

Publicado en: Längle A (2017) ¿Sin sentir? - ¡No soy! Del desesperado intento del ser humano por poder vivir (Borderline).

En: Análisis Existencial 34, 1, 4-18

**¿Sin sentir...? ¡No soy!
Del desesperado intento del ser humano por poder vivir**
Alfried Längle

Abstract:

En este trabajo se pretende descubrir fenomenológicamente el núcleo del ocurrir-borderline. Para esto se describe el trastorno inicialmente desde una visión sinóptica en el nivel sintomático y entendido como trastorno relacional hacia dentro y fuera. Un acceso fenomenológico al padecer de los pacientes borderline muestra, en la profundidad de estas personalidades impulsivas, intensivas e inestables, un dolor insoportable, relacionado con la pérdida interna del sí-mismo. El fenómeno de lo borderline se muestra como una escisión fundamental, acompañada por una vivencia hendida del mundo. Desde esta tensión se hace comprensible que la rebelión de la defensa psicodinámica sea imprescindible para la sobrevivencia. Esta dinámica solo puede ser reducida lentamente a través de la terapia, debido a lo amenazante y doloroso de las estructuras yoicas faltantes y dañadas, y ser reemplazada por una conducta progresivamente personal. Finalmente se presentan rasgos fundamentales del tratamiento de la problemática específica del acontecer borderline.

Palabras clave: Borderline, psicodinámica, análisis existencial, escindir, terapia

**Whithout feeling?
I am not here!
On human's reaching out for live**

Alfried Längle

The task of this work is to phenomenologically uncover the core of Borderline. In order to achieve this, the disorder is first described on the level of symptoms in an overview and understood as a relationship disorder both inwardly as well as outwardly. A phenomenological approach to the specific suffering of Borderline patients reveals, in the depth of this impulsive, intense and unstable personality, an unendurable pain connected to the inner loss of self. The phenomenon of Borderline proves to be a fundamental being split accompanied by a split experience of the world. In this tension, the rearing up becomes comprehensible as a psychodynamic struggle essential for survival. Due to the painfulness and threat of these lacking and injured ego-structures this dynamic can only slowly be dismantled in therapy and replaced by increasing personal behavior. Finally, main features of treatment of the specific problems of Borderline happening are presented.

Keywords: Borderline, psychodynamics, Existential Analysis, Splitting, therapy

Borderline es un término técnico progresivamente más corriente también entre legos. Generalmente se asocia a algo difícil o amenazante, que incluso entre terapeutas¹ puede suscitar temores y ambivalencias. Tanto más importante es tener una comprensión de los procesos internos, ya que ésta aminora el temor y puede llevar a un mejor trato con las personas que viven este padecimiento.

El análisis existencial con su modelo estructural y el acceso fenomenológico puede hacer una importante contribución a esto. Partiendo del nivel de los síntomas se elabora una comprensión de borderline como trastorno relacional y se vincula con la profunda vivencia de dolor de los pacientes. La comprensión de las contra-reacciones psicodinámicas y de los rasgos fundamentales del proceso terapéutico, permiten entonces hacer de puente hacia la práctica terapéutica.

1. El problema de borderline y sus síntomas

Como problema central de elaboración en el acontecer borderline, se impone la *falta de acceso de los pacientes a ellos mismos*, como se expone más abajo. Los pacientes no pueden asirse, “no se tienen” desde sí mismos – en el AE se comprende esto como un *déficit en la tercera dimensión de la existencia*, la dimensión del ser-uno-mismo (Längle 2016). Psicopatológicamente se habla en un hallazgo como éste, de una debilidad de las estructuras yoicas². El Yo no está capacitado para acceder en forma continua y confiable a su propia esencia, es decir, al ser-persona (comp. con la relación Yo y Persona Längle 2014; Dorra 2014; Kolbe 2014; Steinert 2014). Esta debilidad estructural del Yo impide que el que sufre de borderline se acerque a su ser y a su vivenciar interno. El paciente se pierde en su esencia y se vivencia preso en un modo lejano a su persona, psicodinámico, que no solo es rico en conflictos, sino también existencialmente insatisfactorio. Por esto, los afectados buscan como contra-reacción, incentivos, estímulos externos. A raíz de la dificultad de superar la considerable distancia y el umbral internos, necesitan estímulos *intensos*.

Depender de estímulos externos es algo que todos los trastornos de personalidad extrovertidos tienen en común: el paciente histriónico necesita público, el narcisista objetos y admiración, el para-existencial metas, el paranoide observadores, el antisocial una comunidad ordenada y poseedora (Längle 2002). Todos ellos operan con lo “externo”, para estabilizar la fragilidad en el interior.

¹ Para facilitar la lectura se usa aquí el masculino genérico.

² Las estructuras del Yo son habilidades específicas del ser humano, que le permiten ser capaz de ser él mismo; que le dan a la vida el carácter de yoicidad. En el AE denominamos así las habilidades: auto-consideración, ser justo consigo mismo y ser capaz de valorarse. Estas tres habilidades centrales del ser humano en el trato interno consigo mismo, desde el punto de vista del desarrollo psicológico, son producidos (“inducidos”) desde afuera. A continuación deben ser construidas internamente en forma independiente, para llegar a ser una personalidad auténtica y eficaz. Este poder-ser-yo permite luego el poder-ser-persona porque logra asir lo propio con ayuda de estas facultades.

¿Qué es entonces lo específico del paciente borderline? ¿Qué estímulos necesita, o bien, qué le cuesta más – y por qué justamente eso? Si entendemos esto, podemos acercarnos a la dinámica específica del acontecer-borderline y encontramos puntos de partida para su tratamiento. Pero primero se deberá echar una breve mirada a los síntomas en que se manifiesta el trastorno.

La formación de síntomas

En el DSM 5 se describe el acontecer- borderline como un trastorno, que tiene problemas en el desempeño de las “funciones de personalidad”: los afectados tienen un mal trato consigo mismos, apenas una autoimagen y no poseen orientaciones ni metas, y con esto, naturalmente, a su vez un mal trato con los demás, ninguna empatía y relaciones inestables y conflictivas, siempre combinadas con el temor a ser abandonados. En esta nueva interpretación es interesante para el AE, que el cluster (agrupamiento) tosco de los síntomas sigue un modelo básico, como lo tenemos en la comprensión analítica-existencial del ser humano como un ser doblemente relacionado (Längle 2016, 57f).

A esto se agregan rasgos específicos de personalidad, a los que remite mayormente el ICD 10: la inestabilidad de los sentimientos (muchas angustias y también tendencia depresiva) y carencia de control impulsivo, muchas veces acompañados por conductas violentas, que frecuentemente se asocian con conductas autodestructivas e intentos de suicidios. En resumen, en la sintomatología borderline se trata de estructuras *intensivas, impulsivas, inestables y destructivas*.

2. El fenómeno borderline

A continuación se tratará de acercarse lo más posible al vivenciar doloroso de pacientes borderline y de entenderlos desde su interior. El método elegido para esto es la fenomenología hermenéutica (Heidegger 1927; Längle 2016,127ff), en la que los terapeutas mismos se dejan tocar de tal manera por el vivenciar de los pacientes borderline³, que logran encontrar el acontecer interno del que está al frente en lo esencial en ellos mismos y pueden entenderlo.

2.1 El trastorno borderline es trastorno de relación

Como temor principal de los pacientes se considera en general el de ser abandonados. ¿Pero por qué desarrollan estos pacientes ese miedo, que en los otros trastornos de personalidad extravertidos casi no aparece? Aquí se trata por un lado de un temor realista, por otro, por un temor exagerado, debido al dolor existente y las carencias específicas. Este temor es realista, porque estas personas no pueden realmente entrar en

relación, ni internamente con ellos mismos, ni externamente con el otro, con el que no pueden empatizar. Sobre la base de esta incapacidad, el temor es totalmente realista, de que se comportan de tal manera, que provocan ser abandonados.

Aquí se cristaliza lo específico del trastorno borderline: *La debilidad del Yo se manifiesta más que nada como debilidad de relación.*⁴ Referencia a otros recién es relación, cuando es sostenida por el *sentimiento*. Justamente eso es lo que esta persona con trastorno borderline no puede realmente: estar en relación sintiendo. Y es que nuevamente falla en ambas direcciones: ni hacia otros, ni hacia sí mismo logra estar relacionado desde su interior. Pero cuando se encuentra en una relación interpersonal, experimenta un cierto alivio de este déficit, porque comienza a sentirse a sí mismo. Pero este vivenciar inicial de "Yo" no proviene del interior, sino de la fuerza de la relación con otra persona. Sin relación no vivencia su Yo. En vez de eso solo vivencia el vacío, la sordera interna, el déficit del Yo. Entonces la vida es sin brillo e impasible. Es decir, cuando pierde la relación externa, se disuelve su Yo. Desaparece y se queda como sin Yo y solo está impersonalmente presente. Ya no existe, porque no siente, porque no se siente.

