OTTO KERNBERG
DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO CON PACIENTES BORDERLINE

FERNANDO URRIBARRI

SOBRE DEFINICIÓN Y CLASIFICACIÓN

FU: Me parece conveniente empezar esta entrevista sobre su conceptualización y sus propuestas de abordaje psicoterapéutico de los pacientes borderlines, pidiéndole algunas definiciones generales sobre los tres niveles en que divide las "patologías del carácter".

OK: Así es. Esquemáticamente digamos que se trata de tres niveles. Un nivel neurótico, un nivel limítrofe y un nivel psicótico. Esta clasificación psicopatológica es a su vez absolutamente solidaria con un modelo de diagnóstico y pronóstico, y lógicamente de un abordaje y unas estrategias psicoterapéuticas diferenciadas.

FU: Antes de profundizar en los casos límites: Cómo definiría - mediante que indicadores - estos tres niveles ?

OK: El diagnóstico definitivo depende de la patología yoica y no de los síntomas descriptivos. Uno de los ejes diagnósticos corresponde al tipo de mecanismos predominantes. Es decir que de acuerdo al predominio de la represión o de la disociación, es posible establecer una secuencia que va de la normalidad neurótica a la psicosis, con grados intermedios variables de mayor o menor perturbación.

Otro de los aspectos importantes, a mi entender, de esta clasificación es que permite evaluar clínicamente el criterio de realidad. Así en el nivel psicótico encontramos un síndrome de difusión de la identidad, junto con el predominio de defensas primitivas del tipo de las descriptas por Melanie Klein. Y lo que es esencial para definir el nivel psicótico: hay perdida del juicio de realidad.

En el nivel limítrofe hay también difusión de la identidad -que se puede caracterizar por la falta de integración de "si mismo", y que es correlativa a las fallas a nivel de las relaciones de objeto, de los

Este documento ha sido descargado de
http://www.educ.ar

"otros significativos". Por supuesto también hay defensas primitivas - de predominio no excluyente - en juego. Pero hay un buen mantenimiento del juicio de realidad.

En cuanto al nivel neurótico, corresponde al descrito clásicamente por Freud, con un yo bien integrado, defensas avanzadas y un sólido criterio de realidad.

FU: Desde su perspectiva - y a diferencia de otros autores como Andre Green- Ud. propone diferenciar netamente los casos fronterizos de los "trastornos narcisistas".

OK: Así es. Pero valoro mucho las ideas de Andre Green -así como la de otros valiosos psicoanalistas franceses como Bergeret o MeDougall que me han influido - y no creo que deba verse esto como un contraste absoluto.

Es cierto que a mi modo de ver ambas categorías no se recubren. Digamos que no todas las estructuras narcisistas son borderline y, a la vez, que no todo desorden fronterizo corresponde a una estructura narcisista. La estructura narcisista puede corresponder por ejemplo a un nivel neurótico. En cuanto al narcisismo patológico en el nivel limítrofe, por mi parte, me refiero específicamente a la "personalidad narcisista". Clínicamente se trata de pacientes en los que toda interacción con los otros está referida a sí mismos en medida inusual; tienen gran necesidad de ser amados y admirados. Son pacientes que combinan una grandiosidad, omnipotencia, una auto imagen inflada, correlativa a una falta de investidura de los demás, un problemático nivel de celos - conscientes e inconscientes - y generalmente un fondo de sensación de vacío.

FU: Si ésta es la definición especifica de los trastornos narcisistas fronterizos o "personalidades narcisistas", entonces, le pediría que definiera desde su perspectiva los desordenes fronterizos.

OK: Pueden tomarse cuatro aspectos claves. A nivel sintomático cierta ansiedad difusa, que suele ser flotante y crónica, y que adquiere mayor significatividad cuando se combina con otros síntomas o rasgos patológicos de carácter. Estos pueden ser, por ejemplo, de tipo "neurosis poli sintomática". O del tipo de neurosis impulsiva y adictiva.

Por otra parte ciertas constelaciones de defensas yoicas: por ejemplo la combinación de manifestaciones inespecíficas de labilidad yoica y desviación hacia el pensamiento de proceso primario; y por otra parte determinados mecanismos de defensa primitivos como la

Este documento ha sido descargado de
http://www.educ.ar

escisión, la idealización primitiva, formas tempranas de proyección, negación, omnipotencia.

