II. Tratamiento de las Personalidades Límite

6

Psicoterapia de expresión

ANTECEDENTES TEORICOS

Debido a que los principales contribuyentes al estudio del tratamiento psicoterapéutico de los trastornos límite se inclinan hacia una definición amplia de la personalidad límite, los pacientes sobre quienes escriben pudieran clasificarse bajo diferentes encabezados del DSM-III y por los investigadores que suelen preferir una definición más estrecha.

Rinsley (1980) y Masterson (1976, 1978, 1980), por ejemplo, se interesan primordialmente en pacientes que, según mi punto de vista (ver capítulo 5), corresponden a la personalidad infantil. Sus pacientes parecen corresponder también al concepto de Gunderson (1977, 1982), sobre el trastorno límite de la personalidad y a lo que el DSM-III califica de Trastorno Histriónico de la Personalidad y Trastorno Límite de la Personalidad. Rosenfeld (1979a), se centra principalmente en pacientes límite con rasgos predominantemente narcisistas y paranoides, comparables con lo que el DSM-III describe en los criterios para Trastorno Narcisista de la Personalidad y Trastorno Paranoide de la Personalidad. Fairbairn (1954), y Rey (1979), enfatizan en los rasgos esquizoides de los trastornos límite característicos de los Trastornos Esquizoide y Esquizotípico de la Personalidad en el DSM-III. En resumen, la literatura sobre la psicoterapia intensiva de los trastornos límite cubre un espectro de psicopatología relacionado con diversos tipos de patología del carácter o trastornos de la personalidad. En mi punto de vista, todos estos tipos comparten las características estructurales de la organización límite de la personalidad; según los demás autores citados, comparten características comunes de desarrollo y genéticas (en un sentido psicoanalítico).

Mahler (1971, 1972; Mahler y Kaplan, 1977), ha brindado marcos de referencia clínicos y teóricos para estas características genéticas y de desarrollo. Todas las descripciones clínicas en los trabajos de los mencionados psi-

coterapeutas y en los de otros que han realizado psicoterapia intensiva en pacientes límite, incluyen rasgos comunes a pacientes con patología límite (Winnicott, 1958, 1965; Bion, 1967; Khan, 1974; Volkan, 1976; Green, 1977; Little, 1981). Con excepción de Bion, estas autoridades distinguen entre la manera en que tratan a los pacientes límite, a los neuróticos, pacientes con patología no límite y psicóticos. En otra parte, he intentado sintetizar las características clínicas de los pacientes límite, desarrollando al mismo tiempo un marco de referencia explicativo —una teoría psicoestructural de las relaciones objetales— que enlaza sus características descriptivas y estructurales con sus desarrollos transferenciales y con el proceso terapéutico (1975, 1976, 1980). Los psicoanalistas y coterapeutas mencionados llegaron a conclusiones similares a las mías: La teoría de las relaciones objetales constituye un valioso marco de referencia y brinda un postulado explicativo para las características clínicas de estos pacientes y su proceso terapéutico. En el pasado, bajo la influencia del trabajo pionero de Knight (1953a), el tratamiento considerado óptimo para los pacientes límite era la psicoterapia de apoyo. Sin embargo, en forma gradual muchos clínicos que trabajaban intensamente con pacientes límite cambiaron a un enfoque psicoterapéutico psicoanalítico (o de expresión) para la mayoría de ellos. Para algunos pacientes se consideró todavía posible el psicoanálisis no modificado.

El Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project (Kernberg y cols., 1972) intentaba comparar los efectos del psicoanálisis, de la psicoterapia de expresión y de la psicoterapia de apoyo —el espectro total de las psicoterapias de derivación psicoanalítica— en los pacientes con “buena fortaleza del yo” (mayormente patología neurótica del carácter y neurosis sintomáticas) y en aquellos con “debilidad del yo” (patología límite del carácter). Los resultados de la investigación llevaron a la conclusión de que el mejor tratamiento para pacientes con debilidad del yo puede ser un enfoque de expresión, con poca estructura proporcionada durante las horas de tratamiento y tanta hospitalización simultánea (estructuración ambiental) como necesite el paciente. Este enfoque contrasta con un tratamiento puramente de apoyo, el cual brinda bastante estructura durante las horas de tratamiento, pero no apoyo hospitalario.

