
ARTÍCULOS

Agresividad y Organizaciones (psicopatológicas) de la relación en el funcionamiento límite¹

Jorge L. Tizón²

En el trabajo se intenta reflexionar acerca de la conceptualización de la agresividad y la agresión en el psicoanálisis contemporáneo, especialmente en los momentos de funcionamiento fronterizo o límite. Para ello, se explicita primero el marco de referencia de la reflexión: se considera la agresividad como una pulsión que resume la historia y avatares viscerales, motóricos, emotivos y cognitivos de los afectos en las relaciones (de objeto) en las que se trata de preservar la integridad del Yo y el sí-mismo.

Se postula la necesidad de una psicopatología especial del psicoanálisis basada en los patrones o modos de relación (de objeto) y se defiende una conceptualización de lo fronterizo o borderline como funcionamiento mental y no como estructura. A continuación se ilustran diversas formas de vivirse la agresividad en los pacientes y momentos en los que predomina un funcionamiento límite. Según la tesis defendida en este trabajo, esas formas de vivir la agresividad, más que con una supuesta especificidad de la agresividad «límite» tienen que ver, en primer lugar, con la irrupción de patrones de relación más primitivos, normalmente los psicóticos (simbiótico-adhesivos y/o desestructurados); y en segundo lugar, con los patrones de relación dominantes en ese paciente o en los momentos previos de ese paciente, cuando la presión de los conflictos en sus relaciones de objeto le hace entrar en el funcionamiento mental límite.

Palabras clave: Agresión, Agresividad, Violencia, Psicopatología, Relación de Objeto, Modo de Relación, Funcionamiento fronterizo, Trastorno límite, Personalidad borderline.

In this article we present a reflection about how to conceptualize the aggressivity and the aggression in psychoanalysis, specially regarding the moments of borderline functioning. In order to do that, we begin outlining our reference framework: we consider aggressivity as a drive that summarizes all the history of the affects involved in the (object) relationships, where the integrity of the Self has to be preserved, and the different aspects implicated: visceral, motor, emotional and cognitive.

We postulate the need of an special psychoanalytical psychopathology based on the patterns or forms of (object) relationships and we defend a

conceptualization of the borderline as a mental functioning and not as an structure. Then we illustrate some different ways the aggressivity can be experienced by the patient as well as moments where the borderline functioning is prevailing. Following the thesis proposed in this article, those ways of experiencing the aggressivity are not so much related with a purported specificity of the "borderline" aggressiveness as, mainly, with the irruption of more primitive relationships patterns, normally the psychotic ones (symbiotic-adherents and/or unstructured). On the other hand, they are related with the present or previous dominant relationship patters in the patient, when the conflict's pressure in his object relationships forces him into a borderline mental functioning.

Key words: Aggression, Aggressiveness, Violence, Psychopatology, Object Relations, Relational Mode, Borderline Functioning, Borderline Disorder, Borderline Personality.

Lin Lizhou conocía que el secreto de diez mil años de gastronomía se guardaba en la acertada combinación de los cinco sabores (el salado, el dulce, el agrio, el picante y el amargo), los seis gustos (el fermentado, el perfumado, el asado, el cocido, el crudo y el graso) y las cuatro consistencias (la deslizante, la seca, la crujiente y la blanda), y aunque nunca había aprendido a cocinar bien, sabía que cada plato exigía su tiempo, su amor y su suerte, una esmerada combinación de elementos que forjaban lo especial de una sabiduría en la que la armonía era tan importante como el detalle en la preparación.
(A. Gómez Rufo, «Las lágrimas de Henan»)

1. Introducción.

Con este trabajo deseaba reflexionar y proponer una reflexión sobre las diferentes formas de manifestarse la agresión (y de vivirse la agresividad) vinculadas con diversas variedades y caracteres de las relaciones (de objeto). En la segunda parte, intento proporcionar vías o vértices de apreciación para la diferenciación entre esas diversas formas de agresividad y agresión **en el interior de la relación analítica** y, en particular, cuando los pacientes en tratamiento entran en un funcionamiento «límite», «fronterizo», «liminar» o «borderline». Creo que algo esencial en un buen **arte** y una buena **técnica** psicoanalítica sería poder diferenciar, en cada sesión y en cada período del tratamiento, la sutil combinación en cada paciente de diversas formas de relación (y, por tanto, de diversas formas (psicopatológicas) de relación) y poder acceder a ellas de forma tan sabia, cuidadosa y diferenciadora como describe Gómez Rufo a propósito de una sabia y diferenciadora cocina milenaria como es la china. Sin olvidar que una de las características diferenciales de cada **forma de relación** (y,

por lo tanto, de cada paciente y de cada momento de cada paciente) es su forma de vivir la agresividad y su(s) forma(s) de ejercer y vivenciar la agresión.

Para facilitar la reflexión y la discusión acerca de esta breve comunicación, creo que he de plantear de entrada mis opciones acerca de los tres temas fundamentales que aparecen ya desde el título: **agresividad, organizaciones, estructuras o modos (psicopatológicos) de relación (de objeto) y funcionamiento límite.**

2. Marco de referencia

2.1. Agresión, agresividad y violencia: una perspectiva.

*Yo nací en la cara mala.
Llevo la marca del lado obscuro.
(«Jarabe de Palo», 1997)*

El término agresión, con una etimología de «**dirigirse a alguien**» (**aggre**di), durante siglos no fué complementado por el vocablo «agresividad»: en lengua francesa, al menos durante los siglos **XV a XIX. Parece que sólo entonces, en el siglo XIX, se le añadió el derivado agresividad** (Mercuel et al. 1997). En castellano, el término **agresión** hace referencia a **actos, acciones, comportamientos: acto de acometer a alguno para matarlo, herirle o hacerle daño, especialmente sin justificación**, define el Diccionario de la Academia Española. La agresión, desde el punto de vista etológico, se predica de las **conductas predatorias** (inadecuadamente consideradas agresivas) y, sobre todo, de ciertas conductas de relación intraespecíficas sin combate (ritualización, intimidación, inhibición) o con él (en circunstancias definidas, tales como las derivadas de la territorialidad, la alimentación o la rivalidad sexual). Sin embargo, el vocablo **agresividad** implica una concepción intrapsíquica, mentalística, una vivencia, representación o impulso a la agresión **antes de la acción**. En ese sentido, dudo que el término **violencia** deba ser considerado un término psicoanalítico, pues vuelve a hacer referencia a actos, acciones y, además, les añade una «penumbra de asociaciones valorativas». Y una penumbra cargada de aspectos éticos o pseudoéticos, por la cual fácilmente nos enzarzaríamos en discusiones ideológicas, alejadas de la clínica y estériles en el campo de la técnica y la teoría: piénsese qué fácil resultaría esa derivación de la discusión con sólo poner ejemplos de supuesta «violencia» tomados de la vida cotidiana o de la vida política de los pueblos. Además, esa «penumbra asociativa» puede impedirnos captar no sólo las manifestaciones directas o groseramente actuadas de la agresión en el tratamiento y en la transferencia, sino, sobre todo, las manifestaciones indirectas y alusivas, a pesar de todo mucho más frecuentes en el funcionamiento fronterizo durante el análisis.

No puedo pararme aquí a reflexionar sobre las relaciones entre **agresividad** y **pulsión de muerte**. Baste recordar por tanto que, personalmente, considero que la parte menos especulativa de la pulsión de muerte freudiana tiene que ver con su

percepción de la **agresividad innata** en el ser humano y que es consustancial con su existir, si bien, en determinados momentos, al **defusionarse** de la pulsión de vida, de amor, de solidaridad, «objetalizante», pueda dar por resultado la **destruictividad** (la agresión «injustificada» a la que aludía el diccionario de la Real Academia) y/o la violencia y la destrucción (Bofill y Tizón, 1994). En cualquier caso, y coincidiendo con las tesis etológicas, como psicoanalistas creo que podríamos seguir manteniendo que la **agresividad es una disposición, una tendencia, marcada esencialmente por la hostilidad y la destrucción** (Moutin y Lafont, 1983). En definitiva, para mí el mejor encuadre de la agresividad sigue siendo el proporcionado por Laplanche y Pontalis (1976), que la definen como la **«tendencia o el conjunto de tendencias que se actualizan en conductas reales o fantasmáticas, dirigidas a dañar al otro, destruirlo, contrariarlo, humillarlo, etc (...)** No hay conducta, tanto negativa (negación de ayuda, por ejemplo) como positiva, tanto simbólica (por ejemplo, la ironía) como efectivamente realizada, que no pueda funcionar como agresión».

En consecuencia, es evidente que para calificar y localizar la «agresividad», el lugar del observador es fundamental. De ahí la importancia en su estudio de dos disciplinas que han profundizado en las técnicas de la observación y la observación participante: la antropología o etología humana, por un lado, y el psicoanálisis por otro.

Desde el psicoanálisis creo que sigue valiendo la pena pensar y partir de la idea de que existen dos «líneas motivacionales» o «pulsiones» básicas en la conducta y representaciones mentales humanas a las que podemos llamar **amor y odio o agresividad y psicosexualidad**. Ciertamente, existen elementos empíricos, teóricos y técnicos para recoger la aportación de Bion (1970) y valorar la posibilidad de pensar en términos de **vínculo K** y, por tanto, de algo parecido a una **pulsión de conocimiento**, pero es un asunto en el que no puedo entrar —y no precisamente porque no se hallare estrechamente relacionado con el tema de este trabajo.