Por eso busca relaciones interpersonales con toda su fuerza. Porque en la relación fluye la vida,

Allí hay algo que sentir, y a la luz de ello, le aparece su Yo. Además hay en la relación alguien al frente, que tiene un Yo propio, que puede ser para él un punto de cristalización para su Yo débil e inestable. Esto procura inicialmente alivio, pero de este modo naturalmente depende de relaciones en el exterior. Y así se hace comprensible, que la pérdida de relación es vivenciada realmente como mortal. Porque su Yo aparece como un *holograma* en la luz láser del otro y se disuelve en nada, cuando la luz se apaga.⁵

La relación es vital para el paciente borderline. Con ésta todo el acontecer adquiere una tremenda *intensidad*. Impera una verdadera avidez por la vida, que no conoce límites. Tal como un niño que está hambriento se llena demasiado el plato, el paciente borderline busca en exceso lo que más ansía, la relación. En su avidez no engulle y busca lo adecuado, lo sano, de manera que el efecto se tiene que volcar antes o después en lo contrario, como al vomitar después de demasiada o nociva comida. Pero cuando la avidez queda insatisfecha y él no consigue lo que busca desesperadamente, lo siente como una amenaza vital, lo que conduce a agresión, reproches y odio a sí mismo. Detrás de estas reacciones masivas queda oculto lo que realmente busca, es decir, el sentimiento: *porque siento la vida, me siento a mí*. Con eso se tendría, aunque solo en apariencia. Cuando tiene la relación y el sentimiento, se *aferra* a ellos con toda su fuerza. Quiere relaciones seguras, intensivas; naturalmente se aferra p.ej. también a su terapeuta, lo quiere tener constantemente a su disposición. Pero esta demanda se muestra también en otros

⁴ Respecto al efecto recíproco entre relación y desarrollo del trastorno borderline de personalidad se encontró, que personas ligadas en forma insegura corren mayor riesgo de rasgos de personalidad desadaptativos del trastorno borderline (Leichsenring et al 2011; Buchheim 2011).

⁵ En el lenguaje del AE podemos decir, que la 2ª MF sirve de compensación, y ofrece un intento de solución para el sufrimiento en la 3ª MF.

ámbitos de la vida y de este modo busca todo lo que topa con la vida y podría configurar un poco el Yo: relaciones, Kicks como drogas, cercanía, vivencias corporales, también dolor como cortes...

El sufrimiento borderline es un desbocarse necesario⁶, para poder llegar, *agarrando la vida*, a un Yo (*sustituto*). Por eso es que los afectados son hipersensibles y prácticamente heridos en el nervio más profundo – y por eso reaccionan consiguientemente en forma tan brusca y agresiva – cuando se corta o pelagra el hilo a la vida. Entonces se afecta en el paciente borderline no solo un aspecto del Dasein, sino que es para él un acontecimiento total, abarcador, que lo hiere en lo más profundo: su *Yo se disuelve*, él ya no existe, se pierde a sí mismo, está como muerto en vida.

El trastorno de personalidad borderline es, en resumen, bajo puntos de vista existenciales, un sufrimiento en que el *trastorno del auto-encuentro* se origina especialmente debido al *trastorno actual de la vivencia de las relaciones y sentimientos* (sentimientos vitales), lo que está asociado a experiencias biográficas correspondientes anteriores (ver abajo). Por eso, a la inversa, se busca el encuentro con el sí mismo mediante el vivenciar de relaciones y la búsqueda de sentimientos vitales (“Kicks”). De ellos se espera una compensación, porque el sufrimiento también partió de allí y perdura actualmente.

Sufrimientos vividos y carencias conducen a una debilidad del Yo, que le dificultan o impiden al paciente borderline, llegar a sus sentimientos. Por esta combinación de la 3ª y 2ª MF “*no se tiene (3ª MF), porque no se siente (2ª MF)*”. Sobre esta base se origina una fuerte dinámica e inestabilidad en el vivenciar de las relaciones. Porque no es capaz de extraer sus sentimientos en forma autónoma desde sí mismo a través de pensamientos, diálogo interno o imágenes y tampoco se puede sumergir en una situación. No tiene “objetos internos seguros”. Tampoco se puede identificar con otros, no puede “mentalizar”. No tiene una imagen estable de sí mismo (3ª MF) y debido a eso tampoco tiene una imagen estable de relaciones seguras, sustentadoras, que en ausencia de la persona real podrían mantenerla. Esto conduce a otras dificultades en la configuración de relaciones. La inestabilidad no solo afecta las relaciones con otros, sino también la *imagen* del paciente de *sí mismo*. El vivenciar y la conducta están marcados por una gran carencia, que produce un estado de necesidad insaciable. Por eso se llega fácilmente a la *adicción*. La adicción va al encuentro de la carencia-borderline específica, porque en la adicción se trata de exigir más de la vida. Es un vivenciar sin fondo, acompañado por una gran avidez que no se satisface, sino que “sobre-engulle” una y otra vez y aumenta la dosis, como ya se mencionaba arriba. Se podría hablar de una “*bulimia psíquica de estímulos*”, sin medida y que no se fija en lo *adecuado* (calidad), ni en la cuantía (cantidad).

A diferencia de la *depresión*, el paciente borderline *ataca la carencia en forma activa*. Al contrario de este trastorno más bien pasivo, el sufriente de borderline busca ávidamente la vida, mientras que el depresivo ya se ha apartado de la vida, porque no le parece

6

buena. Puede sorprender, que el paciente borderline, a pesar de su sufrimiento no se resigna y no se aparta de la vida, no se cansa de la vida y no siente la vida solo como una carga y sin esperanza, sino lucha sin tregua por la vida, a pesar de que siempre se le vuelve a desaparecer.

Su intento de poder encontrarse con ayuda de todos los medios que prometen vida y pueden despertar sentimientos, va acompañado por una *pérdida de capacidad de distanciarse*. De lo que vivencian, pueden distanciarse con dificultad, de modo que una conversación sobre ello *en* la situación no es posible en absoluto y *después* de la situación ya no es siempre posible. Justamente en esta forma de vivenciar incapaz de distanciarse, se fundamenta lo incomprensible de la vehemencia de la dinámica borderline. Pero ésta es una característica de los trastornos de personalidad en general, que algunas situaciones, también las que parecen neutrales, representan una amenaza incomprensiblemente grande, que conduce a un desplome inmediato de las funciones yoicas. Para evitar los peligros y dolores de estas irrupciones se activan las violentas reacciones de coping, sobre las cuales, por su violencia, el afectado ya no tiene control.

2.2. ¿De dónde provienen los déficit estructurales del YO?

Los déficit de la estructuración del Yo se producen por una compleja interacción de condicionantes genéticos y experiencias en el intercambio con el mundo (comp. también Buchheim 2011, 167). En principio siempre son estas estructuras, que se encuentran en el fondo de los trastornos de personalidad:

1. Predisposición, disposición innata.
2. Traumatisaciones, sufrimiento psíquico y privación
3. Experiencias de aprendizaje, que configuran las reacciones de coping.

Ad 1.) Predisposición, disposición innata:

La observación de personalidades borderline muestra frecuentemente una debilidad, o bien, incapacidad de mantener, sin ayudas externas, la referencia a sí mismo en forma constante. Se vuelve a encontrar siempre el fenómeno del *"fading"*, del desaparecimiento y desvanecimiento de la referencia interna, que al paciente le cuesta percibir. Percibir este perderse a tiempo debe ser previamente aprendido, pero frecuentemente no se convierte en un percibir duradero, natural.

Este tipo de observaciones y también otras, de rasgos borderline que aparecen ya en la infancia, señalan una proporción individualmente distinta de *una debilidad innata (disposición) en el control de los afectos*, o bien, en las *funciones del YO*.

Como comprobante de la alta proporción genética en la personalidad borderline (BPS) se considera el estudio de mellizos de Torgersen et al. (2000), en que los factores genéticos explican cerca del 69% de la varianza. En este estudio se compararon los índices de concordancia de 92 mellizos mono-cigotos y de 129 di-cigotos, de los cuales uno presenta los criterios para un trastorno de personalidad.

