

¿Por qué los Pacientes Borderline son en su Mayoría Mujeres? Sobre el Papel del Trauma en el Desarrollo del Borderline

Christa Rohde-Dachser

1. La teoría "clásica" del Borderline desde aspectos psiquiátricos y psicoanalíticos

[‡]Hasta los años 1970, el diagnóstico "límite" era un término que no era desconocido ni en psiquiatría ni en psicoanálisis, pero que se utilizaba esporádicamente para denominar trastornos psicológicos atípicos que no podían entenderse claramente utilizando el marco nosológico convencional. Cuadros clínicos en el ámbito límite entre la neurosis, el trastorno de carácter y la psicosis. La atención se centraba en cuestiones tales como: cómo diferenciar el trastorno límite de la esquizofrenia paranoide-alucinatoria (por ejemplo, Hoch y Polatin 1949). Los resultados del estudio danés sobre adopción (Wender et al. 1968) parecieron respaldar los supuestos de tal relación entre la esquizofrenia y los trastornos límite. El concepto de esquizofrenia límite se remonta a estos estudios. Sin embargo, también hubo psiquiatras que querían clasificar el trastorno límite en el grupo de los trastornos afectivos (como D.F. Klein 1977).

Paralelamente a esta discusión predominantemente psiquiátrica, Kernberg (1975, 1984, 1989) desarrolló un concepto de organización de la personalidad límite, en el que las diversas manifestaciones de enfermedades típicamente borderline se remontan a un trastorno del yo común. Para Kernberg, en el centro de este trastorno del yo se encuentra una debilidad característica de las funciones defensivas, que obliga al paciente a recurrir a operaciones defensivas primitivas, especialmente la escisión y la negación. Estas formas de defensa, a su vez, van de la mano con un patrón internalizado de relaciones objetales en el

que las imágenes del yo y del objeto se caracterizan de acuerdo con un estricto principio de "totalmente bueno o "totalmente malo", sin la posibilidad de matices. Por lo tanto, las relaciones interpersonales de los pacientes borderline se caracterizan por cambios recurrentes de actitud entre idealización y devaluación y por fuertes cambios de humor. Kernberg sitúa las raíces de este trastorno del yo en el segundo y tercer año de la vida, cuando una agresión, a menudo constitucionalmente incrementada, como él supone, impide la integración de las imágenes del self y del objeto, buenos y malos, previamente escindidas.

La escisión se mantiene para proteger el yo bueno y la imagen del objeto bueno del contacto con la imagen del objeto malo y el yo malo. Los pacientes límite experimentan su agresión como tan devastadora, que sólo pueden salvar a sus objetos buenos y vitales protegiéndolos de esta agresión.

Kernberg también deriva sus recomendaciones terapéuticas de estas y otras hipótesis psicodinámicas sobre la etiología de los trastornos límite. El psicoanálisis de los trastornos límite en el llamado contexto clásico se excluye porque conlleva un riesgo demasiado fuerte de regresión para estos pacientes. En su opinión, la terapia puramente de apoyo también ha demostrado ser en gran medida inútil. Lo que sugiere como método psicoterapéutico de elección es una psicoterapia de orientación analítica en la que el paciente se enfrenta principalmente a sus defensas patológicas (particularmente a su escisión y negación). El objetivo de la terapia límite es lograr la integración gradual de las representaciones buenas y malas (del self y del objeto) para lograr una

[‡] Del libro: *Im Schatten des Kirschbaums. Psychoanalytische Dialoge*, capítulo 5

Traducción del alemán: Gustavo Lanza Castelli



percepción que sea más apropiada a la realidad. La teoría del borderline formulada por Kernberg ahora ha encontrado entre tanto su inclusión en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-III 1980) y en su edición revisada (DSM-III-R 1983) bajo el nombre de "Trastorno límite de la personalidad". El trastorno límite de la personalidad se define allí como "un patrón generalizado de inestabilidad en el estado de ánimo, las relaciones interpersonales y la autoimagen", que comienza en la edad adulta temprana. Se deben cumplir cinco de ocho criterios enumerados para realizar un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. Los criterios en sí se mantienen a un nivel descriptivo y ya no se menciona la necesidad de distinguirla de la esquizofrenia, como ocurría con el diagnóstico de borderline original. Los criterios del DSM-III-R para el trastorno límite de la personalidad son:

1. Un patrón de relaciones interpersonales inestables pero intensas, caracterizado por una alternancia entre los dos extremos de sobreidealización y devaluación.
2. Impulsividad en al menos dos actividades potencialmente autodestructivas, por ejemplo, gasto de dinero, sexualidad, abuso de sustancias, hurto, conducción imprudente y comer en exceso.
3. Inestabilidad en el área afectiva, p. B. cambios marcados en el estado de ánimo, desde el estado de ánimo básico hasta la depresión, la irritabilidad o la ansiedad; estos estados suelen durar unas pocas horas o, en casos raros, más de unos pocos días.
4. Ira excesiva y fuerte, o incapacidad para controlar la ira, p. ej. frecuentes arrebatos de ira, ira constante o peleas.
5. Amenazas repetidas, sugerencias o intentos de suicidio u otro comportamiento de automutilación.
6. Trastorno de identidad pronunciado y persistente, que se manifiesta en forma de inseguridad en al menos dos de las siguientes áreas de la vida: autoimagen, orientación sexual, objetivos a largo plazo o aspiraciones profesionales, en la clase de amigos o parejas, o en las representaciones del valor personal.
7. Sentimiento crónico de vacío o aburrimiento.
8. Esfuerzos desesperados por prevenir la soledad real o imaginaria (cf. DSM-III-R 1987, p. 419 y siguientes).