Entiendo que los **afectos son los constituyentes instintivos, innatos de las pulsiones** y forman al mismo tiempo la base para la relación y la base para las vivencias de la relación, sobre todo en los momentos primigenios de la vida humana (Kernberg 1983, 1994b). Esas **disposiciones afectivas**, innatas en la especie humana, son uno de los constituyentes fundamentales de las relaciones de objeto primitivas, pues activan y confieren significación a la relación. Los **afectos** son componentes instintivos de la conducta humana —en el sentido de «pre-programados»—. Como muchos otros **«mecanismos desencadenantes innatos»** (IRM), se activan en circunstancias concretas y proporcionan comunicación bidireccional: al yo y al otro. De ahí, por ejemplo, la importancia de la expresión afectiva del bebé humano y de su capacidad para «leer» las implicaciones afectivas de la expresión facial del Objeto, como muestra una y otra vez la observación psicoanalítica de bebés y niños pequeños. Los afectos activan la respuesta del objeto en la relación triangular primitiva y dotan de significación afectivo-visceral-representacional a esa relación: he ahí el origen de las **relaciones de objeto**. Desde esta perspectiva, no serían sino unidades diádicas básicas de una representación del *Sí-mismo* y una

representación objetal vinculadas por un cierto afecto, reflejo de los aspectos defensivos o impulsivos del conflicto. Podemos por tanto considerar los afectos primitivos como sistemas motivacionales que proporcionan un vértice cognitivo-afectivo-visceral del *sí-mismo* y del mundo total, del objeto (total): se ponen en marcha a partir de experiencias filobácticas u ocnofílicas, reforzadoras o aversivas, implicando una tendencia a permanecer más cerca de la fuente de placer o escapar o destruir la fuente de displacer (Kernberg, 1994b, Millon 1994). La agresión, en sus componentes parciales, aparece ya en el llanto profundamente intrusivo presentado por el bebé abandonado al dolor, el disconfort o la soledad y contiene tal vez la primera manifestación del afecto de la ira y, más adelante, de la tristeza, tal como muestra la observación de neonatos, psicoanalítica o no (Izzard y Buechler 1979; Kaplan et al. 1994). La pulsión agresiva y su núcleo, **el odio**, es un derivado posterior, estructurado a partir del conjunto de afectos displacenteros, de la ira y del conjunto de afectos que tienen que ver con la percepción de la **amenaza al Yo** (sorpresa, aflicción, sufrimiento, temor más tarde...). La **ira, la rabia** es pues uno de los afectos más primitivos y fundamentantes (Kennedy 1992): su función es eliminar la fuente de displacer o dolor, eliminar al "objeto malo". Un derivado posterior y complejo de la ira, la **envidia**, sería una forma particular de desarrollo del odio y la agresión hacia el objeto **deseado**.

La función psicológica y biológica de la agresividad y la agresión me sigue pareciendo pues clara: la agresividad es un intento de defensa del *Sí-mismo*. Puede poseer manifestaciones más o menos integradoras, adaptativas, o más o menos patológicas, en exceso destructivas (para el Yo o para el objeto). Agresividad y agresión pueden aparecer asimismo de forma profundamente des-integrada, no integrada con el aspecto dominante o más elaborado del *sí-mismo*. Ahí, probablemente, tendremos la posibilidad de observar la agresión y la agresividad propia del funcionamiento borderline: como una manifestación directa de afectos primitivos que irrumpe a través de las grietas de la personalidad adulta.

Ahora bien: la **libido**, psicosexualidad, **eros** o pulsión de vinculación ha sido estudiada con cierto detenimiento por el psicoanálisis desde Freud, pero el nivel alcanzado por los estudios analíticos sobre la agresión posiblemente ha sido menor —y ello al mismo tiempo que, cada vez más, el psicoanálisis iba aceptando la importancia determinante de la agresividad y la agresión en la psicopatología y, por lo tanto, en el tratamiento psicoanalítico. Sin embargo, partiendo de Abraham (1924), Klein (p.ej. 1946) y Fenichel (1966), numerosos autores psicoanalíticos se han ocupado de la agresividad y las diversas formas de estructurarse y/o manifestarse la agresividad desde el punto de vista psicoanalítico. De todas esas formas de aproximarse a una analítica al menos descriptiva de la agresividad, recordaré al menos tres:

Parece evidente que la agresividad y la agresión en el ser humano siguen también ciertas características fásicas, tal vez similares (o no) a las de la psicosexualidad o pulsión de vinculación. Resulta de innegable atractivo y valor heurístico y hermenéutico considerar que el tipo de vínculos y el tipo de ataque a esos vínculos y a los objetos que los sustentan poseen características fásicas comu-

nes en el desarrollo epigenético. De ahí que en el esquema psicoanalítico y psicosocial propuesto por Erikson ya hace años (1963), que he glosado en varias ocasiones (Tizón 1995, 1996), se intentaba, siguiendo a Freud, una descripción de la combinatoria de agresividad y psicosexualidad en cada una de las fases del desarrollo humano intercultural y en cada uno de los momentos en los que vivimos dominados por esos **modos biopsicológicos** (o modelos de **relaciones de objeto?**). De esa forma, podrá diferenciarse la expresión **oral-pasiva de la agresión**, propia del **primer modo incorporativo**, por ejemplo en la ira del bebé abandonado, de la agresión **oral-activa**, propia del **segundo modo biopsicológico incorporativo**: ésta se basa en la capacidad de morder, de sujetar agresiva y oralmente al objeto. Y esa forma de sujetar es diferente del **uso agresivo de las capacidades de aferrar y soltar**, de la **fantasías anales** y sus productos, y, por supuesto, de la agresividad **fálico-intrusiva** y de la **agresividad** (y el monto de agresión e incluso de «violencia») necesario para la relación **genital-generativa**. Son diversas maneras de manifestarse la agresividad. Pero son maneras, modos, que resulta fundamental diferenciar en la relación analítica, se parta de la perspectiva o marco de referencia del que se parta. Y más en momentos o en perspectivas excesivamente marcadas e insistentes en aquéllo de los «ataques del paciente al encuadre y al analista», la interpretación de la envidia, etc. Aunque pertenezca a otro marco de referencia diferente del propio, y precisamente por eso, esta primera aproximación a una semiología de la agresividad proporciona una matización más que necesaria a la exuberante interpretación de «rabias» y «ataques envidiosos y primitivos» que en ocasiones propalamos, sobre todo desde un supuesto marco de referencia kleiniano o postkleiniano.

Y sin embargo, una apreciación y diferenciación de la agresividad y sus formas dentro de la dialéctica P.S.<—> P.D. (o, como prefiero hablar, **posición esquizo-paranoide - posición reparatoria**), es una de las aportaciones kleinianas fundamentales al psicoanálisis contemporáneo. Se trata de la segunda perspectiva de la agresividad, sus formas y expresiones, que quería mencionar aquí. En efecto: como luego veremos, la manifestación de la agresión y la agresividad en la **posición esquizo-paranoide** se halla disociada de otros aspectos de la personalidad, escindida a menudo del control yoico y del ideal del yo, y desde luego, no integrada en el conjunto del *sí-mismo*. Por ello adquiere características primitivas, directamente vinculadas con el sufrimiento, la sorpresa, la pena y la ira y la rabia, afectos que se manifiestan de forma bien primitiva en el ser humano (ya desde el nacimiento: Hartocollis y Lester, 1982). Por el contrario, la agresividad de la posición reparatoria es mucho más elaborada, integrada en el super-yo, fusionada con la pulsión erótica o de vinculación, que busca la reparación del objeto dañado por nuestra agresividad vivida en posición esquizoparanoide, etc. Es una agresividad más intropunitiva, pero también, más matizada y, desde luego, más integrada en el conjunto de la personalidad, del superyo y de la relación de objeto.

Por último, una tercera forma de acercarnos a la percepción y calificación de la agresividad vendría sugerida por la **psicopatología** y, en particular, por la psicopatología psicoanalítica. Por un lado, la observación cotidiana y la práctica de la psicopatología clínica y el psicoanálisis actuales proporcionan numerosas datos

sobre las diversas formas de manifestación de la agresividad y la agresión en cada uno de los cuadros clínicos o tipos de pacientes que tratamos, así como acerca del papel jugado por la agresividad y la agresión en la génesis de la psicopatología (Fonagy y Higgitt 1990, Mercuel et al. 1997, Kernberg 1994a y b). Además, si hemos de plantearnos o replantearnos la existencia de una **psicopatología especial del psicoanálisis**, el papel que juegan en su puesta en pie la descripción y estudio de la agresividad y la agresión es, desde luego, un papel descollante.