Otros enfoques psicoterapéuticos derivados psicoanalíticamente para los trastornos límite emplean más modificaciones de técnica. Masterson (1972, 1976, 1978), por ejemplo, diseñó una forma especial de psicoterapia engranada a la resolución de la “depresión por abandono” y a la corrección y reparación de los defectos del yo que acompañan a la fijación oral narcisista de estos pacientes y que alienta al crecimiento a través de las etapas de separación-individuación hasta autonomía. Propuso que la psicoterapia con pacientes límite debería comenzar en forma de apoyo y que la psicoterapia intensiva, reconstructiva, psicoanalíticamente orientada es por lo general una ampliación y una consecuencia de la psicoterapia de apoyo. Masterson subraya la importancia de analizar las transferencias primitivas y ofrece una descripción ampliada de dos unidades mutuamente escindidas de relaciones objetales parciales (la unidad libidinal o de recompensa, y la unidad agresiva o de retraimiento), combinando así un punto de vista de relaciones objetales con un modelo de desarrollo basado en el trabajo de Margaret Mahler.

Rinsley (1977) y Furer (1977), forman también parte de un creciente grupo de terapeutas psicoanalíticamente orientados que combinan una teoría psicoestructural de las relaciones objetales con un modelo de desarrollo que se origina en el trabajo de Mahler (Mahler 1971, 1972; Mahler y Furer, 1968; Mahler y Kaplan 1977). Giovacchini (1975), Bergeret (1970), Green (1977), Searles (1977), y Volkan (1976) han aplicado también modelos derivados de la teoría de las relaciones objetales. Searles enfatiza particularmente en la comprensión de las características de los desarrollos de transferencia y contratransferencia en el tratamiento de pacientes límite y psicóticos. Resúmenes completos de algunos de estos enfoques pueden encontrarse en Hartocollis (1977) y en Masterson (1978).

En tanto que los autores norteamericanos basan su enfoque esencialmente en un modelo de psicología del yo que incorpora los recientes descubrimientos sobre el desarrollo y las teorías psicoestructurales de las relaciones objetales, la escuela británica de psicoanálisis (originalmente identificada con ciertas teorías de las relaciones objetales) sigue influyendo en los enfoques técnicos hacia los pacientes límite. El trabajo de Little (1957, 1960, 1966) se centraba principalmente en la técnica. Aunque ella presumía que la mayoría de los pacientes descritos eran límite, su implicación de que éstos presentaban una falta de diferenciación entre el sí mismo y los objetos y sus propuestas técnicas para ayudarlos a desarrollar un sentido de unicidad y separabilidad parecían fijarse en la patología de la subfase temprana de diferenciación de separación-individuación. Sus puntos de vista están de alguna manera relacionados con los de Winnicott, pero los pacientes de ella parecen tener mayor regresión que los de él.

Winnicott (1960b), subrayaba la necesidad del terapeuta de permitir al paciente desarrollar su "verdadero sí-mismo" evitando "presionarlo" en ciertas etapas de la regresión terapéutica. La función óptima del terapeuta bajo estas condiciones, decía, era la de un objeto de "sostén" o "apoyo", similar al cuidado maternal básico para los pacientes que carecieron de cuidado maternal normal. En tales momentos, Winnicott sugería, tiene lugar una regresión silenciosa, lo que equivale a una forma primitiva de dependencia del analista experimentado como una "madre que sostiene". Winnicott pensaba que la presencia intuitiva, empáticamente comprensiva del analista era más útil que los efectos perturbadores y entrometidos de la interpretación verbal.

Este concepto se relaciona con la teoría de Bion (1967), de que la ensoñación intuitiva de la madre (Bion la llama "reverie") le permite incorporar las experiencias primitivas, fragmentadas, dispersas y proyectadas del bebé en momentos de frustración e integrarlas mediante su comprensión intuitiva de la situación difícil total del bebé en ese punto. La intuición de la madre, dice Bion, actúa así como un "contenedor" que organiza el "contenido" proyectado. En forma similar, los elementos patológicos dispersos, distorsionados de la experiencia de regresión del paciente se proyecta sobre el analista de modo que el paciente puede usarlo como un "contenedor" —un organizador, pudiera decirse— de lo que el paciente no puede tolerar experimentar en él mismo.

En resumen, Winnicott y Bion subrayan la habilidad del terapeuta que trabaja con pacientes límite para poder integrar aspectos cognoscitivos y

emocionales en su comprensión de la situación terapéutica, centrándose Bion en el aspecto cognoscitivo ("contenedor") en contraste con el énfasis de Winnicott sobre el emocional ("de sostén"). Cierta confusión en la literatura se origina en que algunos de los que escriben sobre la psicoterapia de la personalidad límite suelen no diferenciar la psicoterapia de expresión del psicoanálisis. Me parece que estos autores —por ejemplo, Giovacchini (1978), Little (1981), Searles (1979), y Winnicott (1958, 1965)— en realidad modifican su técnica lo suficiente de modo que lo que hacen en su práctica no es un psicoanálisis estándar. La ventaja, creo, de distinguir con claridad entre psicoterapia de expresión y psicoanálisis es que permite una delimitación más precisa de un enfoque psicoterapéutico específico para los pacientes límite.