Lo que estos criterios no explican es el hecho de que el trastorno límite de la personalidad, tal como se define de esta manera, se presenta predominantemente en mujeres.

2. La preponderancia de mujeres dentro del diagnóstico límite

En el DSM-III-R (1987) se encuentra, en relación con el diagnóstico "trastorno límite de la personalidad" la afirmación bastante sucinta de que el trastorno límite de la personalidad parece ocurrir con frecuencia y se diagnostica con más frecuencia en mujeres que en hombres (p.419).

Gunderson y Zanarini (1987) estiman la prevalencia del trastorno límite de la personalidad entre el 2 y el 4 por ciento de la población normal. Los ven como sobrerrepresentados dentro del entorno clínico. "En poblaciones de pacientes hospitalizados y ambulatorios, la prevalencia varía entre el 15 y el 25 por ciento; es, con diferencia, el trastorno de personalidad más común. Y: Dos tercios de los pacientes con trastorno límite de la personalidad son mujeres" (loc. cit.). Castaneda y Franco (1985) examinaron a 1.583 pacientes hospitalizados y encontraron que tres cuartas partes de aquellos con trastorno límite de la personalidad eran mujeres. Akhtar y Byrne (1986) recopilaron datos de 23 estudios y extrajeron el perfil demográfico del paciente límite típico. Es el perfil de una mujer de 18 a 30 años que se encuentra ingresada con un diagnóstico límite.

Este predominio de mujeres no puede explicarse únicamente por el hecho de que las mujeres se encuentren entre los pacientes (tanto ambulatorios como hospitalizados) generalmente sobrerrepresentadas.

Hay otros trastornos de la personalidad en el DSM-III-R (especialmente el trastorno de personalidad antisocial, pero también el trastorno de personalidad paranoide y obsesivo-compulsivo) que se presentan con mayor frecuencia en hombres; el argumento de la distribución desigual



por sí solo no proporciona una explicación válida en este caso.

Más bien se podría argumentar que el trastorno límite de la personalidad representa un diagnóstico de personalidad predominantemente femenino porque una gran parte de sus criterios se relacionan con patrones de resolución de conflictos típicamente femeninos. Tales estrategias femeninas (Rudolph y Stratmann 1989) incluyen, entre otras cosas, la disposición particularmente pronunciada, en el caso del trastorno límite de la personalidad, a entablar relaciones objetales intensas y pegajosas que se caracterizan por una predisposición a la decepción y, por esta razón, son relaciones objetales inestables. Lo mismo se aplica a la forma autodestructiva de procesar la agresión, tal como según el estudio de cohorte de Schepank (1987), “la actuación aloplástica parece ser más una forma masculina de resolver conflictos internos y externos, mientras que las mujeres tienden a ser más propensas a procesar la agresión de manera aloplástica a través de la resolución de conflictos dirigida hacia dentro” (Schepank 1987, p. 131). En este sentido, los intentos manipuladores de suicidio típicos, la autolesión y otras acciones impulsivas de auto daño de los pacientes límite son intentos autoplásticos de resolución de conflictos y signos de procesamiento autodestructivo de la agresión. Desde este punto de vista, los pacientes masculinos con un diagnóstico límite serían principalmente aquellos a quienes se les niega la resolución masculina (aloplástica) de conflictos (de hecho, la autolesión típica de los pacientes límite se observa a menudo en hombres que están en prisión).

Para explicar la preponderancia de las mujeres entre los trastornos límite de la personalidad, no me gustaría detenerme en el nivel de las diferentes estrategias de resolución de conflictos para hombres y mujeres, sino preguntar más específicamente cuáles son los conflictos que típicamente conducen al trastorno límite de la personalidad. Discutiré posibles factores culturales que probablemente sean en parte responsables del aumento de diagnósticos límite entre las mujeres (especialmente las más jóvenes). Luego discutiré el papel del trauma en el desarrollo límite,

que afecta principalmente a las niñas en forma de abuso sexual.

3. Explicaciones de la especificidad de género del diagnóstico límite

3.1 El trastorno límite de la personalidad como fenómeno contemporáneo

El rol de género femenino ha experimentado un cambio en el curso de la modernización, lo que ofrece a las mujeres oportunidades mucho mayores para determinar por sí mismas la configuración de sus vidas, lo que no era el caso hace 50 años (Beck, 1986).

Al mismo tiempo, esta liberación de los patrones tradicionales también conduce a una gran inseguridad para muchas mujeres: los viejos patrones de vida (especialmente un matrimonio de por vida en el que la mujer asume las tareas que están determinadas claramente, de madre y ama de casa) sólo pueden realizarse de forma limitada en la sociedad industrial occidental. En cambio, las mujeres valoran la libertad y la independencia y han integrado firmemente estos ideales (hasta hace poco predominantemente masculinos) en su propia imagen.