2.2. Psicoanálisis y psicopatología

Porque, quiero decirlo desde este momento, plantearse estas reflexiones a partir de la clínica y sus enfoques y desenfoques, es (también) una forma de reivindicar el valor teórico, hermenéutico y heurístico de la **psicopatología especial del psicoanálisis**. En efecto, la **psicopatología psicoanalítica general** hoy puede decirse que está ampliamente admitida y difundida, ya no sólo entre las diversas corrientes del psicoanálisis, sino incluso en disciplinas más o menos afines o alejadas: se recurre a los mecanismos de defensa y a los diversos tipos de ansiedades, posiciones y fases para explicar cuadros psiquiátricos, psicopatología, medicina psicosomática, psicología clínica, psicología social, antropología... (McKinnon y Michels 1971, Gabbard 1994, Bofill y Tizón, 1994, Tizón 1995, 1996...). Ansiedades y defensas, posiciones y fases, con variaciones entre las diversas corrientes, escuelas o programas de investigación, han sido aceptadas como bases explicativas de buena parte de la psicopatología, la psicología clínica, la psiquiatría dinámica, etc.

Ahora bien: ¿Existe una **psicopatología especial del psicoanálisis**? El psicoanálisis ¿puede proponer su propia agrupación sindrómica de cuadros, relaciones de objeto, modelos, patrones o pautas de relación (psicopatológica)? ¿Puede o puede poseer una serie de «estructuras teóricas» en las que agrupar o fundamentar la psicopatología?. Tales estructuras teóricas —junto con los «modelos» de conflicto y génesis— deberían constituir el bloque o elemento central de la psicopatología especial del psicoanálisis.

Hemos de recordar que Freud inauguró esta perspectiva tanto como, en buena parte, la perspectiva de la psicopatología (general) moderna. Su diferenciación entre «neurosis de transferencia» y «neurosis narcisistas» (psicosis) supuso no sólo una descollante aportación a la psicopatología general, sino el pilar fundamental de la psicopatología psicoanalítica especial, que luego iban a desarrollar Fenichel, Ferenczi, Federn, Abraham, Bleuler, Klein, Reich, Bellak, etc. Modernamente, esa diferenciación bipartita ha sido enriquecida con el «funcionamiento» u «organización» **fronteriza o «borderline»**, que parecería constituirse así en la tercera gran estructura o patrón psicopatológico desde la perspectiva psicoanalítica, aunque, desde luego, sus componentes e incluso su descripción posee numerosos puntos oscuros, difusos, de desacuerdo entre diferentes autores y corrientes... (Kernberg 1975, 1994, Bergeret 1974, Grinberg 1997, Tizón, 1973, Hernández 1991, Bodner 1996, Ogden 1992, Wallerstein 1994, Fonagy y Higgitt 1990, Green y otros 1997, Diamant 1997, Bucci 1997...).

Ahora bien: una vez delimitados esos tres tipos de funcionamiento psicodinámicos en psicopatología ¿se acaba ahí la perspectiva psicopatológica del psicoanálisis?. Como consecuencia, ¿esa vertiente psicopatológica del psicoanálisis ha de reducirse a la aplicación de los elementos de su psicopatología general (ansiedades, defensas, posiciones, fases...) para explicar la psicopatología clínica y la psiquiatría? ¿El modelo de la psicopatología psicoanalítica es aquel que recoge los diversos cuadros psiquiátricos tal como son definidos por las clasificaciones al uso (OMS 1992 o DSM-IV —APA, 1995) e intenta explicarlos con las herramientas y modelos del psicoanálisis concreto, como por ejemplo, en Gabbard (1995)?. ¿O existe la posibilidad de fundar una **psicopatología especial** del psicoanálisis?. Y en caso de responder afirmativamente a esta cuestión ¿sobre qué base?. ¿Como lo hace Horowitz (1984, 1991), sobre la base de la vulnerabilidad del self, considerando pues como estructuras fundamentales aquéllas definidas por esos modelos de self que él cataloga como «normalidad», neurosis, self-narcisistamente-vulnerables, borderlines y fragmentados? ¿Sobre la base de los **modelos comunicacionales** de Liberman (1976)? ¿O bien, siguiendo una línea teórica fundamental en el psicoanálisis contemporáneo, sobre los **patrones, estructuras, modelos o pautas de relación de objeto** considerados como estructuras teóricas?.

Mi respuesta a la pregunta básica es afirmativa: el psicoanálisis debería intentar construir (o desarrollar) su propia psicopatología especial. Cuenta, para ello, con más de un siglo de trabajos, observaciones, estudios clínicos, incluso estudios estadístico-correlacionales... Y creo que esa psicopatología especial psicoanalítica posee no sólo un valor teórico, sino también un valor pragmático, al permitir recuperar y utilizar esos ímprobos esfuerzos de miles de clínicos cuidadosos y de decenas de sistematizadores honestos. Pero además y ante todo, ese intento posee un descollante valor o utilidad técnica y clínica.

En efecto: Partiendo de esa respuesta afirmativa a la cuestión más general, hoy pienso que la posibilidad de fundar una psicopatología psicoanalítica especial sobre diversas **organizaciones, patrones, estructuras o modelos de relación (de objeto)** posee la ventaja de que, si definimos una serie de características de esas diversas estructuras relacionales, podremos seguir su evolución en cada paciente, en diferentes momentos de cada paciente... e incluso en cada sesión. Desde esta perspectiva, no existirán pacientes «operatorios» o «alexitémicos» o «paranoides» como bloques, sino seres humanos en cuyos diferentes momentos predominan una u otra forma de relación (de objeto). Que puede que en algunos de ellos predominen las pautas o modelos «fóbicos» u «operatorios», pero que no por eso dejarán de reaccionar interna y externamente en otros momentos según estructuras de relación del tipo paranoide, o se desequilibrarán en un funcionamiento borderline, o se defenderán con relaciones perversas y/o adictas... La ventaja de esta perspectiva, aparte de que tal vez proporcione una base teórica a la psicopatología del psicoanálisis, es que, como decía, puede usarse para atender los diversos aspectos de cada paciente en cada sesión: es diferente interpretar la agresividad a un paciente que está viviendo la misma en una forma incontinente (evacuatoria) que a un paciente cuya relación con nosotros en esos momentos es

paranoide o melancólica... Lo que en el último caso puede resultar acertado, sería tal vez un grave error transferencial y contratransferencialmente sobredeterminado en los otros dos modos, organizaciones o estructuras de relación.

Todo lo anterior implica que habría que definir ese conjunto o serie de **estructuras psico(pato)lógicas de la relación fundamentales** desde el punto de vista del psicoanálisis. Claro que para ello deberíamos trabajar en la definición de cada una de esas nueve o diez estructuras de relación fundamentales que esquematizo en la **tabla 1** y de los momentos de desequilibrio entre ellas (el funcionamiento borderline, fronterizo o «liminar»). Cada una de ellas, según mi perspectiva actual, debería diferenciarse al menos en los siguientes apartados: en la relación clínico-fenomenológica, en la relación interna, en la genética psicodinámica y en el tratamiento psicoanalítico.

Tabla 1.
ORGANIZACIONES PSICOPATOLÓGICAS DE LA RELACIÓN

1. LA RELACION HISTERICA.
2. LA RELACION FOBICA Y EVITATIVA.
3. LA RELACION OBSESIVO-CONTROLADORA.
4. LA RELACION MELANCOLICA.
5. LA RELACION PERVERSA Y ADICTA.
6. LA RELACION INCONTINENTE mediante la acción: actuación, psicopatía...
7. LA RELACION OPERATORIA o incontinente mediante la descarga corporal.
8. LA RELACION PARANOIDE.
9. LA RUPTURA PSICOTICA y la RELACIÓN SIMBIÓTICO-ADHESIVA
. PRIMITIVA: autismo y psicosis infantiles.
. POST-PUBERAL: ESQUIZOFRENIA.
* LOS DESEQUILIBRIOS LIMITROFES O BORDERLINES..

MANIFESTACIONES DE CADA ESTRUCTURA	APARTADOS DE SU ESTUDIO
. clínico-fenomenológicas . en las relaciones externas	1. Presentación / Entrevista/ Cuadro clínico (clasificaciones psiquiátricas). 2. Manifestaciones en la Realidad Externa, con los Objetos Externos.
. en las relaciones internas	3. Relaciones con el cuerpo y self corporal. 4. Introyección/Proyección. 5. Pulsiones y motivaciones fundamentales. 6. Estructura: . del Yo y las defensas . del Self 7. Mundo Interno / Objetos Internos.
. en su genética (en la infancia y posteriormente)	8. Genética: . en la primera infancia . en la relación y la Transferencia
. en el tratamiento psicoanalítico	9. Técnica psicoanalítica.

Es decir: podríamos considerar una estructura u organización de la relación suficientemente diferenciada y definida si pudiéramos defender para la misma unas formas de presentarse en la vida social, en la entrevista y en las clasificaciones psiquiátricas al uso y mantuviera unos modelos de relaciones externas identificables (**Factor A o de «Relaciones externas»**). Por otra parte, el **Factor B** de cada patrón o estructura psico(pato)lógica estaría definido por sus **relaciones con el cuerpo y el sí-mismo corporal** (de tan gran importancia para la asistencia moderna), **por el balance introyección/proyección y las formas del mismo, por la combinatoria e interjuego de las pulsiones y motivaciones fundamentales, por una organización particular del Yo y las defensas** (y, por lo tanto, del Self), así como por una **constelación particular de objetos internos y relaciones entre los mismos**. El **Factor C** debería estar compuesto por una explicación coherente, fundamentada y suficientemente discriminativa de la **genética** de esa pauta o estructura relacional, siempre interna-externa: tanto en el mundo interno como en el mundo externo y tanto en la infancia como en la relación del aquí y ahora: ¿qué es lo que desencadena, pone en marcha, consolida o hace eclipsarse cada modelo de relación en la sesión psicoanalítica?. Lo cual implica un **Factor D**, también diferencial para cada estructura: ¿Cómo se comporta ese tipo de estructura, vale decir, los pacientes dominados por la misma, en el tratamiento psicoanalítico, en la relación psicoanalítica?. ¿A qué tipos de transferencia suele dar lugar?. Consecuentemente: ¿qué cuidados y normas técnicas específicas adoptar cuando predomina ese modelo o estructura relacional?.