FU: Estas clasificaciones respecto de los mecanismos de defensa, se basan en una conceptualización sobre la organización del yo en dos niveles que me parecería importante mencionar.

OK: Bueno. Se refiere Ud. a una sugerencia que he hecho hace tiempo. Creo que existen dos niveles de organización yoica, que dependen a su vez del grado de síntesis de los sistemas de identificación - que implican la introyección, la identificación y la identidad del yo, que se ordenan según una secuencia progresiva en el proceso de internalización de las relaciones objétales. Entonces decía que la organización de los sistemas de identificación tiene lugar primero en un nivel básico de funcionamiento yoico, en el cual la disociación o "escisión" primitiva es el mecanismo central de la organización defensiva del yo. Esta organización llega después a un nivel más avanzado, en el que la represión reemplaza a la escisión como mecanismo de defensa central. Lo que proponía siguiendo esta idea es que los pacientes fronterizos tienen una fijación en el nivel inferior de la organización yoica, en el que predomina la escisión y otros mecanismos concomitantes. Podemos decir, esquematizando, que persisten en el yo imágenes de sí mismo primitivas, irreales y de características extremadamente contradictorias, lo cual obviamente impide la elaboración de un "sí mismo" integrado. A la vez el sujeto es incapaz de una buena integración de las imágenes del objeto ni su evaluación realista. Existe una particular patología de las relaciones de objeto intemalizadas. La constante proyección de imágenes "totalmente malas" de sí mismo y de los objetos crea un mundo de objetos peligrosos y amenazantes, contra el cual se emplean defensivamente las imágenes "totalmente buenas" de sí mismo, dando lugar a representaciones megalomaníacas del sí mismo ideal.

Por otra parte los borderline presentan una particular condensación patológica de objetivos pregenitales y genitales. Esto último es producto de la intensidad de la agresión pregenital. Genéticamente podríamos decir que el exceso de agresión pregenital y en especial de agresión oral, tiende a inducir el prematuro desarrollo de tendencias edípicas, a consecuencia de lo cual se genera esa particular condensación señalada.

SOBRE ABORDAJE Y TRATAMIENTO

Este documento ha sido descargado de
http://www.educ.ar

FU: Pasemos a la cuestión del tratamiento de estas patologías.

OK: Usted sabe que actualmente hay un importante debate respecto de distintos modelos de abordaje terapéutico de los casos borderline. En los últimos tiempos se han desarrollado distintas líneas, y cambios en cuanto a la psicoterapia psicoanalítica con pacientes bordeline, en un sentido más exploratorio y expresivo. Las psicoterapias de sostén - que se solía recomendar para estos casos ha ido perdiendo su peso. Sin embargo persisten importantes diferencias en cuanto a si la psicoterapia debe ser puramente analítica, exploratoria o expresiva, o debe combinar en cierto grado lo expresivo con el apoyo, cuando menos en las fases iniciales del tratamiento.

En base a nuestra investigación, hemos desarrollado un modelo de tratamiento psicoterapéutico psicodinámico de pacientes borderline que deriva de la teoría de la técnica psicoanalítica y que la modifica creando una estrategia dirigida a resolver los trastornos específicos de los pacientes borderlines. Nuestro objetivo básico es el diagnóstico y resolución del síndrome de difusión de la identidad, y en este proceso la resolución de las defensas primitivas características, así como de sus relaciones parciales de objeto intemalizadas hacia relaciones de objetos "totales" propios de un funcionamiento más avanzado, neurótico, más normal. Digamos que se trata entonces de una particular forma de psicoterapia expresiva de orientación psicoanalítica.

FU: En qué consiste esta estrategia psicoterapéutica ?

OK: La estrategia psicoterapéutica de pacientes borderline consiste en un procedimiento de tres pasos. El primero es la diagnosis de la emergencia en la transferencia de una relación de objeto parcial, y el análisis interpretativo de la estructura inconsciente de la fantasía dominante correspondiente a dicha activación transferencial.

FU: Ud. utiliza en un articulo un ejemplo que puede darse también aquí: el analista que le señala al paciente que ese momento de la relación transferencial parece el de un guardia cárcel sádico con un prisionero atemorizado y paralizado.