Un estudio chino de mellizos dio resultados comparables: el índice de herencia se situó para cluster B trastorno de personalidad en 65%, pero los borderline no se tomaron por separado (Ji et al., 2006). En un estudio noruego más reciente sobre mellizos, Kendler et al. (Kendler 2009) llegaron al resultado, que los trastornos de personalidad se deben en 20-41% a factores hereditarios. En este estudio se pudo demostrar, que los cluster de personalidad A, B y C están menos predispuestos genéticamente y, en vez de ello, están sujetos a factores ambientales específicos. En relación a trastornos de personalidad se identificaron tres factores genéticos relevantes: el primero es inespecífico y marca una vulnerabilidad para el desarrollo de un trastorno de personalidad, el segundo factor tiene influencia sobre el origen de un trastorno de personalidad borderline y el trastorno de personalidad antisocial, el tercer factor es relevante en lo concerniente a trastornos de personalidad esquizoides y evitadores. Hasta hoy hay pocos estudios en mellizos, que investiguen la transmisión hereditaria del trastorno borderline. Aunque los resultados difieren unos de otros, señalan hacia la misma dirección y no dejan duda, de que el trastorno borderline posee una parte genética importante. También se pudo comprobar, que las características de personalidad subyacentes al trastorno borderline, son heredables. (Livesley et al., 1998; Livesley & Jang, 2008).

A 2.) Traumatizaciones, sufrimiento psíquico y privación

Para el desarrollo de los trastornos borderline deben ser observadas traumatizaciones específicas, sobre todo traumatizaciones en las relaciones. Las más importantes son:

a. Crecer en ambientes de tensión. Los pacientes relatan frecuentemente situaciones, en las cuales otras personas determinantes se han comportado en forma contraria y contradictoria frente a ellos. Lo que una de las personas importantes consideraba bueno, la otra lo reprobaba y castigaba; lo que para una persona en el momento era correcto, en otro era erróneo. Lo que hacia afuera se defendía, hacia adentro no se vivía (p.ej el rechazo de la violencia). Se sentían como en un carruaje con dos caballos, que tiran en distintas direcciones.

b. Dolor por pérdida de relación, o bien, carencia de relación:

Muchas de las experiencias dolorosas de pacientes borderline tenían relación con el abandono. Vivenciaban que eran arrancados de sí mismos, porque emocionalmente se sentían uno con el otro (fundidos simbióticamente). Por eso es que el paciente también se pierde en la actualidad, cuando el otro se va. Con la partida del otro, se lleva también su yo y solo queda la envoltura vacía. Este es un dolor indescriptible, porque es como si “fuera separado en vivo de sí mismo”.

Pero a menudo los pacientes vivencian una *armonía aparente* en relaciones, que sienten como hueca y engañosa y que, por lo tanto, tampoco es confiable. Demasiadas veces han experimentado ya el dolor de ser abandonado, por eso se protegen de él y se aíslan.

c. Padres que no logran acoger bien los sentimientos infantiles: Los pacientes experimentaron a menudo, que sus afectos infantiles no eran bien acogidos por los padres y por eso no fueron “des-envenenados” en su efecto patológico. En vez de vivenciar que

sus sentimientos abrumadores fueran contenidos y se les enfrentara en forma tranquilizadora, recibían voluntariedad, amenaza o una actuación de falsa realidad, de modo que se sentían como en la “película equivocada”.

d. Premio de adaptación: El lema en las familias era múltiple: “Si estás tranquilo y no necesitas nada, eres bueno. Si necesitas algo, eres malvado y malo”. Las relaciones vividas estaban marcadas por manipulaciones y doble-vínculos.

e. Dolor por violencia: Más que nada en las primeras y más estrechas relaciones, se encuentra regularmente violencia en la biografía de los pacientes borderline. Las lesiones ocurren por cercanía no respetada, como p.ej. abuso por personas de referencia, relaciones familiares hirientes, violación, limitaciones de libertad, etc. 25-70 % de los pacientes sufrió abuso sexual, pero también la violencia física produce traumatizaciones masivas (30-40 % de los pacientes sufrieron maltrato corporal) (Herpetz & Sass 2011, 39).

Otras fuentes reportan que el 65% de los afectados experimentó violencia sexual, cerca del 60% violencia corporal y cerca del 40% abandono (Bohus & Schmahl, 2007). Con esto queda claro, que factores psicosociales agravantes juegan un rol central en la etiología del trastorno borderline de personalidad. Está empíricamente demostrado, que la gravedad del trastorno borderline se correlaciona con la gravedad de la traumatización sexual (Zanarini et al., 2002; Silk et al., 1995). Pero esto no implica, que abuso sexual o la existencia de un trastorno post-traumático representen una condición necesaria o suficiente para el desarrollo de un trastorno borderline o que el trastorno borderline represente una forma crónica de un trastorno post- traumático, como postulaban algunos clínicos (p.ej. Driessen et al., 2002).

Debido a la anestesia del dolor vivido, los afectados ya no se encuentran en el sentimiento propio y, por eso, luego tampoco se encuentran a sí mismos como personas. Otros temas de la 2ª y 3ª MF, como lesiones de la libertad o desvalorizaciones, aparecen, cuando estas traumatizaciones son tocadas consciente o inconscientemente.

Ad 3.) Experiencias de aprendizaje, que estructuran las reacciones de coping:

Los déficit en la estructuración del Yo, que se basan en procesos de aprendizaje, están fundamentados principalmente sobre dos rieles: Por un lado, los afectados aprenden de su propia experiencia del *éxito* de sus reacciones, que obtienen más fácilmente lo que desean, cuando reaccionan de nuevo según un cierto patrón (tipo borderline), porque produce una protección o incluso una dominancia en el entorno.

Por otro lado aprenden del *entorno*: cuando niños o adolescentes no recibieron instrucciones, o bien, no tuvieron ejemplos que pudieran transmitirles una auto-referencia constante. La atmósfera familiar estaba marcada más bien por un trato prosaico, explotador, funcional con los otros y consigo mismo – muchas veces solo comprometido con el ideal de la conveniencia. Junto a esta cruda objetividad era totalmente habitual una carencia de cuidado y preocupación por los demás y por sí mismo.

2.3 El dolor desgarrador

2.3.1 La débil vida interna

Estando sola, la persona con un trastorno borderline está muy desamparada en su vida interior, comparable a un niño perdido, solitario, cuando no recibe apoyo desde afuera. Porque desde sí misma, sola, no se siente. Casi no siente un contacto con ella misma, y así se pierde. Entonces su interior queda *mortalmente vacío*. - ¿Qué sentimiento está en la base de este proceso? ¿Cómo se vivencia la persona borderline a sí misma?

En un nivel más bien superficial de observación, el afectado se percibe como internamente sordo y vacío, porque desde sí mismo no se puede vivenciar, sino necesita el exterior. Junto a este *sentimiento de sordera* y el vacío interior, siempre está presente también una *tensión*. Este contraste atraviesa toda la vida interior de la persona borderline. Nunca es unitaria, siempre tiene que verse con dos polos opuestos, que producen en ella una tensión y un *desgarramiento* interno.

En una capa inferior se encuentran las tres causas de los déficit de la estructura del Yo: la disposición (vive con el sentimiento: “así soy”); las experiencias traumáticas y los procesos de aprendizaje, que juntos dan origen a la historia vital sentida. Bajo el vacío aparente y en medio de la tensión, se esconde un gran *dolor*. Este procede en su origen de la experiencia del no-ser-percibido y no-ser-visto como persona, como lo que es (3ª MF). Los pacientes apenas sintieron empatía y compasión, sino más que nada un trato no unitario y contradictorio, unido a violencia (2ª MF), opresión de lo propio, ser hecho compañero de juego (3ª MF), retiro de la realidad (1ª MF), pérdida de orientación (4ª MF) etc..

2.3.2 La raíz más profunda es el dolor

Todo esto topa con la disposición sensible y luego es recogido por las reacciones de coping protectoras. Su intervención exitosa encierra las vivencias dolorosas en forma tan poderosa, que el dolor queda enterrado debajo y ya no se siente. Como causa más profunda del vivenciar borderline, debe considerarse por lo tanto el *dolor*. Es el dolor originario de lo sufrido, unido al dolor consecutivo de la pérdida de la *referencia a sí mismo*: a saber, no tenerse y no poder mantenerse ante sí en forma presente y sensible.

Desde el contenido fenomenal del vivenciar se hace comprensible el contenido del dolor. Consiste en que siempre tuvo que volver a vivenciar, que su ser-así – el que es y cómo es (3ª MF) – no es apreciado. Que experimentó demasiada poca cercanía benéfica, en la que se hubiese podido calentar (2ª MF). Y que sobre esta base de experiencias tampoco se aprecia a sí mismo. Por eso es tan difícil para él, porque confirma el sentimiento de no ser visto, no ser apreciado y no ser digno de ser querido – sobre la base de estas experiencias previas gravitantes, lo vivencia como mortal. Porque amputa los sentimientos hacia sí mismo y para los demás. ¡Pero quiere vivir! Por eso el dolor es tan pronunciado y moviliza tan masivamente las reacciones de coping.