2.3. Sobre el «funcionamiento fronterizo», «límite», «liminar» o «borderline»

¿«El Rey va desnudo»?

A lo largo del punto anterior ya he nombrado en suficientes ocasiones los términos «fronterizo», «borderline», «límite» y «funcionamiento borderline» como para que se pueda percibir mi posición al respecto que, de todas formas, prefiero hacer explícita aquí.

Creo que el uso profuso, difuso y confuso de tales términos los ha convertido en uno de los cajones de sastre más socorridos del psicoanálisis contemporáneo. A menudo, da la impresión de que los mismos se utilizan para evitar descripciones más «psicopatológicas», para dar impresión de «gravedad» o, simplemente, para evitar categorizaciones difíciles de realizar. Así, desde haber supuesto una importante hito o logro en el desarrollo de la psicopatología psicoanalítica contemporánea (Hernández 1991, Paz 1994), corren el riesgo de ser utilizados tan sólo como «cajones de sastre» o «sentinas de escombros», es decir, pseudoconceptos con poca intensidad nuclear y con gran extensión nuclear. La frecuentísima utilización de tales términos para calificar a pacientes o relaciones, incluso de niños, en el psicoanálisis contemporáneo, hace pensar a menudo si su uso no tiene que ver con una desnudez teórica a la vez osada y vergonzante.

Como consecuencia de lo anterior, creo que es obligado para mí intentar delimitar cómo voy a entender aquí de tal noción o concepto y en qué sentido lo

considero útil, aunque ello suponga diferenciarme de autores de prestigio y, desde otra perspectiva, patentizar un cambio o evolución conceptual con otros momentos de mi trayectoria teórica (Tizón 1973).

Para comenzar, me parece que, a menudo, cuando se utiliza tal término, se está confundiendo **estructura o patrón y función o funcionamiento**. En general, puede decirse que su uso entre los psicoanalistas guarda estrechas relaciones con su correlato psiquiátrico en el caso del psicoanálisis norteamericano, mientras que, hasta hace poco, en Europa se tendía a utilizarlo como una forma de funcionamiento mental. Otto Kernberg ha mantenido una postura particular, intentado definir una versión «psicoestructural» del concepto (1975, 1994).

Dentro del psicoanálisis contemporáneo, son pocos los autores que conciben teóricamente lo «borderline» como una **estructura psicopatológica**, desde luego. Como ya apuntaba Kernberg al hablar de «borderline conditions» (en la traducción, «**síndromes fronterizos**»), «en teoría» lo borderline sería una **forma de funcionamiento**. Una forma de funcionamiento caracterizada por la ansiedad flotante y difusa, manifestaciones «neuróticas» variadas y tendencias perverso-polimorfas en cuanto a la presentación. Y por manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica, momentos de predominio del proceso primario, defensas «esquizoides» acentuadas y patología específica de las relaciones de objeto, en cuanto a la estructura, tal como resume Kernberg (1975, 1994a).

Sin embargo, cuando el propio Kernberg y otros autores citados más arriba aplican el término en sus descripciones clínicas, no cesan de hablar una y otra vez de «**pacientes borderline**» y «**organizaciones borderline de la personalidad (BPO)**» y no de **momentos borderline o liminares, de funcionamiento borderline, fronterizo o liminar de esos pacientes**. Una tendencia que llega a su máxima expresión cuando se asegura que los pacientes con trastornos graves de personalidad del tipo narcisista, antisocial, esquizoide, perverso, etc son todos **pacientes fronterizos** —y no pacientes o personas en los cuales, con mayor o menor asiduidad, pero nunca de forma fundamental, predomina el **funcionamiento fronterizo**. Creo que, al menos con cierta frecuencia, se trata de una manifestación más de la tendencia en psicoanálisis contemporáneo de catalogar los fenómenos psicopatológicos... sin haber realizado un esfuerzo teórico y conceptual previo, hoy por hoy insoslayable, en **psicopatología psicoanalítica especial**, asunto en el que más arriba insistía.

Pero si intentamos seguir las líneas elementales que enunciaba arriba y gran parte de las aportaciones de esos autores, tal vez lo borderline ha de ser entendido no como una estructura, sino como **una falta de estructura**, un momento en el cual el funcionamiento mental y relacional **pierde sus patrones «neuróticos» o «normales» habituales sin llegar por ello a resultar dominado por las ansiedades confusionales «primitivas» y el modo de relación simbiótico-adhesivo**. Son pacientes o, mejor aún, momentos de la vida mental y relacional humana, en los cuales reaccionamos con esa pérdida pasajera del juicio de realidad, del

control de los impulsos, con la confusión sujeto-objeto, etc... sin que esa sea la pauta fundamental de reacción de esa persona —o incluso de esa persona en esa posición. Se trata, por tanto, de **momentos de desestructuración**, no de una estructura psicopatológica. Momentos de desestructuración que hacen aflorar los signos y conflictos de **rupturas psicóticas y ansiedades catastróficas** y de una forma de relación sí estructural y, desde luego, más primitiva: la forma de **relación simbiótico-adhesiva**, que para mí es la base de la **organización relacional psicótica** (Tizón 2000).

En definitiva, creo que, desde el punto de vista de una psicopatología especial psicoanalítica basada en la relación (de objeto), **el funcionamiento liminar o fronterizo** es una forma de descompensación pasajera de personalidades que, habitualmente, se relacionan intra y extrapsíquicamente dominadas por otras pautas o modelos de relación. Por eso, creo que, en último término, la única forma de entender lo límite o liminar **como estructura** es... el patrón o estructura patológico de la personalidad llamado **personalidad límite** en determinadas clasificaciones psiquiátricas (APA, 1994). En este caso, tal vez pudiera hablarse de una **estructura psicopatológica**, caracterizada como lo hace el DSM-IV, en una derivación clara de perspectivas psicopatológicas —¡por cierto que **teóricas!**— como las de Millon (1994).³

Creo que se trata de un concepto psiquiátrico claro y (relativamente) útil, tanto para la psicopatología y la psiquiatría como para el psicoanálisis. Pero, sin embargo, tal concepto pierde en buena parte la riqueza dinámica que, de cara tanto a la teoría como la técnica, posee el concepto psicoanalítico de lo «límite», lo fronterizo (entre lo psicótico y lo neurótico, no hemos de olvidar). En el extremo opuesto, sólo forzando los conceptos (o la realidad), podemos calificar como «límites» a pacientes con una perversión estructurada, o con un «síndrome de narcisismo maligno» (en el sentido de Kernberg 1994a), o con trastornos narcisistas de la personalidad; o a personalidades paranoides, histéricas o fóbicas graves... Seguro que todos ellos padecen momentos mentales y relacionales de funcionamiento límite o **liminar**, como preferí designarlos ya hace años, siguiendo con ello una larga tradición de psicopatólogos europeos (Tizón 1973). Pero, si acostumbramos a designarlos y a entenderlos simple y generalizadamente como «pacientes borderline» o «fronterizos», amén de utilizar de forma poco definida el concepto, podemos contribuir a perder o perdernos aspectos diferenciales sumamente útiles en la comprensión de cada una de esas personas y de sus avatares mentales y relacionales particulares.

En definitiva, el funcionamiento límite sólo puede considerarse «estructural», retroactiva y equifinalistamente mantenido... en la **personalidad límite**, un concepto no psicoanalítico, sino propio, hoy por hoy, de la psicopatología fenomenológica (y cognitivista) moderna. Se trata entonces de personas **establemente inestables** desde esta perspectiva. O **estructuralmente inestables** y, como suelo decir en los seminarios psicoanalíticos, **en continua búsqueda del objeto portante**. Por el contrario, el funcionamiento límite y las ansiedades y

conflictos más primitivos sobre los que se asienta, tiende a ser atenuado o defendido con formas de relación más evolucionadas y estructurales tales como el patrón de relación paranoide, el perverso, el incontinente ... o incluso, en casos con más capacidades yoicas, tras formas o patrones de relación más estables de tipo fóbico, histriónico u obsesivo-controlador. El resultado clínico de la actuación dominante de esos otros tipos de relación son los trastornos «neuróticos» (o «por ansiedad»), los trastornos de personalidad y las perversiones. Pero el elemento psicoanalítico fundamental son las **organizaciones o estructuras para la relación**: así, ciertamente, un paciente puede exhibir un patrón de relación dominante de tipo paranoide (y estructurarse como una personalidad paranoide), lo cual no evita que, en muchos momentos de su vida de relación y de su vida mental utilice pautas de relación fóbico-avoidativas, obsesivo-controladoras, fantasías narcisistas... y momentos de desequilibrio límite. Fonagy y Higgitt (1990) han realizado una interesante revisión del tema enfocándolo como un fracaso en la **creación de una teoría de la mente** en estos pacientes, fruto de la permanencia de **relaciones transicionales** por causa de la ausencia de figuras parentales empáticas en la primera infancia o del abuso reiterado a cargo de las mismas. Pero, como puede observarse, su perspectiva psicoanalítica es ya la «interpretación psicoanalítica» de un trastorno psiquiátrico: ellos mismos hablan de los pacientes «con trastornos de personalidad fronteriza o borderline».