Esta revisión no estaría equilibrada, sin embargo, si no mencionara que la práctica clínica a menudo se aparta del tratamiento de expresión recomendado en la mayor parte de la literatura. Un gran número de pacientes límite, quizá la mayoría, se tratan con una mezcla de técnicas de expresión y de apoyo o con una modalidad que emplea sesiones no frecuentes (una a la semana, o menos), lo que significa un cambio de una modalidad de expresión deseada a una de apoyo. La respuesta clínica a la intervención en crisis y hospitalización breve, junto con una estructura ambiental clara y firme, indica que un enfoque de apoyo es efectivo, cuando menos en los tipos de psicoterapia a corto plazo. Otra observación clínica cotidiana es que muchos pacientes límite se mantienen como pacientes externos mediante una relación psicoterapéutica de apoyo a largo plazo.

La literatura específica sobre la psicoterapia de apoyo de los trastornos límite es muy escasa. Los enfoques "puramente" de apoyo recomendados con anterioridad por Knight (1953b) y Zetzel (1971), y todavía invocados por Grinker (1975), han variado hacia la recomendación de que las técnicas de apoyo se usen sólo en las etapas iniciales de la psicoterapia psicoanalítica para dichos trastornos (Masterson, 1978). Adler y Buie (1979), Modell (1976), y Volkan (1979) subrayan los efectos de apoyo de la función de sostén del terapeuta pero proponen una técnica esencialmente de expresión para los pacientes límite desde el principio del tratamiento.

Con base en los descubrimientos del proyecto Menninger, he propuesto rechazar la hipótesis tradicional de Knight (1953b) y Zetzel (1971), entre otros, de que en tanto más distorsionado o débil el yo del paciente, el tratamiento que necesita será más de apoyo (Kernberg, 1975). También cuestiono la persistente tradición de mezclar técnicas de expresión y de apoyo, particularmente para la organización límite de la personalidad. La observación clínica consistente es que el uso de técnicas de apoyo elimina la neutralidad técnica y, en la misma forma, la posibilidad de interpretar la transferencia. Ya que el paciente límite induce en el terapeuta fuertes corrientes emocionales que hacen que éste abandone una posición de neutralidad técnica, se hace imposible la interpretación de estas áreas centrales de transferencia. Al mismo tiempo, el terapeuta, en un esfuerzo por conservar una actitud esencialmente analítica, en tanto mezcla técnicas de expresión y de apoyo, tiende a reprimirse en el uso de medidas de apoyo, debilitando así los rasgos expresivos y de apoyo de la psicoterapia.

Usando las especificaciones de Gill (1954), puede definirse la técnica de psicoanálisis por (1) la adhesión consistente del analista a una posición de neutralidad técnica; (2) su uso consistente de la interpretación como una herramienta técnica, y (3) su facilitación del desarrollo de una neurosis de transferencia plenamente desplegada y de su resolución psicoanalítica sólo por la interpretación. De hecho, un espectro de las psicoterapias psicoanalíticas desde el psicoanálisis hasta las psicoterapias de apoyo puede diferenciarse en términos de estos tres rasgos básicos. Lo que sigue es una descripción de la psicoterapia de expresión para pacientes con una organización límite de la personalidad.

TECNICA DE LA PSICOTERAPIA DE EXPRESION

La psicoterapia de expresión para los trastornos límite puede describirse en términos de variaciones sobre los tres elementos técnicos esenciales de Gill. Debido a que las transferencias primitivas están disponibles de inmediato, predominan como resistencias, y de hecho determinan la gravedad de perturbaciones intrapsíquicas e interpersonales, el terapeuta puede y deberá centrarse en ellas inmediatamente, comenzando por interpretarlas en el aquí-y-ahora. La reconstrucción genética deberá intentarse sólo en las etapas avanzadas del tratamiento, cuando las transferencias primitivas determinadas por relaciones objetales parciales se han transformado en transferencias de más alto nivel o en relaciones objetales totales. En ese punto, las transferencias se acercan a las experiencias más realistas de la niñez que se prestan a tales reconstrucciones. La interpretación de la transferencia requiere conservar una posición de neutralidad técnica, pues las transferencias primitivas no pueden interpretarse sin un mantenimiento firme, consistente y estable de los límites de la realidad en la situación terapéutica. El terapeuta debe estar siempre alerta a la posibilidad de ser atrapado en la reactivación de las relaciones objetales primitivas patológicas del paciente. Ya que tanto la interpretación de la transferencia como la posición de neutralidad técnica requieren el uso de clarificación e interpretación y contraindican el uso de técnicas de sugerencias y manipuladoras, las principales técnicas son la clarificación y la interpretación.