Al mismo tiempo, sin embargo, también hay un profundo anhelo de una relación amorosa en la que las mujeres puedan satisfacer sus deseos de brindarse al otro y en la que a menudo se sientan inclinadas a dejar de lado la autorrealización por la que luchan, como aprendieron a hacerlo de su madre desde su infancia. El deseo de tener hijos también pone en cuestión la demanda interiorizada de independencia. Por tanto, Beck también habla de la indecisión del proceso de individualización femenina” (1986, p. 172), que es una expresión de estas contradicciones.

Hay muchos indicios de que tales contradicciones también pueden reflejarse en los rasgos típicos del trastorno límite de la personalidad, particularmente en el trastorno de identidad enfatizado por Kernberg (criterio 6 del DSM-III-R), en la tendencia a tener relaciones interpersonales intensas e inestables (Criterio 1 del DSM-III-R) y en el afecto de ira que prevalece en estos pacientes (criterio 4 del DSM-III-R). El DSM-III-R habla de un trastorno de identidad pronunciado



y persistente, que se manifiesta en forma de inseguridad en el ámbito de la propia imagen, la orientación sexual, los objetivos o aspiraciones profesionales a largo plazo, en el tipo de amigos o parejas o en los valores personales (DSM -III-R, p. 422) Es concebible que el cambio de rol en el rol de género femenino, que puede interpretarse más allá del individuo, se refleje en una incertidumbre de identidad, que puede conducir a reacciones similares a las de una enfermedad en algunas mujeres.

La falta de orientación puede conducir fácilmente a la agresión crónica característica de los pacientes límite. Las emociones y comportamientos agresivos contradicen el rol tradicional del género femenino. Por otro lado, dadas las demandas de individualización de nuestra sociedad, las mujeres están expresamente invitadas a expresar agresión. Por lo tanto, los trastornos límite de la personalidad también podrían representar un reflejo de este conflicto de roles, que en algunas mujeres conduce a un procesamiento autodestructivo de la agresión debido a la falta de mejores alternativas. Es posible que el sentimiento crónico de ira sea un indicio de la incompatibilidad fundamental de las demandas modernas de autonomía con las necesidades femeninas, especialmente en el ámbito de las relaciones interpersonales.

Además, independientemente de las consecuencias de la modernización descritas, las ideas de salud de nuestra sociedad están fuertemente orientadas hacia el estereotipo del rol de género masculino (cf. Broverman et al. 1972). Por lo tanto, podría ser que las mujeres tengan más probabilidades que los hombres de recibir un diagnóstico límite cuando muestran un comportamiento perfectamente aceptable para un hombre, pero considerado patológico en una mujer. La investigación de las influencias culturales sobre una posible especificidad de género del diagnóstico límite debe tener en cuenta dichos aspectos de etiquetado, especialmente porque los trastornos de la personalidad generalmente reflejan estereotipos culturales y personales más que otros diagnósticos psiquiátricos (Kroll 1988; Landrine 1989). Varios estudios han demostrado la influencia de los estereotipos específicos de género en la distribución de los diagnósticos límite,

aunque los resultados no siempre son claros. Stine (1989) pudo demostrar que los psiquiatras que entrevistó atribuían el criterio del DSM III <<ira intensa y excesiva o incapacidad para controlar la ira...>> principalmente a las mujeres. Esto sugiere que, a los ojos de los médicos, la expresión abierta de ira es parte del rol de género masculino, pero no del femenino. La expresión abierta de ira en las mujeres se considera fácilmente inapropiada y, por tanto, puede conducir a un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad. Henry y Cohen (1983, p. 1529) también encontraron en una encuesta que los clínicos consideraban que los rasgos típicos del trastorno límite de la personalidad eran más compatibles con el rol de género masculino y, por lo tanto, era más probable que se atribuyeran a los hombres. Esto se aplica en particular al criterio del trastorno de identidad. El estudio de Henry y Cohen (1983) sugiere que este trastorno de identidad es más tolerado en los hombres, mientras que en las mujeres se considera un signo de un trastorno psicológico.

3.2 Trastorno límite de la personalidad como consecuencia de abuso sexual en la infancia

Independientemente de tales consideraciones culturales, en los últimos años ha habido

un número cada vez mayor de estudios que han señalado una fuerte conexión entre el desarrollo del trastorno límite de la personalidad en la edad adulta y las experiencias de abuso grave en la infancia.

Esto es particularmente cierto en el caso del trauma causado por el abuso sexual.

Me gustaría presentar aquí algunos de estos estudios como ejemplos.

Stone (1981) encontró que en 9 (es decir, el 75 por ciento) de un total de 12 hospitalizados la mayoría de los pacientes límite tienen antecedentes de incesto. Bryer et al. (1987) en un estudio de entrevistas encontraron antecedentes de abuso sexual antes de la adolescencia (es decir, antes de los 16 años) en 12 de 14 pacientes límite hospitalizados. Esto correspondió al 86 por ciento de los pacientes límite en comparación con el 21 por ciento de toda la población de pacientes de la clínica. Un estudio reciente de



Zanarini, Gunderson et al. (1989) llevaron a cabo un estudio con pacientes límite diagnosticados de forma fiable y mostraron una tasa significativamente mayor de experiencias de abuso para los pacientes límite en comparación con el grupo de control: el 26 por ciento de los pacientes límite informaron abuso sexual en la infancia y adolescencia, en comparación con el 7 por ciento en un grupo con trastornos de personalidad antisocial y el 4 por ciento en un grupo con trastornos depresivos neuróticos.