OK: Así es, ese ejemplo podría ilustrar la intervención del psicoterapeuta en ese primer momento. El segundo nivel de esta estrategia consiste en identificar las representaciones del self y del objeto correspondientes a esta transferencia primitiva, y la típica

Este documento ha sido descargado de
http://www.educ.ar

oscilación o alternancia en la atribución por el paciente de éstas a si mismo o al analista.

FU: Cómo sería esto ?

OK: Siguiendo con el ejemplo que Ud. recordó, el analista podrá extender la intervención previa diciéndole que es como si el paciente experimentara la sensación de ser ese prisionero y atribuyera al analista la conducta o actitud del guardia cárcel sádico. Y más tarde en la misma sesión le señalará como en ese momento los roles se han invertido.

Luego el tercer paso consistirá en ligar esta relación de objeto particular, activada en la transferencia y su opuesta activada en otro momento - que constituye la "contraparte" disociada e idealizada de aquella relación de objeto persecutoria. Para darle un ejemplo: si en ciertos momentos el paciente vivencia al terapeuta como una madre perfecta y todo-generosa, sintiéndose él como un bebe feliz satisfecho y amado que es el objeto exclusivo de la atención materna, el terapeuta podrá señalarle que el guardia cárceles es en realidad un madre mala, frustrante, rechazante, y la víctima un bebe furioso que quisiera tomar revancha pero teme ser destruido por la proyección de su ira en su madre.

La exitosa integración de los aspectos disociados, absolutamente buenos o malos, de las relaciones primitivas de objeto en la transferencia incluye además la integración no sólo de las representaciones sino también de los afectos correspondientes al self y a los objetos, procurando una modulación afectiva y una acrecentada capacidad de control afectivo.

FU: En gran medida esta estrategia procuraría lo que Ud. denomina "fortalecimiento del yo" - tanto mediante las medidas de "apoyo" como de la elaboración de las fijaciones inconscientes, por ejemplo a través del análisis de los mecanismos inconscientes que Ud. define como "primitivos".

OK: El fortalecimiento del yo es definitivamente una meta constante de esta psicoterapia. Entonces tanto los recursos de apoyo como los interpretativos o expresivos convergen lógicamente en esta meta. La elaboración de las defensas patológicas típicas de los borderlines - como la escisión a otras - permite que la represión y otros mecanismos afines correspondientes a un nivel superior de organización yoica reemplacen a las defensas mas primitivas que debilitan al yo.

Este documento ha sido descargado de
http://www.educ.ar

FU: Cuáles serían algunas de las principales modificaciones respecto del análisis y la técnica clásicos, que introduce este modelo psicoterapéutico ?

OK: Bueno, le decía antes que se trata de un psicoterapia expresiva de orientación psicoanalítica. Es decir que como tal no se confunde con el análisis clásico. Concretamente no permite el total desarrollo de la neurosis transferencial, ni se vale sólo de la interpretación para resolver la transferencia. Pero a la vez, si cabe llamarla expresiva es porque considera y analiza los factores inconscientes de la conducta del paciente. Muy especialmente en lo referido a la transferencia positiva y negativa.

En cuanto a las modificaciones técnicas, esta estrategia psicoterapéutica incluye específicamente tres. En primer lugar en lo

referente a la interpretación. Incluimos sistemáticamente la clarificación de la experiencia subjetiva del paciente y la confrontación del sentido de su experiencia subjetiva, tanto respecto a su comunicación verbal, cuanto al comportamiento no-verbal, y a la interacción con el terapeuta. A la vez hacemos una restricción de la interpretación del sentido inconsciente al "aquí y ahora" solamente. En contraste con la técnica psicoanalítica clásica, nosotros reservamos la interpretación del pasado inconsciente - del "allá entonces" - a los estadios más avanzados del tratamiento.

Otra diferencia con el psicoanálisis estándar es la modificación del análisis de la transferencia, en la medida en que se presta atención a los conflictos del paciente en la vida real, más allá de la situación transferencial. En consecuencia las interpretaciones transferenciales deben estar ligadas estrechamente a las realidades presentes de la vida del paciente. Entonces hay que decir que el análisis de la transferencia es modificado por la atención a la realidad externa actual. En cuanto a la orientación de la interpretación, un aspecto importante lo constituye el énfasis puesto desde el inicio en la interpretación de la transferencia negativa.

SOBRE TÉCNICA

FU: Que consecuencias tiene la incorporación de la realidad externa en cuanto a la neutralidad ?