Al mismo tiempo es tan alta la sensibilidad, que el dolor de la pérdida de referencia ya puede ser activado por pequeñeces, como cuando el paciente borderline participa de una sesión de equipo y no entiende algo. Inmediatamente aparece el dolor: “Yo no pertenezco a ellos, no me quieren, les doy igual.” Entonces sale y se corta. Ni siquiera debe ser un abandono, basta con que el otro se aparte, para que sienta, “tú me quitas a mí”.

Apartarse y ser abandonado es *más doloroso* que solo no ser aceptado. Cuando ocurre una separación dolorosa, siempre le antecede una relación que era sentida como positiva; por eso el dolor es mayor que si no hubiera existido relación. No solo que un abandono *desvaloriza* (aquí aparece la cercanía genérica con el narcisismo), sino que significa mucho más: porque le quita al paciente borderline la *referencia a sí mismo*. Siente que: “Tú me quitas a mí. Me pierdo totalmente y la vida dentro de mí se agota”. Porque necesitamos el sí-mismo para construir el Yo.

Si uno se aparta de él o lo abandona, el paciente realmente se *desmorona*. Entonces siente: “Estoy partido en dos, hendido, entonces ya no soy porque el Yo existe una sola vez, no dos veces o partido. Así me diluyo en los pedazos hendidos y pierdo el recipiente (el cuenco), que acoge la vida.” El sentimiento básico del vivenciar borderline es un ser hendido, rasgado internamente, que los clientes llevan constantemente dentro de sí. Este vivenciar se acerca al límite de lo *psicótico*.

El paciente se encuentra en extrema necesidad, porque el mantenerse unido no lo puede lograr desde sí mismo. Necesita otra *persona, que sea su recipiente* a través de la relación, para intuir un rudimento de un “Yo” y poder sentir vida. Pero aquí se esconde ya el peligro: porque si la persona es diferente a la imagen que tiene de ella, no puede ser el “recipiente” – se estaría entregando a lo “desconocido”. Más abajo se dirá más sobre esto. Pero de inmediato hace comprensible el *asirse*: porque desde sí mismo no se puede mantener unido y por ende necesita al otro, para poder ser.

Esto aclara, que al paciente borderline, con sus afectos intensos, inestables, explosivos y violentos no busca causar sensación, tampoco protagonismo, ni valoración, ni una vida totalmente desenfrenada o una orientación obstinada a una meta, como es en los trastornos histriónico, narcisista, antisocial o para-existencial, sino por contacto con la vida y por una relación con él mismo. Su lema es: “¡Yo soy [yo], cuando puedo sentir!” Su *necesidad* es: poder sobrevivir psíquicamente en la faltante relación consigo mismo, en esta ausente ligazón de los aspectos experienciales individuales, que no logra unir (de lo bueno y lo malo, lo inestable, impulsivo, etc.). Sufre porque (dentro de sí) no logra obtener un sentimiento para sí y, por lo tanto, no puede ser Yo. Pero está en un gran dilema. Porque si lograra obtener un sentimiento para sí, este gran dolor que lleva dentro, casi lo mataría. Por eso no debe desde su interior obtener un sentimiento para sí. También aquí existe nuevamente la escisión. Si tuviera un verdadero sentimiento para sí mismo y su vida, esto tampoco lo uniría, porque el dolor que sentiría sería insoportable.

2.3.3 Las relaciones deben producir alivio

Para aliviar su miseria, el paciente borderline busca entonces relaciones. Porque las relaciones producen sentimientos que son estimulados desde afuera, y por lo tanto, no

son tan amenazantes como el sentir propio. Sin embargo, así también depende del exterior y, por lo tanto, se debe “procurar” relaciones: se busca relaciones, aunque otros no tienen ninguna intención de involucrarse con él, los enreda de manera que no pueden salir. Lo intenta con el terapeuta, con el equipo terapéutico, en el lugar de trabajo, en la familia. Incluso cuando uno se involucra en una relación, rápidamente surgen enredos en que uno siente que ya no es libre en el trato con él. Uno se siente manipulado, empujado al rincón equivocado, culpado injustamente, se siente como “en la película equivocada”, porque no entiende lo que está pasando. El enredo se origina debido al carácter explotador y simbiótico de su forma de vivir las relaciones. No puede dejar ser al otro – sino solo usarlo. Para lograrlo, tiene una gran habilidad de buscarse relaciones con otros, quieran o no quieran: tienen que preocuparse por él.

Enredar es una forma muy hábil de relacionarse sin involucrarse. Por un lado consigue alivio y por otro lado construye, al mismo tiempo, una *auto-protección imponente*. Porque con esta forma especial de enredo tiene relación, pero a su vez mantiene al otro a distancia, de manera que no se acerca demasiado a él. Porque el otro, debido al enredo se preocupa inmediatamente de sí mismo, porque ya no sabe cómo pudo caer en la succión afectiva de la persona borderline. Así éste puede participar sin peligro de la vida interior del otro, como una sanguijuela desde una distancia protegida, lo que es, en realidad, vivir a costa del otro.

Esto tiene dos *consecuencias trágicas para la comprensión del Yo*, o bien, para la imagen del Yo. El paciente borderline confunde su Yo, ya sea con los afectos (a) o con las voces monologizantes internas (b):

a) Cuando surge un *estrés en la relación*, de inmediato se asocia un dolor intenso, que amenaza desgarrar su alma (porque toca todas las experiencias de ser abandonado, levanta la anestesia del dolor y lo arrebatada de sí mismo, de manera que su Yo se diluye). Si experimenta violencia o ruptura de relación, se acalora en extremo y moviliza todas sus fuerzas en contra. Cuando entonces es abandonado, se congela, porque en la escisión se separa todo de él. En el estrés de relación solo habla el dolor dentro de él, que está envuelto en psicodinámica. El inicio de vivencia del Yo, que la relación le había procurado anteriormente, continúa en la vivencia del estrés. Entonces eso es solo psicodinámica, solo dolor y protección vital, está inundado por el afecto, por las transferencias y proyecciones negativas. Como el paciente, de quien hablaba Markus Andermayr: “Si realmente está a mi lado, entonces ayúdeme, para que por fin pueda violar”. Eso lo siente como su Yo.

b) Cuando no hay estrés de relación o está solo, hablan dentro de él las relaciones externas recordadas (o sea aquellos Tú, en los que el Yo debió desarrollarse). Reemplazan a la persona y ocupan el lugar, donde debió ocurrir el *diálogo interno* (puede ser identificación proyectiva, o también simplemente un agarrarse y aferrarse al otro o continuar estando ocupado por el otro). Estas voces de los otros hablan dentro de él como si fuera el mismo, y no se puede defender de ello. El Yo débil no tiene nada que oponerles, es un monólogo en vez de diálogo. Así desarrollan una dictadura interna, porque el Yo como persona no funciona. A raíz de esto se origina inestabilidad, y el cliente oscila por ejemplo en las relaciones externas entre cariño y agresividad, entre sentimentalismo y

dureza, porque le falta el sentimiento para sí mismo, en el que podría (sintiendo con el otro), orientarse.

Aquí se agrega el dilema con el sentir, agravándolo. Para poder vivir una relación, se necesita el *sentir*. Pero sentir siempre es también sentirse a sí mismo. Pero el paciente borderline no se puede sentir a sí mismo. Y la relación con el otro solo la siente, cuando es *intensa*. La relación armónica no le entrega nada, su vida se rezuma en su estructura de personalidad desgarrada. Lo que de inmediato lleva nuevamente a contra-reacciones violentas.

Pero cuando aparece un sentir *propio*, no solo se acerca a sí mismo, sino también a su dolor. Esto lleva a una oscilación y a la mencionada inestabilidad: si logra escindir el dolor, también vuelve a desaparecer el contacto consigo mismo. Cuando no lo logra, la relación consigo mismo es insoportable.

Resumiendo se puede sostener que: el paciente borderline *tiene que sentir, pero no debe sentirse*. Así siempre está con el sentir y con las relaciones en un aprieto: cómo lo haga, no encaja. Está desgarrado y esta división atraviesa toda su vida interna. Esta división y el estar suspendido entre tener que sentir y no deber sentir, son expresión de su escisión.

2.4 El desarrollo del ser-hendido: el mundo partido, el sí-mismo partido y el Yo hendido

Ya ha aparecido reiteradamente el fenómeno del ser-hendido en la descripción del trastorno borderline. ¿Cómo es que ocurre este desarrollo? ¿Y qué reacciones de coping surgen de esto?