A una conclusión similar llegaron Ogata et al. (1989), quienes compararon una muestra de pacientes con trastorno límite de la personalidad con un grupo de control de pacientes depresivos basándose en entrevistas anamnésticas. El 71 por ciento de los pacientes límite informaron abuso sexual, en comparación con el 22 por ciento del grupo de control. El abuso físico infantil fue alto en ambos grupos; por lo tanto, aquí no hubo diferencias significativas.

Todos estos estudios involucran sólo a un pequeño número de pacientes, por lo que sus resultados deben considerarse con precaución. Sin embargo, la dirección en la que apuntan los resultados es clara y no se invierte en ninguno de los estudios que conozco. Esto también se aplica a un estudio realizado con especial cuidado metodológico por Herman, Perry y van der Kolk, que fue publicado en el *American Journal of Psychiatry* en 1989. En este estudio, se utilizaron entrevistas de varias horas para registrar traumas infantiles graves en un grupo de 56 pacientes. De estos, 21 pacientes tenían un diagnóstico de trastorno límite de la personalidad, 11 pacientes mostraban rasgos límite y 23 pacientes tenían otro diagnóstico psiquiátrico.

Un número significativamente mayor de pacientes límite, es decir, el 81 por ciento, informaron traumas infantiles graves, incluido abuso físico (71 por ciento), abuso sexual (68 por ciento) y haber sido testigos de violencia drástica en la familia cuando eran niños (68 por ciento). Las mismas experiencias fueron menos comunes en pacientes con rasgos límite y menos comunes en el grupo sin un diagnóstico límite. Los autores concluyen que existe una estrecha conexión entre el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad y una historia de abuso en la infancia. En

este estudio, las mujeres alcanzaron una puntuación de trauma que fue más del doble que la de los pacientes masculinos: informaron más abusos físicos y sexuales en la infancia, mientras que no hubo diferencias entre los dos grupos en el ítem "fue testigo de violencia familiar". Los autores sacan la conclusión de sus resultados:

El abuso infantil como evento importante que precede al desarrollo del trastorno límite de la personalidad puede explicar parcialmente la mayor prevalencia del trastorno límite de la personalidad entre las mujeres. Si bien los datos epidemiológicos sobre abuso infantil, al menos en los Estados Unidos, indican que niños y niñas corren esencialmente el mismo riesgo de sufrir abuso físico (cf. Finkelhor 1979), cuando se trata de abuso sexual, las niñas corren entre dos y tres veces más riesgo de sufrir abuso físico. Por lo tanto, podría ser que las niñas estén más expuestas durante su desarrollo a condiciones que promueven el desarrollo de un trastorno límite (Herman, Perry y van der Kolk 1989).

Los autores también pudieron demostrar que el recuerdo del abuso en estos pacientes estaba integrado en la organización de la personalidad y se había vuelto en gran medida egosintónico. Por lo tanto, las pacientes generalmente no establecieron ninguna conexión entre sus síntomas actuales y sus experiencias de abuso en la infancia. Estos resultados son comparables a otras observaciones de víctimas de trauma, que indican que los fragmentos del trauma se transforman con el tiempo y se vuelven a experimentar en diversas formas disfrazadas, por ejemplo como sensaciones corporales, como estados emocionales, en imágenes visuales, en actuaciones o incluso en fragmentos disociados de la personalidad. Además, todos los hallazgos de la investigación sobre el estrés postraumático han demostrado que el trauma y la disociación en particular están altamente correlacionados entre sí (cf. Spiegel et al. 1988). Herman et al. (1989) por lo tanto sugieren que la personalidad múltiple debería verse como una forma extrema de afrontar el abuso crónico grave en la infancia, mientras que el desarrollo de un trastorno límite de la personalidad debería verse como una forma intermedia de adaptación al abuso crónico, principalmente sexual.



Stone (1990) ha examinado cuidadosamente a un total de 272 pacientes límite femeninas en busca de antecedentes de abuso sexual. Aunque la frecuencia de abuso sexual varió en los grupos individuales de pacientes examinados (entre el 19 y el 41 por ciento), el resultado del estudio es claro: "Se encuentra", dice Stone, "en pacientes femeninas con un trastorno límite de la personalidad una historia de incesto; esto es particularmente cierto para las pacientes límite hospitalizadas" (p. 188).

A continuación se muestra cómo determinadas características del trastorno límite de la personalidad, que enumera el DSM-III-R, a menudo pueden entenderse en detalle como reacciones que se atribuyen al procesamiento de traumas sufridos en el marco de la investigación postraumática. Esto se aplica en particular a la tendencia de los pacientes límite a la automutilación y al suicidio manipulativo y a la configuración de sus relaciones objetales.