Sin embargo, el análisis de la transferencia en contraste con el psicoanálisis propio, no es sistemático. El análisis de la transferencia debe centrarse en la gravedad del "acting out" y en las perturbaciones de la realidad externa del paciente que quizá amenacen la continuidad del tratamiento y la supervivencia psicosocial del mismo. A causa de esto y también porque el tratamiento, como parte del "acting out" de las transferencias primitivas, llega con facilidad a reemplazar la vida, la interpretación de la transferencia debe codeterminarse por tres grupos de factores: (1) los conflictos que predominan en la realidad inmediata; (2) las metas globales específicas del tratamiento, así como la diferenciación consistente de las metas vitales de los objetivos del tratamiento (Ticho, 1972); y (3) qué es lo que prevalece inmediatamente en la transferencia.

Además, la neutralidad técnica está limitada por la necesidad de establecer parámetros de técnica (Eissler, 1953). En ciertos casos tales parámetros incluyen la estructura en la vida externa de pacientes que no pueden funcionar en forma autónoma durante largos trechos de su psicoterapia. La neutralidad técnica es por lo tanto una línea teórica básica desde la que ocurren una y otra vez desviaciones, a ser reducidas por la interpretación. La interpretación del terapeuta de la comprensión (o falta de comprensión) del paciente respecto a los comentarios del terapeuta es un aspecto importante de este esfuerzo por reducir las desviaciones de la neutralidad técnica.

Pueden examinarse con mayor detalle con estas precauciones y observaciones en mente, los tres elementos esenciales técnicos y sus efectos específicos en la organización límite de la personalidad.

Interpretación

La interpretación es una herramienta técnica fundamental en la psicoterapia psicoanalítica con pacientes límite. De hecho, para proteger la neutralidad técnica tanto como sea posible, prácticamente se contraindican aquí la sugestión y la manipulación. Se hace una excepción cuando el potencial de un grave "acting out" requiere estructurar la vida externa del paciente y usar un enfoque de equipo, lo que implica establecer límites y otras intervenciones en el campo social. Tal estructuración social y los esfuerzos de intervención deberán considerarse parámetros de técnica, a ser interpretados tan pronto y en forma tan comprensiva como sea posible de modo que puedan gradualmente ser disueltos.

Algunos han cuestionado si los pacientes con enfermedad psicológica grave y debilidad del yo pueden responder a la interpretación. ¿Aceptan estos pacientes las interpretaciones por su significado real o por sus significados mágicos, transferenciales? La evidencia empírica indica que estos pacientes, son capaces en verdad de comprender e integrar los comentarios interpretativos del terapeuta, particularmente si sus distorsiones de estas interpretaciones se examinan y, a su vez, se interpretan (Frosch, 1970). En otras palabras, la dificultad del paciente para integrar las comunicaciones verbales es en sí un producto de operaciones defensivas primitivas, y esta dificultad puede interpretarse, particularmente al activarse las operaciones defensivas en las reacciones del paciente a las interpretaciones del terapeuta.

Sin embargo, como un resultado del mismo hecho de que las interpretaciones del paciente de las del terapeuta deban explorarse por completo, toma precedencia la clarificación sobre la interpretación. Esta demanda técnica crea diferencias cuantitativas entre la psicoterapia de expresión y el psicoanálisis.

Conservación de la Neutralidad Técnica

Esta es una herramienta técnica esencial, un prerequisite indispensable para el trabajo interpretativo. La neutralidad técnica de ningún modo excluye la empatía. En ocasiones la agresión regresiva del paciente en la transferencia despierta reacciones contraagresivas en el terapeuta. En tales circunstancias, la neutralidad técnica depende de la capacidad emocional del terapeuta.

peuta para mantener una actitud empática o acción de "sostén" (Winnicott) y de su capacidad cognoscitiva para integrar o "contener" (Bion) las transferencias expresadas en forma fragmentaria.