2.4.1 Escisión por contradicciones en el exterior: La escisión comienza en la percepción (fenomenológica) de la realidad *externa*, que es contradictoria y llena de ambivalencias y por lo tanto obstaculiza a la persona en su desarrollo del Yo, o bien, la destruye. Los mensajes contradictorios le dificultan o imposibilitan poder decidirse, saber lo que quiere o quién es. Aunque no se trata necesariamente de contradicciones abiertas o claras, sino de contenidos o bien mensajes fenoménicos, que le llegan desde el mundo de las relaciones. Estos se pueden resumir de la siguiente manera:

“¡Sé! (lo que significa “funciona, adáptate” o bien “te necesito para mí” – (3ª MF torcida) – “¡pero no debes vivir!”(denegación de la 2ª MF). ¡No debes recorrer *tu* camino a la vida! ¡No debes ser tú! (3ª MF) Esta auto-percepción (el sí-mismo social) ya está *hendido en sí* (¡Sé! – ¡pero no vivas!). En estos mensajes contradictorios se encuentra la forma originaria de la escisión. Los contenidos fenomenológicos internalizados, que provienen del ser expuesto a un mundo de relaciones en sí contradictorio (que en sí mismo es abusador y violento y pasa por alto las necesidades personales del niño), son el comienzo de la autoimagen no unitaria.

a) Ser escindido por la discrepancia entre la realidad externa e interna

La realidad autóctona interna (el auto-vivenciarse) se sitúa en el polo opuesto de la externa y, por eso agudiza el dolor del ser-escindido: allí está el sentimiento vital propio, interno, que se enfrenta con el mensaje externo: “¡Pero yo quiero vivir – quiero ser yo!” Esta realidad interna es continuamente hundida por la realidad externa: “Pero no debes confiar en ti. No debes ser como eres. No debes creerle a tu sentimiento. En realidad, ¡no debes vivir!” Y así, lo propio que va naciendo, siempre vuelve a ser destrozado por abuso y violencia.

La contradicción entre realidad externa e interna es la *escisión siguiente*, que se une al mundo escindido. Va acompañada por un rebelarse masivo, vital contra el ahogo de la vida. En este rebelarse se enraíza la *impulsividad*, que caracteriza la conducta del paciente borderline. El trastorno del control de los impulsos se puede entender como reacción a la experiencia más profunda: “¡Esto no me corresponde! ¡Eso no soy yo!” (3ª MF)

b) Constante tensión dolorosa

La consecuencia del ser escindido es: *Existe* como persona, está ahí y lo sabe – pero *no se puede sentir*. Existe una escisión interna.

Pero el paciente borderline *necesita* la relación externa, que frecuentemente es tan violenta y torcida, y que no le sirve para enrielar la relación interna. Por eso la acepta, pero al hacerlo está constantemente en tensión y temor. Porque por un lado depende de la relación externa, por otro lado conoce demasiado bien su efecto escidente. La combinación de tensión y miedo produce el “*estar cargado*”, que llena intensamente su vida interna. La relación que vive de este modo es de enredo, tanto con el mundo externo como también con él mismo.

Pero se encuentra en una ambivalencia con el estar cargado y así este estado lleva dentro de sí mismo otra escisión: por un lado lo necesita, por otro lado anhela deshacerse de él. Porque este estar cargado no solo es el resultado de la experiencia hendida, sino también un medio que le ayuda a sobrevivir. Lo necesita para una doble *función*:

- Permite *sentir vida*; es una realidad interna, que no le puede ser quitada. Esto la convierte en un elemento de estabilidad. Necesita esta reacción de coping para sobrevivir. El estar cargado es como un constante “Kick” interno.
- Al mismo tiempo es una *protección contra el dolor interno*, que se extiende sobre el dolor, parecido a un puente. En este estar cargado, el paciente siempre está ocupado con lo externo y las *relaciones*, no entra en conexión con su interior y su dolor. La rebelión está dirigida hacia afuera. No puede estar quieto dentro de sí, lo aleja de sí y su Yo débil cede (“acting out behaviour”). Bajo tanta presión no puede estar tranquilo y reflexionar sobre sí mismo y su vida. Y simultáneamente se siente a través de su tensión, está ocupado “consigo” (es decir con su tensión).⁷

⁷ A diferencia de los otros trastornos de personalidad de este grupo, como p.ej. el histérico, que está ocupado con el servido.

Se vivencia solo en la tensión que existe entre las partes escindidas dentro de él. Como solo puede vivir en la tensión, lleva esta tensión siempre consigo y la mete en todo. Esto tiene efectos en el entorno. La tensión de la división interna lo hace especialmente sensible a la dinámica entre las personas individuales en un grupo. Siente cada comienzo de diversidad y así, en su vivenciar, el grupo se le desmorona igualmente en estas dos partes. Como consecuencia *trata* a las personas en el entorno de manera diversa. Así transfiere su escisión interna y su tensión al grupo, que pierde su unión y hace una especie de “trabajo de montaje” para el paciente borderline y sus partes no ligadas. Aquí la escisión se usa activamente como una reacción de protección (reflejo de estar muerto), que debido a su escisión interna le es muy cercana. Siempre se activa, cuando el acontecimiento traumático primario es tocado, o sea, también independientemente de grupos.

Pero junto con la tensión también hay un *anhelo* de tranquilidad. Habría paz si lograra *fusionar* las partes dentro de sí. También aquí está esta escisión en la dinámica: necesita la tensión, pero a su vez desea redención. Este anhelo también se proyecta a las relaciones externas. Desea una unidad con las personas en el mundo externo, las quiere muy estrechamente unidas con él, como “soldadas”. Cuando logra esto, la relación se vuelve simbiótica. Esta fusión que diluye el sí mismo es la mayor felicidad para él.

¿Pero qué ocurriría, si la tensión disminuyera y él no se diluyera? ¿Con qué se toparía debajo? De inmediato se haría sentir el gran dolor interno, cuando cayera de esta tensión rebelde, comparable a si al sentarse topara con un clavo. “Deseo vivir, pero lo que he vivenciado y lo que me falta, no me deja ser yo y unirme; mi mundo no me permite llegar a la vida”, es su sentir.

El “clavo” representa el dolor de no poder estar consigo, no poder unificarse, no poder permanecer en relación consigo. Vivencia, cuan buena es la vida a veces, y luego, cuan dolorosa es. Y él no puede cambiarlo. Estar tan dividido internamente y nunca conocerse del todo, es un dolor abismal.

En resumen: Cuando uno se acerca *fenomenológicamente* a las biografías de los pacientes borderline, se topa con un “mundo dividido” (bueno o doloroso, es decir, estructurándolo o diluyéndolo) y con un “sí-mismo dividido” (dependiente de relaciones externas – pero un rebelarse internamente frente a ello; existir – pero no sentirse).

El vivenciar de fondo es el estar hendido. Ese es el “clavo” y el holograma. A eso corresponde su sentir, reaccionar y a menudo también su actuar: todo está dividido de comienzo.

Pero esto significa además, que la *escisión* en principio no puede ser considerada como *causa del origen* del trastorno borderline, sino como consecuencia del vivenciar fundamental más profundo, a saber, de un vivenciar *primario* de estar escindido. Solo a continuación se inserta también este vivenciar primario en situaciones de estrés, lo que debería corresponder a la concepción de Freud de escisión, según la cual, la “escisión del Yo no es suceso, sino consecuencia” (Kind 2011, 31; Freud 1940). Esta visión (también existencial-analítica) difiere entonces de la comprensión de Kernberg, según la cual en pacientes borderline, procesos de escisión de una fijación de la temprana infancia, que se movilizan activamente, determinan la patología. Esta comprensión fue una teoría

históricamente influyente, que permitía hablar por primera vez de una organización de personalidad borderline (comp. Kind 2011, 24, 26). La descripción fenomenológica no parte del desarrollo de estructuras defensivas, sino del vivenciar del mundo y de sí mismo. Como esta visión se deriva en gran medida de la observación fenomenológica, se la puede considerar independiente de una teoría.