3.3 Automutilación y suicidio manipulativo como reacción a experiencias de abuso sexual

Las mujeres que sufrieron abusos sexuales en la infancia responden posteriormente con dificultades en las relaciones interpersonales, disfunción sexual, promiscuidad, delincuencia, depresión, intentos de suicidio, trastorno general de identidad, reacciones de ira inapropiadas e impulsividad autodestructiva (Barnard y Hirsch 1985). El parentesco entre estos síntomas y los criterios del trastorno límite de la personalidad según el DSM-III-R es evidente. Westen et al. (1990) examinaron hasta qué punto las características de la "Entrevista de diagnóstico para

pacientes límite" (Gunderson y Kolb 1978)* se aplican a mujeres que han experimentado abuso sexual en la infancia y la adolescencia. Encontraron una conexión muy significativa, especialmente con acciones impulsivas autodestructivas (automutilación, amenazas de suicidio manipuladoras) y con relaciones objetales patológicas. Al mismo tiempo, las mujeres abusadas sexualmente informaron reacciones de ira y rabia más severas que otras pacientes límite que no tenían tal génesis.

También se puede encontrar una conexión entre la automutilación y el abuso sexual en prácticamente todos los estudios de pacientes con autolesiones físicas. Sachsse (1989) informa sobre 25 pacientes (incluidas 21 mujeres) que se cortaban o quemaban regularmente. Todos habían experimentado un trauma real grave en la infancia. Dos tercios de las pacientes estuvieron expuestas a abusos sexuales durante la latencia y la pubertad, y varias habían sido violadas.

Ensink (1992) estudió a cien mujeres que sufrieron abuso sexual en la infancia y la juventud. La mitad de estas mujeres se habían hecho daño a sí mismas en algún momento de sus vidas y una cuarta parte se había hecho daño a sí mismas con regularidad. La autolesión estuvo acompañada de sentimientos intensos: además de una intensa ira y la satisfacción de poder hacerse algo a uno mismo, y sobre todo con sentimientos de culpa. Los resultados de la investigación de Ensink (p. 143, p. 155) indican que tales sentimientos de culpa no sólo sirven para negar la propia impotencia y, en cambio, para aferrarse a la idea de que uno podría haber cambiado algo de la situación si lo hubiera querido. Más bien, parece ser

* La "Entrevista Diagnóstica para Pacientes Límite" (DIB) fue desarrollada por Gunderson et Kolb (1978) y es una entrevista semiestandarizada que permite una diferenciación relativamente precisa del trastorno límite de otros grupos de enfermedades. En su forma revisada (Zanarini y Gunderson, 1989) mejora la posibilidad de diferenciar el trastorno límite de la personalidad de otros trastornos de la personalidad y al mismo tiempo estrecha mucho más los límites del diagnóstico límite. Cuando este capítulo habla de

pacientes límite diagnosticados de manera confiable, lo que se quiere decir es la determinación del diagnóstico límite de acuerdo con esta versión revisada de la "Entrevista Diagnóstica para Pacientes Límite" (pág. 103). Es como Sachsse: "un sentimiento de autodisolución y fraccionamiento que desencadena el pánico" (loc. cit.). En este contexto, la autolesión adquiere una función salvadora, como un antidepresivo que elimina el recuerdo y la sensación asociada de haber sido destruido.



la idea predominante en nuestra cultura, interiorizada por las pacientes, de que siempre hay que resistir un ataque sexual. La autolesión demuestra entonces que uno no ha podido resistir. “Sangraré por ello” (loc. cit., p. 160), así expresó esta conexión una de las mujeres examinadas por Ensink.

Sachsse (1989) también describe en sus pacientes sentimientos masivos de culpa y, al mismo tiempo, una intensa angustia ante el hecho de estar solas. Las pacientes, sobre todo, no podían tolerar estar solas porque ésta era una situación en la que experiencias traumáticas previas amenazaban con resurgir. Una de sus pacientes describió una vez este sentimiento en terapia como “horror”.

3.4 Efectos sobre las relaciones objetales

Hay sólo un pequeño paso desde el sentimiento de autodisolución al estar sola hasta la patología de las relaciones objetales internalizadas en mujeres que han experimentado abuso sexual. Estamos tratando con relaciones de objeto escindidas en las que la expectativa de abuso sexual y el deseo de protección y rescate se mantienen uno al lado del otro. Westen et al. (1990) pudieron demostrar que eran principalmente las pacientes límite que habían experimentado abuso sexual (es decir, no sólo físico) los que desencadenaban sentimientos contratransferenciales correspondientemente contradictorios en el equipo de una sala.

La división en la relación de objeto aquí obviamente se refiere a la relación con un objeto importante de la infancia que fue profundamente odiado y que al mismo tiempo era necesario para la propia supervivencia. Dado que el abuso sexual en la biografía de los pacientes límite es predominantemente perpetrado por el padre (cf. Westen et al. 1990), aparentemente son principalmente los sentimientos hacia él los que la hija abusada tiene que escindir de esta manera. Si en los estudios descritos se menciona a la madre, es una madre que está ausente o que descuida a su hijo. Es posible que la relación de la niña con esa madre también influya en su reacción ante el abuso sexual del padre. Esto significaría que los y las pacientes borderline ya han aprendido a

utilizar ciertos mecanismos de defensa (especialmente la escisión) en los primeros años de vida, especialmente en el trato con su madre, lo que más tarde les permitió usarlos nuevamente para procesar el trauma que han sufrido a manos del padre. Quizás estos/as pacientes sean particularmente sensibles al abuso por parte de su padre porque ellos, en particular, habrían necesitado al padre como un objeto de identificación alternativo y positivo. Pero sólo podemos conjeturar tal historia. Nada impide que un niño (hija o hijo) intente sobrevivir a un abuso sexual prolongado, independientemente de cualquier daño previo, con la ayuda de los mecanismos de defensa descritos que son propios del desarrollo límite.