3. Intentando ilustrar lo anterior mediante viñetas clínicas

Desde mi perspectiva, pues, un paciente puede exhibir un patrón de relación dominante de tipo paranoide (y estructurarse como una personalidad paranoide), mientras que en momentos de su vida de relación y de su vida mental tal vez utilice pautas de relación fóbico-avoidativas, obsesivo-controladoras, fantasías narcisistas... Bajo la presión de las ansiedades catastróficas, de «diferenciación-indiferenciación» y, desde luego, en momentos de la transferencia intraanalítica, puede mostrar momentos de desequilibrio límite.

Casi por definición, la vivenciación y actuación de la agresividad en tales situaciones sería uno de los signos cruciales y de observación inexcusable. Sin embargo, la tesis consecutiva que mantendré es que **la agresividad y la agresión vividas y manifestadas en la situación analítica cuando predomina un funcionamiento «liminar» o «límite» no posee características unívocas** entre uno y otro paciente con «funcionamientos límites». Como intentaré ilustrar con algunas viñetas clínicas, la agresividad en los momentos del funcionamiento límite posiblemente tiene que ver con dos series de fenómenos: en primer lugar, **con la irrupción de patrones de relación más primitivos** (los que hacen erupción desde la grieta de la «ruptura psicótica» y su relación concomitante: la relación simbiótico-adhesiva). En segundo lugar, **con los patrones de relación dominantes en ese paciente o en los momentos previos** de ese paciente cuando la presión de los conflictos en sus relaciones de objeto le hizo entrar en ese tipo de funcionamiento límite.

3.1. Estructura (relacional) histérica y funcionamiento «límite» en la relación analítica

Por ejemplo: con cierta frecuencia, psicoanalistas y psicoterapeutas contemporáneos defienden la «excepcionalidad» o «disminución» en la presentación de la histeria, creo que por una deficiente conceptualización **psicoanalítica** de la estructura o patrón de relación histéricos. A menudo, esos mismos autores u otros califican como «fronterizos» o «borderline» a pacientes histéricos y/o histriónicos graves, con lo cual, probablemente se pierde, ya de entrada, la posibilidad de un análisis psicopatológico (y relacional) más fino. Pero fijémonos por ejemplo en la **compulsión a la repetición** de los histéricos, compulsión además llamativamente manifiesta y un fenómeno especialmente preocupante y doloroso en la práctica del psicoanálisis con este tipo de pacientes. A la persona dominada por la estructura u organización **relacional** histérica le resulta tan insoportable la relación amorosa y tierna con el objeto y las ansiedades «depresivas» concomitantes que, ante cada nuevo contacto o posibilidades de contacto, regresa inmediatamente a prácticas de tipo actuador-incontinente, confusional, adicto, parasitariamente dependiente... Es como si se dejara captar, en una relación intrapsíquica perversa, por otro tipo de relaciones (o de «**organizaciones**» o «**repliegues**», en el sentido de Steiner, 1994). De esta forma, el paciente reacciona agrediendo sutilmente, o provocando la agresión y la retirada masoquista subsiguiente.

La Sra. H. , una paciente de estructura predominante histérica, en la edad media de la vida, justificaba sus continuos y sistemáticos retrasos en que no llevaba reloj: «No me gusta, es feo, es antiestético, me molesta...». Cuando se le hizo notar que, de todas formas, parecía encontrar «antiestético» el venir al tratamiento, el mostrarme su necesidad del mismo llegando puntual, empezó a traer a las sesiones un aparatoso y «antiestético» reloj de su marido: fue su forma de reaccionar ante lo que había vivido como «agresión» por mi parte. Cuando esa actuación pudo entenderse en el sentido de que, nuevamente, para relacionarse conmigo necesitaba meter por medio a su marido —una forma de, en su mente, sentirnos luchando por ella y otra vía para sentirse apoyada por él contra mí dentro de las sesiones— compró un reloj más «normal», pero que siempre llevaba atrasado. Entendí que era una manifestación más de la necesidad del «suplicio de Tántalo» entre nosotros, de la relación perversa, más que de un funcionamiento límite. A otro nivel, la actuación estaba sobredeterminada por la denegación, por el intento de moldear el «duro reloj», el paso del tiempo, que en el histérico de edad media manifiesta la imposibilidad de «salir adelante como histérico» y, por tanto, la amenaza de la catástrofe. El «suplicio de Tántalo» al que una parte de ella intentaba atarnos con el tema del reloj, acabó cuando predominó en las sesiones un clima más colaborativo por su parte, menos de «niña mala y traviesa» y, también, cuando se le recogió una y otra vez su deseo de ese nuevo clima, su empeño en conseguirlo y las dilaciones y retrasos que partes «retrasadas» y «prestadas» de sí misma imponían a nuestras posibilidades de avance conjunto...

La Sra. J., una paciente dominada a menudo por la estructura relacional histérica, pero que con frecuencia entraba en funcionamientos «límites» o «liminares»,

podía ser calificada, desde un punto de vista psicopatológico tradicional como alguien que padecía un “trastorno histriónico de la personalidad”. Ejemplificaba claramente ese modo de «jugar mentalmente con la agresión» —que conceptualmente se halla en contradicción con el trastorno borderline— por ejemplo tras una sesión dominada por un sueño en el que se manifestaba claramente su agresividad en sus relaciones afectivas y en la transferencia. En la última parte de tal sesión, que he descrito en otro lugar (Tizón, en prensa) la paciente mostró ciertas capacidades de recuperar el contacto conmigo, la confianza, el contacto con su parte que necesita de mí y del tratamiento. Y ello a pesar de mi interpretación de la agresividad y la agresión, bastante decididas en esta sesión e inicialmente recibidas con denegaciones y regresiones muy aparatosas. En definitiva, al final no se sintió obligada a atacarme-atacarse al no verse excesivamente perseguida por mí: Pensé entonces que era una comprobación de sus posibilidades de entender y elaborar la agresión en un registro, con un patrón, más neurótico que límite o perverso... Y ello a pesar de todas las manifestaciones de «descontrol yoico» presentes en la sesión.

La sesión siguiente, creo que apoya esa percepción acerca del movimiento emocional de la paciente:

Llega puntual, diciendo que ha venido aunque pensaba no venir. Se extiende sobre sus dudas y explicita mucho más claramente que ayer las «tentaciones» y fantasías a las que durante horas se entrega (de venir-no venir) fueron muy intensas y le duraron «incluso de noche». Le interpreto que es una forma mediante la cual la parte «controladora», que supervisa el material dentro de ella misma, me amenaza: «No hables de tal o de cual porque dejo de venir. No hables de miseria, ni de amantes... Estas son mis intimidades en las que no vas a entrar...». Tras su aceptación directa e ilustración de esa idea, asoció escenas de algunos de los juegos excitados y promiscuos de su infancia, en los que ella acababa casi siempre dañada o ensuciada. Pude entonces mostrarle que, para esa parte de ella, lo que yo le doy, lo que le da esta mamá que ella sabe que en el fondo es deshonesto, se le convierte en que la ensucian, le echan encima productos de deshecho... Que la ira, la rabia porque le hablo de eso, le acude sobre todo porque lo ve difícil de cambiar, doloroso de reconocer. Y entonces le vienen los deseos de romper, cortar... (Creo que era un intento de interpretar la agresividad vivida dentro de organizaciones relacionales sado-masoquistas, perversas pero con una cierta capacidad para la “relación reparatoria”).

Me describió a continuación lo difícil que le fue ayer salir de aquí y lo «descompuesta» que salió. Y que, aunque al principio podía entender, a pesar de que le dolía, luego se fue entregando progresivamente a los deseos y determinaciones de no venir más.

Le interpreté entonces esa «solución» del corte, de cortar ya que no podemos seguir juntos, pegados: porque no puede sentirme independiente de ella y se da cuenta de que tampoco puede estar pegada a mí... (la relación simbiótica). De ahí la «solución», que adquiere forma de corte, de autohumillación —»tratarse de tonta»,

como cuando, a menudo, se autolesiona «accidentalmente»— y, como consecuencia: «Mira, mamá, lo que me hago, lo que haces, de qué poco sirve lo que me das...». (Desde mi perspectiva actual, creo que se trata de una interpretación de las pautas paranoides y perversas en una relación, sin embargo, dominada por una agresividad más reparatoria, ambivalente, «neurótica», y en la cual ya no «es necesario» el recurso «límite» de la confusión primaria o secundaria, por ejemplo).