La neutralidad técnica significa conservar una distancia equitativa de las fuerzas que determinan los conflictos intrapsíquicos del paciente, no una falta de calidez o de empatía. Todavía se oyen comentarios que implican que los pacientes límite necesitan, primero que nada, un entendimiento empático más que una teoría centrada e interpretaciones cognoscitivamente precisas basadas en dicha teoría. Toda psicoterapia requiere como mínimo la capacidad del terapeuta para la calidez y empatía auténticas. Pero la empatía no es sólo la conciencia emocional intuitiva del terapeuta sobre la experiencia emocional central del paciente en un cierto punto; debe también incluir la capacidad del terapeuta para empatizar con lo que el paciente no puede tolerar dentro de él mismo. La empatía terapéutica, por lo tanto, trasciende lo implicado en las interacciones humanas ordinarias. También incluye la integración del terapeuta, a un nivel cognoscitivo y uno emocional, de lo que está activamente disociado o escindido en los pacientes límite.

Sin embargo, el potencial del paciente para un "acting out" grave, el desarrollo de situaciones que amenazan la vida o el tratamiento, o ambos, pueden requerir estructuración, no sólo de la vida del paciente, sino de las sesiones mismas de psicoterapia. La neutralidad técnica está entonces interferida en forma constante, amenazada, o limitada, y una buena parte de los esfuerzos del terapeuta tendrán que concentrarse en volver a ella repetidamente. De nuevo, esta reducción en la neutralidad técnica representa una diferencia cuantitativa respecto del psicoanálisis propio.

La desviación del terapeuta de la neutralidad técnica en la forma de una conducta directiva puede ser de tal intensidad, duración, o ambas, que la neutralidad técnica no pueda lograrse o recuperarse. Se han establecido modificaciones, en vez de parámetros. En circunstancias óptimas, la interpretación gradual de desviaciones temporales de la neutralidad técnica permite una reversión a una postura neutral, lo que maximiza la posibilidad de interpretación de la transferencia y la resolución de transferencias primitivas.

Análisis de la transferencia

Como se mencionó, la interpretación de la transferencia está limitada en la psicoterapia de expresión y se codetermina por una atención constante en la realidad inmediata de la vida del paciente y las metas últimas del tratamiento. También, porque la interpretación de la transferencia primitiva lleva en forma gradual a la integración de las relaciones objetales parciales en relaciones objetales totales y, del mismo modo, a una transformación de una transferencia primitiva a una avanzada o neurótica, cambios relativamente repentinos tienen lugar en la transferencia de pacientes límite. Al principio en forma no frecuente y luego con mayor frecuencia a lo largo del tratamiento, aparecen transferencias más neuróticas o avanzadas, que reflejan desarrollos más realistas de la infancia. El cambio de las fases de transferencia a través del tratamiento da una intemporalidad total a las reconstrucciones genéticas e interfiere con su ubicación histórica. La transferencia debe por lo tanto interpretarse en una forma intemporal de "como si" por

periodos de tiempo extensos —razón adicional para considerar la interpretación de la transferencia en estos casos como menos que sistemática, y por lo tanto diferente de aquélla en la situación normal psicoanalítica.

Sin embargo, la interpretación de constelaciones defensivas bajo estas condiciones es sistemática. En contraste con la psicoterapia exploratoria con pacientes de mejor funcionamiento, donde ciertas defensas pueden interpretarse selectivamente y otras no tocarse, en la psicopatología grave es crucial la interpretación sistemática de las defensas para mejorar el funcionamiento del yo y transformar y resolver las transferencias primitivas. La interpretación de la constelación de operaciones defensivas primitivas que se centran en la escisión debería ser por lo tanto tan consistente como sea posible, dada su predominancia en la transferencia del paciente y en sus relaciones extraterapéuticas.

Lineamientos para el manejo de la transferencia

Debido a que la interpretación de la transferencia juega una parte tan vital en la psicoterapia de expresión con pacientes límite, he reservado la descripción de la estrategia y tácticas que recomiendo para otro capítulo (capítulo 7). Aquí ofrezco lineamientos más generales.

1. La transferencia predominantemente negativa de estos pacientes deberá ser elaborada sistemáticamente sólo en el aquí-y-ahora, sin intentar lograr reconstrucciones genéticas plenas. En pacientes límite la falta de integración del autoconcepto y de diferenciación e individualización de los objetos, interfieren con la capacidad para diferenciar las relaciones objetales presentes y pasadas. Los pacientes confunden transferencia y realidad y no logran diferenciar al terapeuta del objeto de la transferencia. Las reconstrucciones genéticas plenas, por lo tanto, deben esperar a etapas más avanzadas del tratamiento. Una interpretación genética prematura (por ejemplo, “usted reacciona hacia mí de esta forma porque ve en mí la actitud de su madre en su pasado”) puede traer una condensación de pasado y presente (“tiene usted razón, y es terrible que, habiendo tenido una madre así, tenga yo un terapeuta exactamente igual a ella”).