El papel del trauma en el desarrollo límite no se puede describir sin abordar también la psicología del perpetrador. La psicología del perpetrador es particularmente importante porque se puede encontrar en la psicopatología de los pacientes límite. Los padres (con menos frecuencia las madres) de niños maltratados reaccionan principalmente ante los demás con agresión mal controlada (Prodgers 1984). Esto también explica por qué la violencia física y el incesto ocurren tan a menudo en forma conjunta (Westen et al. 1990). Los pacientes borderline abusados sexualmente llevan dentro de sí mismos un objeto a través de su identificación con el agresor, que nunca saben cuando los ataca agresivamente. La ira tan citada que llevan consigo las pacientes límite, que es tan inconsistente con su rol de género, probablemente surge no sólo de su propia ira por las lesiones que alguna vez sufrieron, sino de la imagen internalizada de un padre que realmente poseía estas características. Hirsch (1993) también habla de tales internalizaciones como “introyectos” no asimilados que no pueden integrarse, pero tampoco pueden abandonarse, porque los pacientes simultáneamente los experimentan como preservando su existencia. Teniendo en cuenta estos antecedentes, también resulta difícil hablar siempre sólo de la agresión que los pacientes límite proyectan en su entorno. Muy a menudo su entorno era malo y la agresión del paciente (a menudo dirigida hacia adentro) era una reacción completamente apropiada. En este contexto resulta interesante un estudio realizado por Nigg (1991) en el que se examinaron



los primeros recuerdos de la infancia de pacientes límite en comparación con los de una población normal. Sólo los pacientes límite que refirieron abusos sexuales en la infancia tenían en sus primeros recuerdos infantiles imágenes de objetos absolutamente malvados y de personas que intencionadamente les infligían lesiones y humillaciones. (Los primeros recuerdos de la infancia de pacientes límite que habían sido abusados exclusivamente físicamente no contenían objetos tan malos). Los objetos malos en los recuerdos de la infancia de pacientes que experimentaron abuso sexual en la niñez o la adolescencia parecen ser al menos algo reales para representar el mundo en el que alguna vez vivieron.

Lo que se ha encontrado hasta ahora en pacientes límite mujeres que sufrieron abusos sexuales en la infancia o la adolescencia, naturalmente también se aplica a pacientes varones con antecedentes correspondientes. Sin embargo, los encontramos con menos frecuencia en pacientes límite masculinos, por lo que aquí he hablado principalmente de pacientes femeninas. Además, independientemente del sexo del paciente, existen experiencias traumáticas en la infancia y la adolescencia (negligencia de la madre, muerte de la madre, objetos sustitutos frecuentemente cambiantes o poco fiables, etc.) que pueden contribuir al desarrollo del trastorno límite de la personalidad. Sin embargo, hay muchos indicios de que es la experiencia de abuso sexual en la niñez y/o la juventud la que tiene más probabilidades de causar dicho trastorno.

4. La influencia del trauma sufrido en la terapia límite

Los hallazgos presentados aquí sobre una posible etiología traumática del trastorno límite de la personalidad tienen consecuencias inmediatas relacionadas con el tratamiento. Actualmente existen estrategias probadas para el tratamiento de los trastornos traumáticos, que han sido descritas, entre otros, por Niederland 1965, Horowitz 1976, Herman 1981 y Shengold 1989. Sobre todo, se hace referencia a la importancia de redescubrir los recuerdos traumáticos y los afectos asociados. Esto incluye en particular la validación (es decir, el reconocimiento) de la

experiencia traumática del paciente por parte del terapeuta. Esta integración del trauma se considera un requisito previo para mejorar la tolerancia a los afectos, el control de los impulsos y la organización defensiva. También es el requisito previo para la restauración de una identidad propia integrada y la capacidad de desarrollar relaciones interpersonales apropiadas.

Los clínicos saben que muchas veces este camino no se toma porque las condiciones postraumáticas no son reconocidas como tales porque el paciente las percibe como un estigma y ha aprendido a rodearlas de un secreto. El analista entonces se identifica fácil e inconscientemente con esta actitud, lo que conduce a la conspiración de silencio que conocemos por la literatura sobre las víctimas del nacionalsocialismo (ver, por ejemplo, Heimannsberg y Schmidt 1988). Herman et al. (1989) sospechan que la reacción terapéutica negativa que a menudo se observa en el tratamiento de los trastornos límite de la personalidad también puede atribuirse a la falta de detección de dichos traumas infantiles. Al explorar su interioridad, el paciente encuentra la antigua prohibición de hablar y retrocede (a menudo en una regresión aparentemente cada vez más profunda), mientras que el terapeuta no puede ayudarlo a superar la barrera porque la desconoce en una alianza inconsciente con el paciente.