Y sin embargo, como bien me mostró la otra paciente histérica que he mencionado, de edad madura (la **Sra. H.**) el «corte», la autolesión, se convierte en un síntoma sobredeterminado: es autoagresión, más autohumillación, más acusación, más un resultado de la «vuelta contra sí misma» de la rabia contra el otro de quien depende... La herida, el corte, el masoquismo es la «salida», el compromiso defensivo actuado (Freud, 1926). En ese sentido, las autolesiones parecen ser típicas de la histeria en la edad madura. Son expresiones de la desesperación ante la imposibilidad de elaboración. También, muestras de la vertiente masoquista en la relación... Pero, dentro del trabajo analítico, como expresaba la Sra. H., en ocasiones son formas de parar el progreso emotivo de la ternura, de la relación que va entrando; de parar el progreso del reconocimiento, la necesidad de reparación que cada vez es más sentida... Entonces hay que rebajarse, herirse, limitarse... Pero **porque hay una clara percepción de la posibilidad de que la relación progrese**, resulte mutativa. ¿Qué teme que pase entre ella y yo si la relación progresa?. ¿Que «caiga en sus redes» como papá?. ¿Que la desprecie como mamá?.

*En otro momento de contacto de la sesión, la **Sra J.** llegará a decir directamente: «Si mi marido me tratara peor, digo mejor, me sorprendería...» (Siento y le interpreto que con el lapsus vuelve a mostrar su confianza en mí que está ahora en el fondo, que le va entrando. Si yo la tratara mal, se sorprendería... Porque el máximo peligro para su parte arrogante es sentirme necesario y confiar en mí... Sabe que es así en estos momentos. Precisamente por eso, para una parte de ella el peligro es máximo: ¿Qué puede pasar si sigue confiando en mí, si un día y otro siente que me necesita?».*

3.2. Relación perversa y funcionamiento límite

Expondré algunas viñetas del tratamiento de un paciente de casi treinta años con graves rasgos de incontinencia (somática y a la acción), sexualidad y agresividad polimorfos e impulsos gravemente perversos casi continuados.

Se trata de una sesión de un lunes, en un tratamiento que realizamos a razón de cinco y, en ocasiones, seis sesiones por semana. Intentaré transcribirla con la particular sintaxis y vocabulario del paciente, la cual, a pesar de sus deseos continuos de comunicación, hace que partes enteras de las sesiones sean para mí bastante incomprensibles o totalmente reiterativas, llenas de prolijas repeticiones y explicaciones: el paciente era un «analfabeto cultural» al comenzar el tratamiento.

— «Ayer por la noche llamó la Dra. F. y nos ha dado una cita para el miércoles por la mañana con mi madre. Iré yo primero con mi madre y luego veremos si irá

ella o qué (?). Es que no sé si mi madre iba obligada o qué.... Yo le dije que era capaz y que iba de la... (silencio).

— «He podido llevar a mi madre a esa doctora que usted me recomendó: es un hecho de confianza en el psicoanálisis... Si que puede haber la desconfianza que veíamos ayer, pero... Fue ayer que entrelacé un conglomerado de todo, pero pienso que estoy contento del tratamiento. Me vino eso del libro que leía: «A veces los profesionales procuran alargar el tratamiento por dinero» .

(Creo que en el fragmento anterior hay una compleja mezcla de funcionamiento límite, con dificultad de delimitar la realidad interna y externa y la tendencia a sentirse paranoicamente perseguido-humillado-explotado, y, también, un intento de exploración de una realidad, el psicoanálisis, totalmente extraña para él, sin ningún refuerzo cultural o en su medio a favor de mantenerlo. Se necesita una cierta agresividad para mantener y plantearme sus dudas al respecto, que yo siento también en parte «reparatorias»: ¿Se podrá mantener el tratamiento y la relación conmigo?. Para ello tiene que estar «más seguro»).

— «Pero yo creo que el que un psicoanalista vea que un paciente va curándose es un triunfo para él... Sentirá una satisfacción personal que no tiene si va alargando el tratamiento. (Una comprobación de que no predominaba lo límite, lo perverso o la paranoide: se trata de un intento de racionalización para calmarse y, además, puede hacer uso de una «teoría de la mente» del otro —Fonagy y Higgit 1990—, de la identificación proyectiva comunicativa).

— «Es como la droga, que cuando fumas un porro quieres otro y otro y otro... (Silencio). Después, he hablado con mi esposa para venir un día menos por semana aquí. No porque me encuentre mejor, sino por tener un día más, y porque pagaré lo de mi madre. Así, no tendría que añadir más dinero: el día de aquí serviría para allí... (Entre otras cosas, aparece una buena muestra del «conglomerado mental» con su madre, una expresión de los aspectos simbiótico-adhesivos, psicóticos, que se traslucen casi directamente en su patología)... Es que si que a menudo pienso en un día menos, que mejor cuatro días por semana, si podría ser factible o no y en qué me afectaría o no...

— «Otra cosa que me afecta es que ya llevo tres años y siete meses. No cuento el dinero, no, pero sí el tiempo... Lo comento y usted quiere que lo comente... Se lo que me está pasando otra vez con la niña y no quiero tapanlo, pero está ahí... (Se refiere a una reactivación de sus impulsos paidofílicos, ahora dirigidos hacia la hija).

— «Ahora, estoy contento de la niña porque hace faenas en la casa, cuida la cocina, barre... Incluso ayer fregó... Y parece que colabora y participa... Y yo se lo he dicho a mi esposa, de decírselo a la niña... Yo también intento buenas cosas, tener las cosas ordenadas y limpias en mi escritorio...

— «El otro día, tuve un enfado con mi esposa porque llegamos de vacaciones, de semana, eso, y no hizo nada, nada en la casa... Luego, comprendí que había habido una transiversación (sic.): ella había perdido sangre, pero era por una almorranas. Sangraba y pensé llamar al médico, pero nadie, ni ella, ni el tío, ni nadie llamó al doctor... Y yo no me atreví. Pensé: mañana ya veremos. Había pensado si llamar al médico y no lo hice. Ahí me ocurrió algo que no se qué: no se si por pensar por miedo o por qué.... Yo tenía el número de busca del doctor y no le llamé...

(En esta parte me he dado cuenta de que yo intentaba decir algo y «no había sitio». La ansiedad es muy notable en el clima, sus movimientos, lo entrecortado del lenguaje... Siento que está viviendo la relación de forma profundamente paranoide, que se puede desestructurar, que puede confundirse... Y que el temor a mi agresión es tan potente que le puede desorganizar, por lo que prefiere «tenerme callado»: ¿como a un niño?)

— «El cartón del médico estaba muy arrugado de arriba y no me atreví. Y al día siguiente le comenté: si pasa algo, qué debía hacer. El cartoncito arrugado lo tenía encima, pero no sabía qué hacer y pregunté en la recepción del hospital y me dijo que si otra vez tenía problemas que llamara... (A: ¿El cartoncito arrugado?). Yo creo que me daba mal efecto y por eso no era capaz de llamar... También por no molestar... Y no se: era eso, un cartoncito arrugado y abajo, el cartón, en la parte no arrugada, dentro de la cartera, tenía pintado el 069. Con bolígrafo o rotulador. (Creo que se refiere al 061, que es el teléfono de urgencias en nuestra comunidad autónoma)... Y dije a la señora de recepción ¿el 069 es para qué?, ¿qué hago?... Y él, el doctor, me dijo que para qué estoy yo entonces... (A: Eso del 069, ¿quién se lo dijo?). Yo lo oí en la radio y pensé que si estás mala te lleven al hospital...

(A: «Lo del 069 ¿le recuerda algo?»). Si usted me pregunta algo, me recuerda: 061, policía municipal; y el 062, la Policía Nacional. Y lo asocio por el número y si me hace dudar, a lo mejor tenía el 069. (Silencio).

A: - Parece que si yo hoy le digo algo, todo se le pone en crisis en su mente, hasta el extremo que no sabe ni qué numero tenía escrito, preguntó y tiene en la cabeza... (Creo que sí que es una interpretación de cómo mis intervenciones hoy le hacen entrar en funcionamiento fronterizo, con peligro de pérdida del juicio de realidad... Como la situación de su esposa, enferma y de urgencias. Por eso he preferido no insistir en el posible «acto fallido» del «069»).

P: - Es que como usted sabe muchas cosas y tiene mucha seguridad, yo, a dudar de mí mismo... (¿Idealización/escisión con respecto al objeto?)

A: -Yo creo que duda de sí mismo porque no se atreve a mirar cosas de usted como, por ejemplo, sus dificultades con la enfermedad de su esposa y su sentimiento de que hace sangrar... No se qué puede haber ahí, cómo podríamos aclararlo algo más...

P: -»Es que parece que repudiara las relaciones sexuales con ella. El Dr. B., iba a decir el Dr. Tizón, me dijo que no tuviéramos relaciones sexuales ... Y ayer sí que tuvimos relaciones sexuales: yo le llevé la mano al pene y ella me lamió los testículos y sólo placer yo. Pero su saliva tenía un sabor fuerte, se lo dije... Y yo sólo pensaba en hacerlo con todas y con la que tengo, me da asco... Ya no me excito con ella, me cansa... Como si buscara otro tipo de mujer, como la niña o así... A la niña le he tocado dos veces el trasero en estos días... Y me he excitado. Y parece como sí decirlo aquí me diera más libertad para tocarla... Esto lo había pensado al principio y no lo he dicho porque me han venido otras cosas...