2. Las constelaciones defensivas típicas deberán interpretarse al entrar en la transferencia, pues su interpretación refuerza el yo del paciente y trae un cambio estructural intrapsíquico, lo que contribuye a resolver la organización límite de la personalidad. Las defensas primitivas del yo no refuerzan el yo del paciente, ilo debilitan! Su interpretación sistemática tiene por lo tanto poderosos efectos de “apoyo”.

3. Deberán establecerse límites para bloquear el “acting out” de la transferencia, con tanta estructuración de la vida del paciente fuera de las sesiones como sea necesario para proteger la neutralidad del terapeuta. Aunque las intervenciones en la vida externa del paciente pueden necesitarse algunas veces, la neutralidad técnica del terapeuta es esencial para el tratamiento. Más aún, es importante evitar que la relación terapéutica, con su naturaleza gratificante y protegida, reemplace la vida ordinaria, no sea que el paciente gratifique sus necesidades patológicas primitivas por medio del “acting out” de la transferencia durante y fuera de las sesiones. El terapeuta debe estar alerta a esta ganancia secundaria en el tratamiento, estar dispuesto a inter-

pretarla, y, si se requieren límites externos, tratar de usar los sistemas de apoyo social auxiliares (trabajador social, enfermera, consejero y otros) más que intervenir directamente en la vida externa del paciente y eliminar así la neutralidad técnica.

4. Los aspectos modulados de la transferencia positiva, determinada menos primitivamente, no debería interpretarse. Respetar estos aspectos de la transferencia propicia el desarrollo gradual de la alianza terapéutica. Con pacientes límite la atención de la interpretación deberá ser sobre las idealizaciones primitivas, fuertemente exageradas, que reflejan la escisión de las relaciones objetales “completamente buenas” y “completamente malas”. Deben interpretarse sistemáticamente como parte del esfuerzo por trabajar las defensas primitivas. La transferencia negativa deberá interpretarse tan completamente como sea posible. Este es el vehículo principal para reforzar en forma indirecta la alianza terapéutica en tanto se trata directamente los conflictos primitivos sobre la agresión e intolerancia de la ambivalencia característicos de los pacientes límite.

5. Las interpretaciones deberán formularse de manera que las distorsiones del paciente sobre las intervenciones del terapeuta y sobre la realidad actual, en especial las percepciones distorsionadas del momento, puedan clarificarse sistemáticamente. En otras palabras, el uso mágico por parte del paciente de las interpretaciones del terapeuta requiere interpretarse. Por ejemplo, la tendencia del paciente a escuchar la “cantidad” de comunicación verbal del terapeuta más que prestar atención a su contenido deberá interpretarse consistentemente. También, es indispensable que las interpretaciones se basen en un marco de realidad compartida por paciente y terapeuta: no puede haber interpretación de motivaciones inconscientes antes de que el paciente pueda estar de acuerdo con el terapeuta sobre cual es la *realidad* en su interacción. ¡Sólo pueden interpretarse las distorsiones ego-distónicas de la realidad!

La estrategia de interpretar la transferencia en pacientes límite puede concebirse con tres pasos consecutivos, representando, en esencia, la secuencia implicada en trabajar las transferencias primitivas y su transformación en avanzadas o neuróticas. Las transferencias primitivas expresan relaciones objetales parciales: o sea, unidades de aspectos “escindidos” del concepto del sí mismo en relación con aspecto “escindidos” de representaciones objetales en el contexto de un lazo afectivo primitivo de las representaciones objetales y del sí mismo. Las transferencias avanzadas o neuróticas implican representaciones integradas o totales del sí mismo y de los objetos y más íntimamente reflejan la experiencia real en la niñez. El primer paso consiste en un esfuerzo por reconstruir, con base en la comprensión gradual del psicoterapeuta, la naturaleza de la relación primitiva u “objetal-parcial” que se ha activado en la transferencia. El terapeuta debe evaluar de los pequeños trozos de comunicación verbal y conductual de los sentimientos, pensamientos y expresiones confusos y desconcertantes del paciente en cualquier punto, lo que sea de relevancia emocional predominante en la relación actual del paciente con él mismo. En otras palabras, el terapeuta, mediante la interpretación, transforma la falta de significado o futilidad prevalentes en la transferencia —que literalmente significa una deshumanización de la relación

terapéutica— la transforma, repito, en una relación de transferencia emocionalmente significativa, aunque muy distorsionada y fantástica. En la práctica, el terapeuta usa sus propias fantasías, intuición y conocimiento previo del paciente para construir una interacción humana básica —aunque parezca rara, bizarra o no realista— que aproxima en forma óptima la fantasía central organizadora activada en la situación terapéutica actual.