Stone (1990) desarrolló un perfil de incesto que proporciona pistas sobre la posible experiencia biográfica de incesto de un paciente, aunque no promete ninguna certeza. Los pacientes con antecedentes de incesto suelen mostrar un comportamiento seductor, impulsividad, timidez, secretismo, automutilación, destructividad, inconstancia y precaución y están dominados por sentimientos de vergüenza y venganza, cinismo y desconfianza. La destrucción y la venganza son reacciones a la explotación en la infancia: la víctima se convierte en agresor.

El foco de la terapia para tal trastorno traumático es el recuerdo del trauma y la forma en que fue procesado. Por lo tanto, estamos ante una terapia orientada al descubrimiento. En la medida en que se encuentra con la evitación del paciente respecto a afrontar su experiencia traumática, el terapeuta trabaja también con la herramienta de la confrontación. Un tal enfoque



terapéutico se solapa en gran medida con la propuesta formulada por Kernberg respecto a la terapia de los pacientes borderline que consiste en trabajar primordialmente las defensas patológicas a los efectos de remover la escisión de las relaciones de objeto internalizadas del paciente (imágenes del self y del objeto irrealmente “buenas” e irrealmente “malas”). La misma escisión de las imágenes de objetos se describe también para el síndrome postraumático, es decir, como una estrategia de adaptación practicada en la infancia, que tiene como objetivo salvar las imágenes del objeto bueno del trauma sufrido y, de esta manera, asegurar la propia supervivencia psíquica.

Lo que Kernberg describió desde un punto de vista psicodinámico como una típica organización límite de la personalidad puede desarrollarse y justificarse fácilmente a partir de la suposición de una anamnesis límite específica, causada traumáticamente. Queda sin respuesta la pregunta de por qué la hipótesis etiológica del trauma infantil, especialmente del abuso sexual en la infancia, descrita por última vez, se ha convertido tan tarde en el foco de la teoría límite. La omisión de la que obviamente nos ocupamos aquí nos lleva a considerar si el alejamiento parcial de Freud de la teoría del trauma de las neurosis no pudo haber llevado al psicoanálisis a centrarse en la escena de la fantasía del niño en una dirección quizás demasiado unilateral. Por ejemplo, ¿hasta qué punto se puede hablar de un complejo de Edipo en pacientes límite cuando las fantasías edípicas asociadas se han convertido en una realidad devastadora para un gran número de ellos (véase también Simon, 1992)? Sin embargo, también sería un error hablar simplemente de la *realidad del abuso sexual*, como si la pregunta “¿fantasía o realidad?” tratara de opuestos entre los cuales el terapeuta tuviera que decidir. Porque un niño que es abusado sexualmente también tiene fantasías edípicas, y también tiene el deseo de salir victorioso de la situación competitiva edípica (fantaseada). El verdadero incesto no extingue estas fantasías, pero sí las vuelve extremadamente culpables.

Durante el tratamiento psicoanalítico, estos pacientes exigen, con razón, que el psicoanalista reconozca toda su realidad. Cuando los/las

pacientes límite cuentan su historia, que antes era tabú y que nadie quería escuchar, de una forma a menudo oculta, entonces su desesperada esperanza es que esta vez sea aceptada (similarmente a Shengold 1989; Sachsse 1989; Westen et al. 1990). Esta historia incluye las experiencias del trauma así como las fantasías del paciente que acompañaron el trauma y ayudaron a superarlo.

Freud se retractó de su teoría de la seducción poco después de haber tenido un sueño relacionado con la muerte de su padre. Lo describe en una carta a Fliess (1896): “Tengo que contarte un bonito sueño de la noche después del funeral: estaba en un bar y allí leí un cartel: Se ruega cerrar los ojos” (cita. según Krüll 1979, p. 57).

Varios autores (incluido Krüll 1979) creen que esto expresaba indirectamente el deseo de Freud de salvar a su difunto padre, quien habría sido acusado por la teoría de la seducción original de Freud. Desde esta perspectiva, la revocación de la teoría de la seducción por parte de Freud sirvió principalmente para rehabilitar a su propio padre. Independientemente de lo que se pueda sentir acerca de esta retractación, que por cierto nunca fue total, ha allanado el camino hacia una teoría psicoanalítica de la neurosis en la que la neurosis se entiende como una expresión de un conflicto interno que se basa en las fantasías inconscientes del paciente y que es mantenido por ellas. El destino de las pacientes límite descritas en este capítulo también muestra lo que significa cuando los psicoanalistas se retiran a contemplar estas fantasías y, por lo tanto, pierden de vista la realidad, a menudo más aterradora.