Para finalizar este pasaje, quizás sea de ayuda la comparación con el vivenciar sano. La persona sin trastorno borderline puede mantener informaciones contradictorias dentro de sí y trabajarlas. El requisito para ello es, que pueda mantener la relación consigo mismo (2ª MF), pueda entrar en conversación consigo, mantenerse en contacto consigo y sostener una imagen de sí mismo (3ª MF). Debido a esto, permanece lo positivo de sí mismo en su resolución y su postura frente a sí mismo, a pesar del vivenciar contradictorio. No lo arrebató de sí mismo. Porque lleva dentro de sí el sentimiento profundamente anclado de haber *sido querido* como el que es.

c) Creación de imágenes, principalmente en el vivenciar de las relaciones

Otro elemento de los procesos borderline es una reacción de coping en el sentido del activismo. Sirve para superar la relación contradictoria con el mundo: por un lado, el cliente necesita el mundo para su formación del Yo. Por otro lado le falta una verdadera apertura para el mundo, debido a las estructuras yoicas deficitarias. El mundo es demasiado doloroso y vuelve a golpear siempre en la misma hendedura de la dolorosa escisión interna, cuando lo confronta con experiencias contradictorias en las relaciones. Como protección, comienza entonces a *reemplazar la percepción por imágenes*. Continúa como con el “cine” de una realidad simulada, que había vivenciado de niño. Vive con sus constructos, que cree son la realidad.⁸ Pero como no corresponden a la realidad, se puede constatar con razón, que los pacientes borderline no pueden *mentalizar* (Fonagy et al 2004). Con eso logran apagar lo molesto y negativo del vivenciar, porque se cubre con las imágenes. Porque en la imagen del otro, éste siempre tiene la misma opinión que él, siempre está para él, como lo desea, no tiene opinión propia que podría conducir a una protesta y anunciar una separación inminente... En sus imágenes, el mundo está en orden. Como reacción de coping, estas imágenes tienen un significado vital, porque representan una protección importante. Con todo el beneficio, también tienen un gran inconveniente. Rigidizan a la persona: porque ahora “no debe ser *diferente*” (3ª MF) a su imagen y así, como necesita la conducta del otro, porque le quitaría el apoyo, y fundamenta su sí-mismo sobre ella.

Ya vimos más arriba, que los pacientes borderline también usan la *escisión* como *reacción de coping*: todo lo que toca el traumático acontecer primario y podría golpear en las heridas antiguas, se escinde. Aquí se agrega una explicación adicional para la aplicación de la escisión, debido a la función de las imágenes:

⁸ Lo que, por lo demás, es un foco principal de la Transference Focussed Therapy (TFP): a saber, trabajar las representaciones torcidas de sí mismo y de los otros significativos (Doering et al. 2010).

Porque si la imagen construida es amenazada por la realidad, amaga la pérdida de organización interior. En concreto esto significa ante todo *pérdida de relación interna*. Esta tendría consecuencias de peso. Por esta desestabilización, se perdería la base del sí mismo y, sobre este puente, la conexión con la "realidad".

¿Cómo resuelve entonces el paciente borderline este problema? Imágenes construidas presentan la ventaja de que su construcción puede ser modificada. Por eso puede abandonar la imagen con relativa facilidad y crearse una *imagen en el polo opuesto* (satanizar o idealizar). Debe estar lo más alejado posible de la imagen actual amenazada, para que la realidad con certeza ya no pueda llegar a ser una amenaza. También debe ser eliminada en lo posible de toda relación existente, el molesto "otro real" debe quedar "como muerto". Si además nos imaginamos, que la configuración psíquica básica es la escisión, se hace evidente, que desde allí ya casi es imposible una reacción diferente: porque lo que no es positivo, debe ser negativo...

Estos procesos señalan claramente un paralelo a la psicosis con su pérdida de realidad. El trastorno borderline también es descrito como cercano a la psicosis (Freyberger 2011). Pero como todavía existe una referencia a la realidad fáctica (y no de relación), no llega a un desarrollo psicótico, sino que representa una especie de paso intermedio.

La formación de las imágenes es una *reacción a la pérdida de sí mismo en el mundo*. Porque como "no se tiene" a sí mismo, debido a la estructura yoica deficitaria y bloqueada, no logra llegar a la realidad del otro. Cuando se encuentra en relación con él, en el fondo no está con él, sino que está en contacto con la imagen de él. Hace del otro lo que necesita (allí se manifiesta lo manipulativo de la dinámica borderline). En lo que se refiere a relaciones, siempre está envuelto en sus imágenes y solo se acerca a la realidad, cuando concurren estímulos fuertes (kicks). Al mismo tiempo es hipersensible frente a pequeñeces, en los lugares en que está herido: una comisura de labios un poco chueca puede bastar para una explosión.

Como consecuencia *no puede soportar* que la realidad sea distinta a su imagen. No logra percibir bien la realidad de relación y menos la puede aceptar. Por eso, el paciente borderline no tiene *capacidad de amortiguador* en el vivenciar, porque en contradicciones pierde inmediatamente el piso y la imagen de sostén. Según Kernberg, el paciente borderline no puede reprimir, porque está enredado en las estructuras defensivas inmaduras. Desde nuestra visión parece entonces, que los pacientes borderlina siempre tienen que luchar y reaccionar tan rápido, porque no pueden dejar que existan (es decir, aceptar) estas experiencias. Un auto-distanciamiento sin esta base del "dejar-ser" es imposible. Por eso tampoco puede dejarse corregir por la realidad. Prefiere seguir luchando por la conservación de la imagen, porque le garantiza un sostén y una cierta constancia y, sobre todo, alivio del dolor. Para mantenerse su imagen, se vuelve manipulador, empuja como el gato al ratón en un rincón, donde quiere tenerla. Solo lo que le viene a la imagen, es real y dado para él; lo que no le viene, no es real, es escindido.

Por todas estas razones, *la imagen posee predominio sobre la realidad* en el ámbito de las emociones (tal como se lo conoce también en el enamoramiento). Cuando ya no la puede

adaptar a la realidad (lo que en realidad es el proceso normal, que uno se deje “desengañar” por la realidad y aprende, tiene que luchar por lo contrario: *fuerza* la realidad en forma manipuladora, a subordinarse a la imagen. La imagen tiene la razón, *él tiene razón*, no la realidad.

3. Contra-reacciones psicodinámicas específicas al dolor central

Además de las ya mencionadas reacciones de coping de escisión (reflejo de estar muerto) y de crear imágenes (activismo), el cuadro del paciente borderline está marcado por una serie de otras contra-reacciones psicodinámicas, que cumplen una función defensiva o sirven para aminorar los déficit. le dan al cuadro borderline su propia característica.

Agresión:

Cuando existe el peligro de que el paciente pudiera volver a perderse y se podría rasgar la cercanía sensible a sus sentimientos y a su cuerpo, es decir, si su relación interna podría perderse nuevamente, se levanta una *enorme ola de rabia* y sacude todas las relaciones existentes. Esta rabia colosal se dirige hacia afuera – en especial al que está más cerca o al que lo está amenazando – como también hacia adentro contra sí mismo. Lo que le importa es mantener palpable la cercanía hacia él mismo. Lo intenta con violencia, se corta, se golpea, lo que incrementa la rabia a lo inmensurable (y tampoco frenable en la situación), porque vivencia, que a pesar de ello no siente casi nada.

Por otro lado, la agresión a otros también es una *forma de relación intensiva*. La rabia también es dedicación que él da y que extorsiona del otro. Como forma de relación le viene al tipo de relación intensa del paciente borderline, que no logra acercarse realmente al otro y se tiene que proteger constantemente.

Como su vida de relación es intensa y de tipo amalgamada, necesita la fuerza de empuje de la agresión, cuando tiene que soltarse. En sentido estricto, no se puede *soltar* realmente; prácticamente tiene que “*matar*” al otro, para volver a liberarse.

Intensidad:

Otra característica de la conducta borderline es la intensidad. Tiene su raíz

- En su lucha por la vida
- En no sentir los límites – no puede mantenerlos
- En la insensibilidad (intensidad ayuda a poder sentir por lo menos algo) y en la
- Pobreza de relación, o bien, en el temor a la pérdida de relación: el paciente borderline desea provocar en el que tiene al frente aquellos sentimientos, que se imagina seguros para la relación – o sea, sentimientos que quiere tener sobre el trasfondo de su *idealización*. Solo si son esos sentimientos, son con seguridad los “*suyos*”, que le pertenecen, porque han sido generados por él y han surgido de las imágenes rígidas. No puede liberar al otro en un asunto tan inmensamente vital, no puede darle autonomía. Por eso destruye el ser sí-mismo del otro y lo guía de este modo a la vivencia, que él mismo no siente: estar apagado. Por el no-dejar-

libre del otro, la relación obtiene un “carácter simbiótico”, es más una *fusión* que un estar juntos. Esto también puede ser solo puntual, no tiene que ser siempre un patrón simbiótico vivido continuamente. Estos sentimientos son al mismo tiempo para él un sustituto de la falta de relación consigo mismo – se siente en el otro. Así la intensidad ayuda también a franquear la distancia de las dos partes dentro de él.

Constante búsqueda de relación:

La relación constante, calentadora, confiable, fiel, es así lo más sanador para el paciente borderline, porque enriela la relación interna, la acerca y nutre. Pero los peligros son grandes: ¿Qué pareja puede soportar un abrazo tan asfixiante, tanto manipular, dominar, forzar? ¿Cómo puede mantenerse a la larga la cercanía, sin ser devorado, la constancia en este hervidero de cambios de sentimientos, impulsos, ánimos, la fuerza en este ser-utilizado?

En un marco privado, esto puede resultar más fácil a *padres* con sus hijos, que a *parejas o amigos*. Pero muchas veces una experiencia corregidora solo puede ser construida sistemáticamente en el marco de una relación terapéutica.