Como un segundo paso, el terapeuta evalúa esta relación objetal predominante que cristaliza en la transferencia en términos de la representación del sí mismo y representación objetal involucradas y clarifica el afecto en la correspondiente interacción del sí mismo y del objeto. El terapeuta puede representar un aspecto de la representación objetal primitiva, del sí mismo o ambos, disociado del paciente, y paciente y terapeuta pueden intercambiar su representación, valga la redundancia, de la representación objetal o del sí mismo. Estos aspectos de las representaciones objetales y del sí mismo deberán interpretarse, y la relación objetal interna respectiva debe clarificarse en la transferencia. En la práctica, las reacciones del paciente a, clarificación de, y asociaciones derivadas del esfuerzo del terapeuta por describir lo que parece estar sucediendo entre ellos en este momento, llevan a un enriquecimiento y clarificación graduales, de “quién está haciendo qué a quién”, o “quién está experimentando qué respecto de quién”, en esta relación objetal fantástica en la transferencia, y también llevan a “adherir” las representaciones objetales y del sí mismo del paciente a través de ciclos de proyección y reintroyección.

Como un tercer paso, la relación objetal parcial particular activada en la transferencia tiene que integrarse con otras relaciones objetales parciales, reflejando otras relaciones objetales parciales relacionadas y contradictorias, disociadas defensivamente, hasta que el sí mismo real de paciente y su concepción interna de los objetos puedan integrarse y consolidarse. En este proceso, los aspectos positivos y negativos del autoconcepto se enlazan e integran simultáneamente con los correspondientes aspectos positivos y negativos de las representaciones objetales del paciente.

La integración de las representaciones objetales y del sí mismo y así del universo total de relaciones objetales internalizadas, es un objetivo estratégico principal en el tratamiento de pacientes con organización límite de la personalidad. La integración de los afectos del paciente con sus relaciones fantasiosas o reales con los objetos significantes es otro aspecto de este trabajo. La disposición de afecto del paciente refleja la investidura libidinal o agresiva de ciertas relaciones objetales internalizadas, y la integración de estados afectivos escindidos, fragmentados es un corolario de la integración de relaciones objetales internalizadas escindidas, fragmentadas. Cuando ocurre esta resolución de la transferencia primitiva, las disposiciones de efecto integradoras que surgen entonces reflejan derivados de impulso más coherentes y diferenciados. Las representaciones objetales integradas reflejan entonces imágenes paternas más realistas según percibidas en la niñez temprana. En este punto, el paciente límite puede ser ayudado a llegar a conformarse con el pasado en forma más realista, en el contexto de transformaciones profundas en su relación con el terapeuta y con los demás significantes en su vida actual.

CONSIDERACIONES PRONOSTICAS

Hay pocos estudios sistemáticos sobre pronóstico de la psicoterapia a largo plazo de los trastornos límite. Los descubrimientos del proyecto Menninger indicaron que los pacientes con una fuerza del yo inicialmente baja, en especial aquéllos con una calidad de relaciones interpersonales inicialmente deficiente mostraban una mejoría menor. Con base en una evaluación clínica detallada de la población de pacientes de ese proyecto, sugiero que los rasgos del pronóstico incluyan la constelación del tipo de carácter predominante, ciertas distorsiones del yo y del superyó reflejadas en rasgos individuales del carácter, la autodestructividad como una formación del carácter, el tipo particular e intensidad de reacciones terapéuticas negativas, el grado y calidad de patología del superyó, y la calidad de las relaciones objetales del paciente (Kernberg, 1975).

Los descubrimientos de Michael Stone (no publicados) al evaluar la distribución de tipos de personalidad entre pacientes límite oficinistas con respecto al resultado del tratamiento, concuerdan con las consideraciones pronósticas que he sugerido. Los pacientes límite con tipos de personalidad predominantemente histérica, obsesiva, depresiva, fóbica, infantil y pasiva tuvieron resultados comparativamente exitosos. En contraste, la mayoría de pacientes límite con tipos de personalidad predominantemente paranoides, narcisistas, esquizoides, explosivos, hipomaniacas, inadecuadas y antisociales terminaron con fracaso en el tratamiento. Masterson (1980), subrayó la importancia pronóstica del grado de tensión en la vida temprana, el nivel de desarrollo inicial del yo, el grado de dominio de tareas de desarrollo iniciales y la efectividad de las relaciones sociales tempranas (relaciones objetales).