A. -Y porque ha hablado de disminuir sesiones, que es lo que una parte de usted le propone, para no dejarse «atrapar» por el tratamiento. Si juntara las dos cosas en su cabeza, su atracción hacia los niños de ahora y, por tanto, su necesidad del tratamiento, esa parte no podría seguirle haciendo propaganda dentro, empujándole a desconfiar de mí y alejarse de mí y del análisis... (En parte, se trata de una interpretación de la agresión disociada, de las maniobras destructivas de la parte perversa de la personalidad).

P. -Yo... yo recelo de los niños con los que sale mi hija porque en el fondo, en fundamento, pienso que yo le gusto, con esa parte infantil o lo que sea, lo pienso. Y ella me dice «déjame», cuando la toco así, sin darme cuenta, y... y yo sigo y eso no me para. Es el caso como si viniera aquí, como dice usted, a expiar pecados y volverlo a hacer... Como quiero conseguir a niños y mujeres, a muchas mujeres y tal vez por eso... (Silencio).

«Pensaba ahora: escondo algo. Y es que he venido leyendo un periódico económico. Lo he leído porque estoy intentado con un producto financiero. Pero no me atrevía a traerlo aquí.... Y hoy igual. Lo he leído en el metro y ahora lo he dejado entre papelera y barra (A: ¿Y lo recogerá luego?). Sí, porque tengo miedo de que usted sienta que yo fardo o que usted me diga «Ya se siente un gran empresario»).

A. - ¡Se siente tan perseguido por mí!. En parte, porque teme que descubra a esa parte de usted que va a la suya y teme que yo «le coja». En buena medida, porque creo que usted mismo la confunde, y aquí podríamos confundirla, con la que le hace sentirse tan grande, tan por encima, que puede hacer de todo... Pero entonces, tal vez se pierda la posibilidad de que usted y yo valoremos y podamos utilizar la parte de usted que quiere aprender, crecer, utilizar mejor su economía, tanto de dentro como de fuera... (Creo que se trata de un intento de diferenciar la agresión y la propaganda perversa de los intentos y «baluceos» de la parte infantil, que aparece con «funcionamientos fronterizos»).

P. -Igual con los cigarros (el paciente ha realizado, en otras épocas, todo tipo de abuso de todo tipo de drogas y combinaciones de las mismas). Me digo que no fumaré y al segundo que fumo empiezo a pedirle a otros. Y yo pensaba que podría traerlo, eso que pensaba, pero no he podido...

«Una buena noticia: un señor quiere ver un local de los míos para alquilarlo. Son unos tipos de una franquicia y necesitan un contrato de diez años. Estoy contento con esto. Y otro señor quiere ver otro... Si los vendo, no sé qué haré con los millones, pero los vendo y me quito de problemas, de problemas de fachada y cosas que se pueden caer ya si...»

A: -Otra cosa deteriorada, como el cartoncito arrugado: yo no sé si usted pensó que su esposa estaba embarazada y que esa sangre tenía que ver con el aborto. Y entonces se le plantea un problema «de fachada», de apariencias, cuando lo peligroso es una parte suya que, con tal de salirse con sus fines, de conseguir a cuantas más mujeres mejor, puede dejar de lado a su mujer y su hija...

P: - ¿Y que entonces no llamara para que abortara? (Silencio). Yo no lo siento así...(Silencio más tenso). Un aborto tengo entendido que es que se muera el niño (A: Que quede arrugadito). Yo no diría que sea capaz de no llamar al doctor por miedo a que vea el cartón arrugado (?). Porque no es forma...

«No sé... ¿Que si estuviera embarazada querría que abortase, como mi anterior novia?. Paso a menudo por una clínica que no se si es donde Modes, la anterior, abortó. Y no se si fue allí... (A: ¿La acompañó entonces?). Pero no se si fue allí... Me hace el efecto por la puerta. Pero sólo recuerdo una vidriera dentro... Y siempre que paso se lo digo a mi novia (!), que no sé si fue ahí... Y abortó ya avanzada, de dos o tres meses, no de menos. Y le costó: se lo hicieron dos veces, no se cómo le sacaron el feto y no se cómo salió. Y ahora pienso que yo permití que mataran a mi hijo... Esto pensé que nunca saldría: sólo lo sabía mi novia y Roberto, mi amigo. Pero tenía miedo de que Roberto luego lo usara para infiltrarlo en mi familia... (La destructividad perversa y la agresión fóbica proyectada son tan intensas que parecen desorganizar su mente y su recuerdo).

- «Pero hoy mi esposa y yo nos lo hemos pasado muy bien. Porque cuando ríe, pone mucho sentimiento. Hoy estábamos con mi hija, siempre estamos de cachondeo con ella, y ella nos decía «Dejadme» (Silencio). No se por qué digo esto...

A. - Posiblemente porque se siente otra vez perseguido por mí... Y en esos momentos le es difícil sentir que yo estoy aquí para algo diferente a criticarle, castigarle como su padre; que estoy para comprender y ayudar a comprender sus sentimientos de que, a pesar de quererlas y valorarlas, ha cuidado poco a su esposa, a su hija, y que incluso a veces piensa, con horror para otros aspectos de usted, que mejor no tener más hijos o incluso que su mujer muriera para quedar «de manos libres» con respecto a la niña...

P: - Es que me siento acosado y a lo mejor ayer lo pensé y por eso no llamé... Pero me siento acosado con esto. No lo puedo ver... Lo que si me ha pasado muchas veces por la mente es el pensar que se muera mi esposa, eso sí, y que yo me quedara sólo con la niña. Eso, claro: lo he pensado muchas veces. Y

si lo pienso, me veo asesino. Y creo que quiere decir que yo me veo obligado con mi esposa, que me encuentro atado con ella, y que me encuentro distante de ella porque me corta de poder tener relaciones sexuales con otras mujeres...

—Hoy nos habíamos reído y yo estaba en la cocina con un cigarro, y yo pensaba: Esto es otra etapa de ella, que dice cosas que hacen reír... El matrimonio a veces es una rutina y ya no hay interés en saber cómo son las cosas nuevas... Y el pensar eso me ha ayudado a explorar nuevas cosas de ella y no sólo el asco...

A: - Asco que aumenta cuando cree que está embarazada y asco que teme tanto que no se lo puede decir a él mismo o a mí...

P: -Si, y ya empiezo a trocearla: le veo los pechos caídos, otra cicatriz, y que cuando tengamos los coitos, el agujero será más grande y me dará poco placer (A: Y creo que ahí piensa que «a diferencia del agujero de las niñas»). Si, eso, o de la mujer sin hijos...

(Sale confundido, impactado).

Este mismo paciente, a menudo, usa un potente todo-terreno arrastrando una larga y pesada caravana. Un día pudo decir en la sesión que desde hacía meses iba con una cadena entre uno y otra, en vez del cable de seguridad, que si se rompe frena inmediatamente la caravana. Y durante semanas, incluso sin la cadena: sólo con el enganche. La determinación de esta conducta, al igual que otras muchas actividades auto y héteroagresivas disociadas, es múltiple y pudo ser en parte analizada. Para el presente trabajo vale la pena recoger las interpretaciones que le fuimos confirmando a partir de la declaración de una de sus fantasías al respecto: Prefiere que «el que va detrás» pare la caravana y ésta «no se destroce o arrastre al todo-terreno»... A pesar de que sabe los graves accidentes que puede provocar...

Creo que ahí me estaba haciendo una declaración de su agresividad contra «el que está aquí detrás, en este viaje». Es como si dijera: «Yo tiro adelante y, si me pasa algo, ya me lo cogerá o cuidará el doctor». Aunque su actuación, en parte incontinente y en parte directamente agresiva, le produce angustia. Pero no es capaz de dominar esa parte suya que tiene que evacuar-actuar o que puede actuar la agresión destructiva de forma tan disociada. En buena medida, como en otros aspectos de su vida mental y relacional, desea que esa angustia «se la recoja el doctor», pero también, que «caiga quien caiga»...

Para terminar, desería aportar alguna ilustración en sentido contrario a las anteriores: de pacientes en los cuales el «funcionamiento borderline» supone un grado de integración mental mayor de lo habitual en ellos. Muy resumidamente, recordaría aquí una situación acaecida en el trascurso del tratamiento psicoanalítico de una paciente esquizofrénica grave, que había sufrido varios brotes psicóticos.

Durante una sesión, le llegaron los ruidos producidos por unos albañiles que estaban trabajando en una terraza contigua al despacho. La paciente reaccionó con un silencio de varios minutos, al cual siguieron otros tantos de manifestaciones psicomotrices de intensa angustia, terror incluso... Era un período difícil del tratamiento, durante el cual sabíamos que había estimulado a la familia a que interrumpiera el tratamiento y a que me agrediera de diversos modos. Por eso no me extrañó demasiado su reacción de terror, las muestras de que a su organización «límite» de las últimas sesiones estaba siendo desbordada por las ansiedades psicóticas, confusionales primitivas y paranoides. Sentí que no iba a tener palabras para interpretarle lo que los dos estábamos viviendo, por lo que realicé tan sólo intervenciones «de acompañamiento». Bastantes semanas después pudo aclararme que lo que había sentido es que yo estaba de acuerdo con los que golpeaban en la terraza y que, de un momento a otro, iban a derribar la pared e irrumpir en el despacho para matarla. Que eso es lo que yo había acordado con ellos... En este caso, creo que la situación externa, añadida a la situación interna del tratamiento y sobre la base de un «funcionamiento límite» que la dominaba en los mejores momentos, hacían la agresión (incluso defensiva) imposible de ser vivida e integrada —salvo produciendo una desorganización psicótica del frágil equilibrio anterior.