Inestabilidad:

La inestabilidad tiene varias causas. Por un lado ocurren pocas tomas de posición personales en el nivel personal. Lo que tiene muchos motivos (por el fuerte dolor y las reacciones de coping; por la estructura yoica demasiado débil; por la falta de acceso a los sentimientos). Por eso “él no se tiene”. Por otra parte tiene en sus impresiones predominantemente afectos (que dependen del desencadenador, pero que cambia constantemente), y por los que es *inundado*, asociados con *pensamientos automáticos* (comentadores), a los que no tiene nada que oponer, porque su Yo es demasiado débil.

Forma especial de identificación:

Para el encuentro del Yo y la estabilización también sirven las identificaciones. Pero en el caso del paciente borderline no se trata de una real identificación, que presupondría un Yo que funcione. La identificación borderline tiene carácter *simbiótico*. El otro, o bien, el objeto es en cierto sentido idéntico a él, él “es” el otro en el nivel de los sentimientos. La identificación sirve para tener-relación y poder vivenciarse en ella – pero eso solo resulta en el paciente borderline, cuando el otro es, como él lo ve y quiere que sea con sus necesidades e imágenes.

4. Rasgos fundamentales de la terapia

La terapia borderline resulta mejor en fases. Antes de una psicoterapia más profunda, referida a las causas, los pacientes borderline necesitan alivio en su

situación vital actual, para poder hacer frente a las cargas cotidianas. Aquí son necesarias intervenciones concretas para el trato con auto-lesiones, irrupciones impulsivas, control de tensiones y su desplante, para la protección de parientes cercanos y niños, etc. Se requiere de intervenciones concretas, prevenciones, trabajos posteriores y procesos de aprendizaje. Como los pacientes además no son realmente aptos para relaciones, tampoco son aún aptos para terapia. Su aptitud para terapia primero debe ser desarrollada en este trabajo previo, que generalmente requiere de varios meses. Por eso se distingue entre una fase de preparación (o fase de estabilización) y la terapia más profunda.

Antes de exponer ésta en detalle, una palabra más acerca de la *efectividad* de la terapia. Siempre se vuelve a escuchar dudas, si acaso pacientes borderline realmente pueden ser tratados eficazmente. Es cierto que algunos resultados de terapia dejan que desear. Incluso investigaciones planteadas como estudios, a veces quedan insatisfactorios. Algunos incluso no se publican: Cristea et al (2017) encontraron siete de estos estudios sin publicar. Sin embargo “se puede constatar, que el trastorno borderline de personalidad pertenece a las afecciones psíquicas con la mejor posición de evidencia para puntos de partida de tratamiento psicoterapéutico” (Döring et al 2011, 852). Las investigaciones realizadas según estrictos criterios de evidencia, muestran la Terapia Behavioral-Dialéctica (DBT) y la Psicoterapia enfocada en la transferencia (TFP) como los métodos mejor explorados y respaldados en cuanto a su efectividad (mismo). No obstante, aunque el efecto de terapias específicas para trastornos borderline (terapia conductual dialéctica, o bien, cognitiva, tratamiento psicodinámico) es significativo, pero solo moderadamente más alto, que el efecto del tratamiento psicoterapéutico inespecífico, como muestra un meta-análisis recién publicado (Cristea et al 2017).

4.1 Fase de preparación: Actitud y momentos terapéuticos generales.

La *actitud del terapeuta* debe ser llevada con tranquilidad y *franqueza relajada*. “No es tan grave, es así. Todo puede ocurrir alguna vez, y ahora lo observamos. ¿Y miramos si quizás podemos encontrar algo mejor para ti?!” Aquí el terapeuta debe fijarse en sus propias valoraciones (inconscientes) del paciente. Este experimenta lo más elemental de la relación: ser aceptado (1ª MF), poder llegar, tal como es – y se encuentra en ello con la persona del terapeuta, que se le enfrenta abierta y constantemente, de manera que se topa con una superficie de encuentro.

Los terapeutas se preocupan entonces por su *constancia*, que consiste en *quedarse más intensamente consigo mismos*. Hablando en términos prácticos, esto consiste en *mantener internamente la relación consigo mismo*, al escuchar y en lo que el paciente hace al terapeuta con su actuación (constancia de la 2ª MF). La mantención de la buena auto-referencia interna es central para los progresos en la terapia. Logra una constancia en la relación con el paciente borderline, lo que le puede permitir construir una propia relación interna hacia sí mismo.

En general y fundamentalmente es importante, que los terapeutas sepan *manejarse bien con ellos mismos*, también *fuera* de la terapia, porque la interna referencia a sí mismo es una actitud básica y no un método y, por lo tanto, irradia en la terapia y aumenta la efectividad de toda terapia (Orlinsky 2003). Justamente bajo la influencia de la dinámica borderline es especialmente difícil mantenerse auténtico y no entrar uno mismo en la psicodinámica. ¿Resulta mantener el sentimiento para sí mismo, si uno se siente amenazado? Los pacientes borderline tienen una alta sensibilidad para este punto: “¿Cómo te tratas a ti mismo? ¿Cómo te mantienes en relación contigo? Eso quiero saber, ver y vivenciar; ¡quiero mirar detrás de esa máscara!” Porque eso es justamente lo que él no puede en absoluto. En general, los niños lo adquieren a través de sus padres. Pero los pacientes borderline apenas lo conocen, y por eso también quieren saber muchas cosas personales y preguntan por lo personal propasando los límites, se interesan p.ej., en cómo vive uno, dónde pasa sus vacaciones y si para el desayuno toma té.

Como otro elemento importante, hay que aplicar un *enfrentarse y mantenerse firme referido a un contenido*. Con esta forma de encontrarse manteniendo la relación, se hace efectivo un elemento central de la 3ª MF. El encuentro comprensivo aclara los contenidos que le importan al paciente. Muchas veces están tan “envueltos” en la psicodinámica, que apenas pueden verse en la vida diaria, ni adentrarse en ellos. Pero la terapia tiene la tarea de descubrir estos contenidos y revelarlos. Esto significa en la práctica, no dejarse distraer por sus afectos rasgados, sino destacar lo *positivo y constructivo* de entre lo manipulativo y agresivo y liberarlo de la destructividad. Así lo importante para él también puede ser protegido de sus propios afectos auto-destructivos, puede ser él protegido de sí mismo. Esto significa en la práctica, decirle al paciente lo que uno considera importante dentro del tema y que quisiera hablar de eso, pero que para ello sería bueno hablar con tranquilidad y que los afectos en este marco no serían necesarios. Este enfrentamiento y acercamiento tranquilo y firme, no solo representa un patrón de aprendizaje, sino antes que nada le transmite el mensaje central y vital: “¡Hagas lo que hagas, estoy aquí y presente en persona, no me voy, sino trato de comprenderte y estar contigo!” Una tan clara decisión a la relación y la construcción de un vínculo representa para el paciente borderline el fundamento para la maduración y el desarrollo de su yo.

Si el paciente borderline viene p.ej. con la acusación: “¡O usted o su colega es un mentiroso!”, el terapeuta podría responder: “Encuentro muy importante que usted lo aclare y no lo quiere seguir acarreado, y que quiera saber con quién está tratando, para que pueda ganar confianza. Quiero darme un poco de tiempo para eso, para que podamos conversarlo con calma.”

El ofrecer y mantener contenidos en una relación de vinculación fuerte es en pacientes borderline el núcleo de condensación para su Yo. En comparación, en la histeria es central el fijar límites contra el agarre de espacio; en el narcisismo, el explicar y dejarlo hacer.

Sobre esta base se puede empezar progresivamente a *ensayar tomas de posición* (correspondiente al paso AEP-2). Con eso, los afectos e impulsos pierden lentamente su función de sustituto para las tomas de posición reales, que en el paciente borderline solo aparecen muy reducidamente.

4.2 La terapia más profunda se dedica entonces más que nada al trabajo específico en la 3ª y 2ª MF:

En relación a la **3ª MF** se pueden destacar los siguientes contenidos:

1. Auto-percepción. El paciente debe aprender a percibir sentimientos e impulsos propios. En primer lugar deben ser mantenidos, para que lentamente también puedan ser comprendidos. El detenerse en la percepción es importante, para que los sentimientos propios no vayan a ser desvalorizados o actuados inmediatamente.

2. Encuentro. El paciente necesita un encuentro. A través del encuentro con el terapeuta puede experimentar, como el encuentro interno consigo mismo también puede resultar. Esto significa, junto a la franqueza y los intentos de comprenderlo, antes que nada, *confrontación y dirección*, sobre todo en relación a su afectividad inestable. Para eso se aplican *tomas de posición* y explicaciones. Se sigue enfrentándolo con la actuación de sus transferencias, como ya fue descrito arriba: guardar el contenido, pero cuestionar los afectos cada vez que sobrepasa límites y lesiona lo personal.

