BIBLIOGRAFÍA

- Gabbard GO. *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*. 4.ª ed Washington DC: Amercian Psychiatric Publishing; 2005.
- López L-S, González ME, Linares L. A propósito de los trastornos límite. *Rev Asoc Esp Neuropsiq*. 2008;28: 271-83.
- Miller J-A, editor. *Los inclasificables de la clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Paidós; 1999.
- Esquirol J-E. *Des maladies mentales considérées sous le rapport médical, hygiénique et médico-légal*. París: J-B Baillière; 1838.
- Hughes CH. *Moral (affective) insanity-pyschosensory insanity*. En: Stone MH, editor. *Essential papers on borderline disorders. One hundred years at the border*. New York: New York University Press; 1986. p. 17-31.
- Trélat U. *La folie lucide: étudiée et considérée au point de vue de la famille et de la société*. París: Adrien Delahaye; 1861.
- Foucault M. *Les anormaux: Cours au Collège de France (1974-1975)*. París: Gallimard/Seuil; 1999.
- Hughes CH. *Borderland psychiatric records-prodromal symptoms of physical impairment*. *Alienist and Neurologist*. 1884;5:85-91.
- Kraepelin E. *La locura maniaco-depresiva*. Madrid: Alienistas del Pisuerga; 2012.
- Berrios GE. *Historia de los síntomas de los trastornos mentales. La psicopatología descriptiva desde el siglo XIX*. México DF: Fondo de Cultura Económica; 2008.
- Klages L. *Los fundamentos de la caracterología*. Buenos Aires: Paidós; 1965.
- Lacan J. *De la psicosis paranoica en sus relaciones con la personalidad*. 9.ª ed Buenos Aires: Siglo XXI; 2005.
- Schneider K. *Las personalidades psicopáticas*. Madrid: Morata; 1980.
- Alvarez JM, Esteban R, Sauvagnat F. *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Madrid: Síntesis; 2004.
- Freud S. *Carácter y erotismo anal*. En: Freud S, editor. *Obras completas: El delirio y los sueños de la Gradiva de W. Jensen y otras obras (1906-1908)*, IX. Buenos Aires: Amorrortu; 2007. p. 150-8.
- Freud S. *Algunos tipos de carácter dilucidados por el trabajo psicoanalítico*. En: Freud S, editor. *Obras completas: Contribución a la historia del movimiento psicoanalítico. Trabajos sobre metapsicología y otras obras (1914-1916)*, XIV. Buenos Aires: Amorrortu; 2007. p. 313-39.
- Abraham K. *Etude psychanalytique de la formation du caractère*. En: Abraham K, editor. *Œuvres complètes, tomo II*. París: Payot; 1989. p. 227-63.
- Reich W. *Análisis del carácter*. Buenos Aires: Macagno, Landa y Cía; 1957.
- Laplanche J, Pontalis JB. *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós; 1996.
- Sauguet H. *Caractère et névrose*. *Rev Fr Psychanal*. 1966;30:298-307.
- Hoch P, Polatin P. *Pseudoneurotic Forms of Schizophrenia*. *Psychiatr Q*. 1949;23:248-76.
- Deutsch H. *Some forms of emotional disturbances and their relationship to schizophrenia*. *Psychoanal Q*. 1942;11: 301-21.
- Knight RP. *Borderline States*. *Bull Menninger Clin*. 1953;17:1-12.

-
24. Easser BR, Lesser SR. Hysterical personality: A re-evaluation. *Psychoanal Q.* 1965;34:390-405.
 25. Knapp PH, Levin S, McCarter RH, Wermer H, Zetzel E. Suitability for psychoanalysis: a review of one hundred supervised analytic cases. *Psychoanal Q.* 1960;29:459-77.
 26. Kernberg O. Borderline personality organization. *J Am Psychoanal Assoc.* 1967;15:641-85.
 27. Ehrenberg A. *La société du malaise*. Paris: Editions Odile Jacob (poche); 2011.