Referencias

- Akhtar, S., & Byrne, J. C. (1986). Demographic and diagnostic characteristics of borderline patients. *American Journal of Psychiatry*, 143(8), 996–1001.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). APA.
- American Psychiatric Association. (1983). *Draft: DSM-III-R*. APA. [Nota: versión preliminar previa a la publicación oficial de 1987]
- American Psychiatric Association. (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed., rev.). APA.
- Barnard, C. P., & Hirsch, C. (1985). Borderline personality disorder and childhood trauma. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 173(6), 346–352.
- Beck, U. (1986). *Risikogesellschaft: Auf dem Weg in eine andere Moderne*. Suhrkamp.
- Broverman, I. K., Vogel, S. R., Broverman, D. M., Clarkson, F. E., & Rosenkrantz, P. S. (1972). Sex-role stereotypes and clinical judgments of mental health. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 34(1), 1–7.
- Bryer, J. B., Nelson, B. A., Miller, J. B., & Krol, P. A. (1987). Childhood sexual and physical abuse as factors in adult psychiatric illness. *American Journal of Psychiatry*, 144(11), 1426–1430.
- Castaneda, R., & Franco, H. (1985). Borderline personality disorder in hospitalized patients. *American Journal of Psychiatry*, 142(11), 1454–1457.
- Ensink, B. J. (1992). *Confusing realities: A study on child sexual abuse and psychiatric symptoms*. Universiteit van Amsterdam. [Tesis doctoral]
- Finkelhor, D. (1979). *Sexually victimized children*. Free Press.
- Freud, S. (1896). The aetiology of hysteria. *Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, Vol. 3, 191–221.
- Gunderson, J. G., & Zanarini, M. C. (1987). Current overview of the borderline diagnosis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 48(Suppl), 5–11.
- Henry, C. A., & Cohen, P. (1983). Sex differences in the perception of personality disorders. *Archives of General Psychiatry*, 40(12), 1525–1529.
- Herman, J. L. (1981). *Father-daughter incest*. Harvard University Press.
- Herman, J. L., Perry, J. C., & van der Kolk, B. A. (1989). Childhood trauma in borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 146(4), 490–495.
- Hirsch, M. (1993). The internalized perpetrator and self-destructiveness in borderline patients. *International Journal of Psychoanalysis*, 74(3), 553–568.
- Hoch, P. H., & Polatin, P. (1949). Pseudoneurotic forms of schizophrenia. *Psychiatric Quarterly*, 23(2), 248–276.
- Horowitz, M. J. (1976). *Stress response syndromes*. Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1975). *Borderline conditions and pathological narcissism*. Jason Aronson.
- Kernberg, O. F. (1984). *Severe personality disorders: Psychotherapeutic strategies*. Yale University Press.
- Kernberg, O. F. (1989). Psychoanalytic approaches to the borderline patient. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 37(1), 69–87.
- Klein, D. F. (1977). Anxiety reconceptualized. In D. F. Klein & J. G. Rabkin (Eds.), *Anxiety: New research and changing concepts* (pp. 235–262). Raven Press.
- Kroll, J. (1988). The challenge of borderline personality disorder: The cultural perspective. *Hospital & Community Psychiatry*, 39(12), 1271–1278.
- Krüll, M. (1979). *Freud und sein Vater*. Frankfurt am Main: Suhrkamp Verlag.
- Landrine, H. (1989). The politics of personality disorder: A feminist critique of borderline personality disorder. *Psychology of Women Quarterly*, 13(1), 25–39.
- Niederland, W. G. (1965). The problem of the survivor: Second-generation effects of Nazi persecution. *Journal of the Hillside Hospital*, 14, 233–247.
- Nigg, J. T. (1991). Object representations in memory and early recollections of borderline patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 55(3), 270–282.
- Ogata, S. N., Silk, K. R., Goodrich, S., Lohr, N. E., Westen, D., & Hill, E. M. (1989). Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. *American Journal of Psychiatry*, 147(8), 1008–1013.



- Prodgers, A. (1984). Patterns of child abuse in the family: A review of clinical studies. *Child Abuse & Neglect*, 8(3), 393–402.
- Rudolph, M., & Stratmann, T. (1989). Geschlechtsspezifische Aspekte psychischer Störungen. In *Psychosoziale Geschlechterforschung*. [Traducción: Aspectos específicos de género en los trastornos psíquicos.]
- Sachsse, U. (1989). Selbstverletzendes Verhalten als Trauma-Folge. *Psychotherapie Forum*, 7(2), 112–118.
- Schepank, H. (1987). Psychosomatische Störungen im Wandel: Ergebnisse einer Längsschnittstudie. *Springer-Verlag*.
- Shengold, L. (1989). *Soul murder: The effects of childhood abuse and deprivation*. Yale University Press.
- Simon, B. (1992). Incest and the idea of childhood. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 47, 37–56.
- Spiegel, D., Hunt, T., & Dondershine, H. E. (1988). Dissociation and hypnotizability in posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 145(3), 301–305.
- Stine, E. (1989). Gender differences in the perception of personality disorders. *Journal of Personality Disorders*, 3(3), 232–240.
- Stone, M. H. (1981). The Fate of Borderline Patients. *American Journal of Psychiatry*, 138(9), 1171–1180.
- Stone, M. H. (1990). The Fate of Borderline Patients: A Follow-up Study of All Patients Treated at the Columbia Center. *Guilford Press*.
- Wender, P. H., Rosenthal, D., Kety, S. S., Schulsinger, F., & Welner, J. (1968). Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders. *Science*, 158(3804), 907–909.
- Westen, D., Ludolph, P., Misle, B., Ruffins, S., & Block, M. (1990). Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. *American Journal of Orthopsychiatry*, 60(1), 55–66.
- Zanarini, M. C., Gunderson, J. G., Marino, M. F., Schwartz, E. O., & Frankenburg, F. R. (1989). Childhood experiences of borderline patients. *Comprehensive Psychiatry*, 30(1), 18–25.