3. Auto-confrontación. El paciente debe aprender, al comienzo bajo la instrucción del terapeuta, luego cada vez más independientemente, a enfrentarse a su *hablar automático* interno (comentarios) (p.ej. “eres un perdedor”) y a los sentimientos destructivos e impulsos (odio hacia otros, hacia sí mismo...). Se trata de aceptar el diálogo interno y de tomar posición frente a los comentarios: “¿Qué le parece lo que dicen los comentaristas?” (El paso de AEP-2 da una base, porque nunca es enjuiciador ajeno).

Estas intervenciones psicoterapéuticas conducen con el tiempo a que el *diálogo interno* pueda originarse. Por lo tanto ya no tendrá que tratarse siempre de “yo + él” (relación externa), sino con mayor frecuencia de “yo + yo” en la relación interna. Cuando entonces ya se puede encontrar más consigo mismo, se hace menos dependiente de lo externo y puede abrirse camino a su propia persona.

El trabajo específico en la **2ª MF**:

1. Trabajo de comprensión. Aprender a comprenderse a sí mismo: ¿Cuáles son los valores, qué lo mueven? ¿Qué está herido, qué se perdió? Esto conduce al trabajo biográfico.

2. Relación hacia sí mismo. El paciente debe encontrar caminos para establecer activamente una relación con él mismo y con su cuerpo: deporte, Thai Chi, cantar,

respirar, ritmos, Yoga etc. “El deporte me reconcentra”, como dijo un paciente acertadamente.

3. Relación terapéutica. Trabajar y reflexionar constantemente la relación terapéutica es especialmente importante en los pacientes borderline, porque los afectados tienden a dudar una y otra vez de la resistencia de ésta. El terapeuta tiene que oponer a esta fragilidad una determinación que evidencie una y otra vez la inviolabilidad de la relación por su lado.

4. Fase de resonancia. Aún después de finalizar la fase psicoterapéutica sigue válida la oferta de relación con el paciente. La mantención de la relación terapéutica ocurre como en el caso de buenos padres: aunque ya solo se reúnan rara vez o nunca más, se sabe que los tiene en el trasfondo. Un trasfondo tal es un gran recurso, probablemente para toda persona.

Con este trabajo se pretende honrar el sufrimiento y la fuerza de los pacientes borderline, con la que resisten su vida dolorosa. También es impresionante todo lo que pueden movilizar, para poder llegar a un hábito de auto-vivenciarse. Conmueve tener que ver, lo difícil que es para ellos. En su lucha violenta e imperturbable por su sí mismo propio, otras personas son instrumentalizadas y heridas. Estas se mantienen a una distancia protectora, con la que los pacientes quedan aún más solitarios. Y así se forma una espiral, de la cual frecuentemente ya no hay salida. El nivel profesional es entonces un medio con el cual puede ser interrumpida esta espiral de destructividad y se hace posible dar a los pacientes (y parientes) una perspectiva de desarrollo. Esta es la noble tarea de la psicoterapia. Y también puede ser para el terapeuta una fuente de vivencia profunda, que puede cobrar a través de una terapia lograda. En este sentido queremos cerrar el trabajo con una cita de la gran terapeuta de borderline, que es también afectada de borderline, Marsha M. Linehan (1993, ix): “The great thing about treating borderline patients is, that it is like having a supervisor always in the room.”

Literatura

- Bohus M, Schmahl C (2007) Psychopathology and treatment of borderline personality disorder. *Nervenarzt* 78(9), 1069-1080
- Buchheim A (2011) Borderline-Persönlichkeitsstörung und Bindungserfahrung. En: Dulz et al (Hrsg) *Handbuch der Borderline-Störungen*. Stuttgart: Schattauer, 158-167
- Cristea I, Gentili C, Cotet C, Palomba D, Barbui C, Cuijpers P (2017) Efficacy of Psychotherapies for Borderline Personality Disorder. A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 74(4):319–328 doi:10.1001/jamapsychiatry.2016.4287
- Doering S, Hörz S, Rentrop M, Fischer-Kern M, Schuster P, Benecke C, Buchheim A, Martius P, Buchheim P (2010) Transference-focussed psychotherapy v. treatment by community psychotherapists for borderline

- personality disorder: randomized controlled trial. In: Br J Psychiatry 196, 389-395
- Doering S, Stoffers J, Lieb K (2011) Psychotherapieforschungsanalyse. En: Dulz et al (Hrsg) Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer, 836-853
- Dorra H (2014) „In der Schweben des Lebendigen“. Zur Freiheit und Unverfügbarkeit der Person. En: Existenzanalyse 31, 2, 27-31
- Driessen M, Beblo T, Reddemann L et al (2002) Is the borderline personality disorder a complex post-traumatic stress disorder? – The state of research. Nervenarzt 73(9), 820-829
- DSM-5 (2013) Diagnostical and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington, VA: APA
- Dulz B, Herpetz S, Kernberg O, Sachsse U (Hrsg) (2011) Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer
- Fonagy P, Gergely G, Jursit EL, Target M (2002) Affektregulierung, Mentalisierung und die Entwicklung des Selbst. Stuttgart: Klett-Cotta
- Freud S (1940) Die Ich-Spaltung im Abwehrvorgang. En: GW XVII. London: Imago 57-62
- Freyberger HJ (2011) Psychosenahe Symptome. En: Dulz et al (Hrsg) Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer, 441-448
- Heidegger M (1927) Die Grundprobleme der Phänomenologie. Gesamtausgabe Bd. 24. Frankfurt/M: Klostermann, Ausg. 1975
- Herpetz S, Saß H (2011) Die Borderline-Persönlichkeitsstörung in der historischen und aktuellen psychiatrischen Klassifikation. En: Dulz et al (Hrsg) Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer, 35-43
- ICD-10 (1994) International Classification of Diseases. Berlin: Springer
- Ji WU, Hu YH, Huang YQ et al (2006) A twin study of personality disorder heritability. Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi, 27(2), 137-41
- Kendler KS, Aggen SH, Czajkowski N et al (2009) The structure of genetic and environmental risk factors for DSM-IV personality disorders: a multivariate twin study. Archives of General Psychiatry, 65(12), 1438-1446
- Kernberg OF (1984) Schwere Persönlichkeitsstörungen. Stuttgart: Klett-Cotta
- Kind J (2011) Zur Entwicklung psychoanalytischer Borderline-Konzepte seit Freud. En: Dulz et al (Hrsg) Handbuch der Borderline-Störungen. Stuttgart: Schattauer, 20-34
- Kolbe C (2014) Person und Struktur. Menschsein im Spannungsfeld von Freiheit und Gebundenheit. En: Existenzanalyse 31, 2, 32-40
- Längle A (2002) Die Persönlichkeitsstörungen des Selbst – eine existenzanalytische Theorie der Persönlichkeitsstörungen der hysterischen Gruppe. En: Längle A (Hrsg) Hysterie. Wien: Facultas, 127-156
- Längle A (2014) Die Aktualisierung der Person. Existenzanalytische Beiträge zur Personierung der Existenz. En: Existenzanalyse 31, 2, 16-26
- Längle A (2016) Existenzanalyse. Existentielle Zugänge der Psychotherapie. Wien: Facultas
- Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F (2011) Borderline personality disorder. En: Lancet 377, 74-84

- Linehan, MM (1993) *Cognitive-Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*, New York London: The Guilford Press
- Livesley WJ (1998) Suggestions for a frame-work for an empirically based classification of personality disorders. *Canadian Journal of Psychiatry* 43, 137-147
- Livesley WJ, Jang KL (2008) The behavioral genetics of personality disorder. *Annual Review Journal of Clinical Psychology* 4, 247-274
- Silk KR, Lee S, Hill EM, Lohr NE (1995) Borderline personality disorder symptoms and severity of sexual abuse. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1059-1064
- Orlinsky D (2003) Therapist factors as determinants of psychotherapy outcome. En: Lambert M., Butler, Garfield SL (Ed.): *Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change*. N.Y.: Wiley, 5th ed
- Steinert K (2014) (Wie) sprichst Du mit dir? Anleitung zum inneren Dialog. En: *Existenzanalyse* 31, 2, 42-49
- Torgersen S, Lygren S, Oien PA, Skre I et al (2000) A twin study of personality disorders. *Comprehensive Psychiatry* 41(6), 416-425
- Zanarini MC, Yong L, Frankenburg FR, Hennen J, Reich DB, Marino MF, Vujanovic AA (2002) Severity of reported childhood sexual abuse and its relationship to severity of borderline psychopathology and psychosocial impairment among borderline inpatients. *Journal of Nervous and Mental Disease* 190(6), 381-387

Trad.: M.von Oepen, 2021