Creo conveniente terminar aquí mi comunicación, con esta pequeña muestra de cómo en los casos más graves, fronterizos o psicóticos con momentos fronterizos en su funcionamiento, resulta a menudo bien difícil descifrar las características (funciones, objetos y cualidades) de la agresión y la agresividad. Y, sin embargo, sólo consiguiéndolo, al menos parcialmente, al menos de forma **suficiente**, podemos afianzar la siempre cuestionada continuidad del tratamiento psicoanalítico en este tipo de pacientes.

Referencias

- Abraham, K. (1924). *Psicoanálisis clínico*. Buenos Aires: Paidós.
- APA (1995): *Manual estadístico y diagnóstico de los trastornos mentales-IV.(4a edición)*. Barcelona: Masson.
- Bergeret, J. (1974). *Manual de Psicología Patológica*. Barcelona: Toray-Masson.
- Bion, W.R. (1970). *Atención e Interpretación*. Buenos Aires: Paidós, 1974.
- Bodner, G (1996): Agresividad: Impulso, afecto y estructura mental. Barcelona: Comunicación presentada en el Institut de Psicoanàlisi de Barcelona (marzo de 1996).
- Bofill, P. y Tizón, J.L.(1994). *Qué es el psicoanálisis: Orígenes, temas e instituciones actuales*. Barcelona: Herder.
- Bucci, W. (1997). Symptoms and Symbols: A Multiple Code Theory of Somatization. *Psychoanalytic Inquiry* 17,2: 151-173.
- Carstairs, K. (1992). Paranoid-Schizoid or Symbiotic?. *Int.J.Psycho-Anal.* 73:71-85.
- Diamant, I. (1997) The theory of mind in the borderline patient and its relation to the question of lying. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 11: 159-171.
- Erikson, E.H. (1963). *Infancia y sociedad*. Buenos Aires: Paídos, 1970.
- Fonichel, O. (1966). *Teoría psicoanalítica de las neurosis*. Buenos Aires: Paidós.
- Fonagy, P. y Higgitt A. (1990). A developmental perspective on borderline personality disorder. *Revue Int.Psychopathologie* 1: 125-159.
- Freixas, J. (1997). *Psicopatología Psicoanalítica*. Barcelona: Columna.

- Freud, S. (1926). Inhibición, síntoma y angustia. En *Obras Completas*, Buenos Aires: Amorrortu, OC 20.
- Gabbard, G.O.(1994). *Psychodynamic Psychiatry in Clinical Practice: the DSM-IV Edition*. Washington: Amer. Psych. Press.
- Green, A. (1997). Le chiasme (partie II): Prospective, les cas-limites vus depuis l'hystérie. Rétrospective, l'hystérie vue depuis les cas-limites. *Psychanalyse en Europe* 49: 28-70.
- Grinberg, L. (1997). Les affects douloureux dans les états-limites. *Psychanalyse en Europe* 49: 57-70.
- Hartocollis, P. y Lester, E.P. (1982). New directions in affect theory. *J.A.P.A.* 1: 197-213.
- Hernández, V. (1984). La personalitat «borderline» i el criteri de realitat. *Revista Catalana de Psicoanàlisi* 1,2: 33-44
- Hernández, V. (1991). *Patologia narcisista i «borderline»*. Barcelona: Fundació Vidal i Barraquer.
- Horowitz, M., Marmar, C., Krupick, J., Wilner, M., Kaltreider, M., y Wallerstein, R. (1984). *Personality styles and brief psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Horowitz, M.(ed.)(1991). *Hysterical Personality Style and the Hysterical Personality Disorder*. Londres: Aronson.
- Izard, C y Buechler, S. (1979). Emotion expression and personality integration in infancy. En C. Izard (comp.). *Emotions in personality and Psychopathology*. Nueva York: Plenum Press.
- Kaplan, H.I., Sadock, B.J. y Grebb, J.A.(1994) *Synopsis of Psychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins (7a ed.).
- Kennedy, H.G. (1992). Anger and Irritability. *British J. Psychiatry* 161: 145-153.
- Kernberg, O. (1975). *Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico*. Buenos Aires: Paidós, 1979.
- Kernberg, O. (1983). Self, yo, afectos, pulsiones. En M.S. Mahler, O.F. Kernberg et al. (eds). *Diez años de psicoanálisis en los Estados Unidos*. Madrid: Alianza (pp 358-378).
- Kernberg, O. (1994a). *La agresión en las perversiones y en los desórdenes de la personalidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Kernberg, O. (1994b). Hatred as a Core Affect of Aggression. Lecture at the *25th Margaret S. Mahler Symposium on Child Development*, Philadelphia, 30 de abril de 1994. Barcelona: Institut de Psicoanàlisi (polic.).
- Klein, M. (1946). Notas sobre algunos mecanismos esquizoides. En *Obras Completas*, Vol. 3 (pp. 10-33). Buenos Aires: Paidós.
- Laplanche, J., y Pontalis, J.B. (1981). *Diccionario de psicoanálisis*. Barcelona: Labor.
- Lieberman, D. (1976) *Comunicación y psicoanálisis*. Buenos Aires: Alex.
- MackKinnon, R.A. y Michels, R. (1971). *Psiquiatría clínica aplicada*. México: Interamericana.
- Mercuel, A. et al. (1997). Sémiologie des conduites agresives. *Encycl.Med.Chir.Psychiatrie* 37114-A-50. Paris: Elsevier.
- Millon, T. y Everly, G. (1994): *La personalidad y sus trastornos*. Barcelona: Martínez Roca, 1994.
- Moser, A. (1997). Une o plusiurs psychanalyses pour comprendre l'hystérie et les états-limites. *Psychanalyse en Europe* 48: 64-84.
- Moutin, P. y Lafon, B. (1983). Sémiologie des conduites agresives. *Encycl.Méd.Chir., Psychiatrie* 37114 A50, 7-1983.
- Ogden, Th. (1992). Desórdenes disociativos severos. *Psicoanálisis*, APdeBA 14,2: 397-406.
- OMS-WHO (1992). *CIE 10: Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Paz, C. (1994). La realidad en las estructuras borderline. En *Libro del XIX Congreso de la Sociedad Española de Psiquiatría*. Madrid: ELA.
- Rupprecht-Schampera, U. (1997). Un modèle comúne pour toutes les hystéries: de la relation entre l'hystérie névrotique et l'hystérie borderline. *Psychanalyse en Europe* 49: 47-57.
- Steiner, J. (1994). *Replegaments Psíquics*. Barcelona: Columna.
- Tizón, J.L. (1973). Los pacientes «liminares» y algunos aspectos de la problemática epistemológica de la psiquiatría. *Actas Luso-Españolas de Neurología, Psiquiatría y Ciencias Afines* 1, 6: 751-766.
- Tizón, J.L. (1995). *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona: Bibliària (4a ed.).
- Tizón, J.L. (1996). *Componentes psicológicos de la práctica médica*. Barcelona: Bibliària (5a edición).
- Tizón, J.L. (1997). Self-sensuality in fantasy: Reflections on early development based on a case history. *Int.J.Psycho-Anal.* 78: 307-325.
- Tizón, J.L. (1999). Modelos psicoanalíticos para la Hipocondría. *Archivos de Neurobiología* 1999; 62,2: 99-123.

Tizón, J.L. (2000a). Psicopatología relacional de las Psicosis: Apuntes para la fundamentación del tratamiento psicológico de los trastornos psicóticos. *Rev. de Psicopatología y Psicoterapia*, 20, 44: 25-78.

Tizón, J.L. (2000b). Reflexiones sobre «la psicopatología» a partir de la clínica psicoanalítica. *Revista de Psicoanálisis de la Asoc. Psicoanalítica de Madrid*, 32: 159-183.

Tizón, J.L. (2000c). El tratamiento de la relación fóbica-evitativa: Desde la Psico(pato)logía Psicoanalítica hasta la Atención Primaria a la Salud Mental. En Grupo de Psicoterapia analítica de Bilbao (GPAB) (ed.): *Las Fobias*. Bilbao: GPAB.

Tizón, J.L. (en prensa). La historia como organización o estructura relacional: una perspectiva psicopatológica.

Notas del autor

¹El trabajo incluye algunos textos de la comunicación presentada en el «VI Congreso Ibérico de Psicoanálisis» (Lisboa, 30 de octubre a 1 de noviembre de 1998).

²Psicoanalista, Psiquiatra en Atención Primaria, Psicólogo. Dirección: Lauria 130, 11 30. 08037-Barcelona. musm01@sapbcn.scs.es

³En el trabajo estoy intentando utilizar un concepto «epistemológicamente fuerte» de estructura: aquél que la define como una totalidad articulada de elementos o subsistemas, cuyas propiedades de conjunto son diferentes a las de la suma de sus elementos, dotada de leyes de transformación y de retroacciones que las mantienen y de la propiedad emergente de la equifinalidad. Tal definición es aplicable tanto a estructuras reales o materiales como a estructuras formales y modelos, como es el caso que nos ocupa.