OK: La neutralidad técnica - que entendemos como la equidistancia del terapeuta respecto de las fuerzas en conflicto en la

Este documento ha sido descargado de
http://www.educ.ar

mente del paciente - es importante en nuestro abordaje tanto como en el análisis clásico.

El terapeuta debe tratar de permanecer tan neutral como le sea posible, pero sin que esto signifique falta de actividad. En líneas generales es preferible realizar estas terapias cara a cara, para acentuar sus aspectos reales. De todos modos el hecho de acostarse en un diván o sentarse frente a un terapeuta no produce en sí mismo ningún efecto. Los componentes netamente de apoyo son parte de la tarea de estructurar la situación.

A la vez debido a los severos acting-out de ciertos pacientes borderline, la neutralidad técnica también debe ser a veces limitada para mantener el encuadre necesario para el tratamiento. Esto debe luego ser interpretado, claro está.

Nuestra estrategia implica un set de consideraciones tácticas concernientes a las intervenciones del terapeuta en cada hora de tratamiento. Esto da un matiz o colorido propio a esta psicoterapia que la diferencia tanto del psicoanálisis estándar como de las terapias de sostén.

Consideramos que en cada sesión es importante fortalecer - reforzar la capacidad del paciente de diferenciar fantasía de realidad, y sólo realizar interpretaciones del sentido inconsciente tras la confirmación de que hay una visión compartida de la realidad entre paciente y terapeuta.

En contraste con las terapias de sostén el terapeuta limita al máximo las intervenciones de sostén - así como cualquier maniobra que reduzca la neutralidad técnica. También en contraste con las terapias de sostén la transferencia no es utilizada para fortalecer la alianza terapéutica, ni para resolver síntomas. Tanto la transferencia positiva como la negativa son interpretadas.

FU: Qué lugar otorga y como aborda el análisis de la sexualidad?

OK: El análisis de los conflictos sexuales inconscientes es desde ya necesario. En cuanto a las intervenciones del analista, en relación a la estrategia global, es esencial incluir el análisis de la contaminación de la sexualidad con la agresión, para permitir al paciente liberar su sexualidad del control de los impulsos agresivos. Ahora bien, la interpretación del sentido inconsciente debe ser formulada -sobre todo en un comienzo- en sentido condicional, en términos de "como si", de modo metafórico. Esto es mejor que interpretar directamente relacionando la conducta del paciente con un

Este documento ha sido descargado de
http://www.educ.ar

aspecto de su pasado que se repite inconscientemente. De lo contrario se puede generar una confusión entre pasado y presente, a la vez que se corre el grave riesgo de adoctrinar con nuestras hipótesis al paciente.

FU: Qué lugar otorga al análisis de las resistencias y a la interpretación de las defensas ?

OK: Consideramos de suma importancia la interpretación sistemática de las defensas primitivas, en la medida que aparecen en cada sesión. Esto es esencial. El objetivo, como dijimos, es fortalecer la capacidad del yo, su juicio de realidad; a la vez que abre la vía a la interpretación del terapeuta - y comprensión del paciente - de las transferencias primitivas. Esto corresponde además a un principio general, que consiste en la interpretación de las transferencias primitivas antes que aquellas más avanzadas. Lo cual es importante para definir tácticamente, en una sesión en la que pueden aparecer ambos tipos de transferencia, la orientación del analista.

FU: Ud. ha planteado que, en relación al riesgo de diversos acting-out, existe una "lista del piloto" (jugando con esta expresión usada por los aviadores para chequear prioridades en el despegue) que guía un nivel de prioridades en relación a posibles emergencias.

OK: Ocurre que con estos pacientes suele presentarse, de inicio incluso, una posible serie de riesgos. Lo que hemos hecho entonces con nuestra "lista del piloto" es establecer una clasificación que define las prioridades de intervención. Son las siguientes: primero el riesgo de suicidio a homicidio inminente; luego las amenazas a la continuidad del tratamiento constituye la segunda prioridad; la tercera es la conducta consciente y voluntariamente deshonesta del paciente; y los acting-out dentro o fuera de la sesión son la cuarta prioridad que debe considerar el terapeuta.

FU: Bueno, le agradezco mucho por su cortesía y su claridad.

OK: Bueno, gracias; pero también soy yo quien le agradece.

Bs. As. - Diciembre 1994

Este documento ha sido descargado de
http://www.educ.ar