Aunque aparecen otras referencias al pronóstico en la literatura sobre psicoterapia intensiva de los trastornos límite, la evidencia relativa a rasgos más postulados sobre el pronóstico no parece ser concluyente. Mi opinión actual es que los dos indicadores pronósticos más importantes son la presencia de rasgos antisociales —que definitivamente empeoran el pronóstico para el tratamiento psicoterapéutico— y la calidad de las relaciones objetales. Además, el desarrollo de reacciones terapéuticas negativas es una variable importante del proceso con implicaciones negativas significativas para el pronóstico. La importancia de otras variables de la personalidad y del ambiente, y de las técnicas, destreza, y personalidad del terapeuta, así como de su contratransferencia, requieren mayor investigación sistemática. La relación entre el proceso y el resultado de la psicoterapia a largo plazo, factor crucial en la práctica clínica diaria, permanece como un área relativamente descuidada de la investigación en psicoterapia.

ILUSTRACION DE UN CASO

El siguiente caso presta atención al desarrollo de patrones de transferencia que reflejan relaciones objetales parciales primitivas internalizadas y su transformación gradual en transferencias más avanzadas o neuróticas. También

muestra el desarrollo de cambio estructural intrapsíquico significativo después de un periodo de cuatro años de psicoterapia de expresión, cuatro sesiones a la semana.

L.: Una artista latinoamericana al final de sus veintes, presentaba una organización límite de personalidad con rasgos predominantes masoquistas y esquizoides y grave inhibición sexual, al grado de que era incapaz de alcanzar el orgasmo en la masturbación. Sus fantasías sexuales eran sobre la mutilación en la relación sexual de sus propios genitales y de los de su pareja en la fantasía. Había estado evitando en forma cuidadosa cualquier compromiso real con hombres a quienes ella encontraba atractivos.

En la transferencia, los siguientes patrones de importancia se desarrollaron en forma secuencial durante los primeros cuatro años. Primero ella deseaba que el terapeuta la violara y la matara en el coito porque sólo en el odio y en la muerte podía encontrarse el verdadero amor y el compromiso o entrega. En el núcleo de estas fantasías yacía una imagen paterna edípica primitiva, sádica. Después ella fantaseaba ser la criatura dependiente de un padre maternal y creía que si le permitieran mamar el pene del terapeuta todas sus necesidades de calor, amor, sexo y protección serían satisfechas. Ahora deseaba que el terapeuta la sostuviera como una madre sostiene a un bebé mientras ella mamaba el pene con su interminable flujo de semen o leche. Se hizo claro que una causa importante para su incapacidad de entablar relaciones profundas con los hombres era su terror por la confusión de estas dos actitudes contradictorias y su terror de que su amor y su odio se unirían en una insoportable situación de peligro: tenía miedo de que su odio destruiría a ambos.

Más adelante aún en su tratamiento, cuando las fantasías sexuales sobre hombres adquirieron cualidades más integradas, los temores de L. hacia el orgasmo surgían como temores a una "humedad incontrolable". No podía demostrar tristeza en las sesiones porque llorar también significaba humedad incontrolable. Llorar, orgasmo, y orinar en los momentos de excitación sexual representaban la amenaza de pérdida de control, con peligrosa dependencia de un objeto no confiable —su fría y frustrante madre. También temía que el orgasmo resultaría en una disolución de su personalidad en fragmentos impersonales. En suma, la predominancia de mecanismos de escisión, el temor de conflictos relacionados con una grave frustración oral, y los peligros regresivos de la situación edípica, todos, bloqueaban la excitación sexual y el orgasmo. Todavía más adelante L. pudo fantasear experiencias sexuales más elaboradas con hombres, el terapeuta en particular, que se centraban en "dejarse ir" y orinar durante el orgasmo y que expresaban sus anhelos de dependencia y gratificación sexual en formas más sintéticas. Comenzó entonces a salir más libremente con hombres, participó con uno de ellos en manoseos fuertes, y (tres y medio años después de haber comenzado el tratamiento) desarrolló un bloqueo grave durante las sesiones, con largos periodos de silencio. También llegó a darse cuenta de prohibiciones internas contra cualquiera mejoría adicional o contra buenas experiencias con el terapeuta o con los hombres en general. Esto pudo rastrearse hasta una introyección primitiva del superyó materno de una naturaleza extremadamente sádica. Se desarrolló entonces un tipo primitivo de reacción terapéutica ne-

gativa, en la que surgió su sumisión a una constelación de un superyó sádico, combinando la odiada y odiosa madre pregenital con la temida rival edípica. Resultó que la fantasía previa de un padre sádico representaba un desplazamiento en él de esta precisa imagen materna. Sólo después de un prolongado trabajo sobre las presiones de su superyó primitivo pudo finalmente L., por primera vez en su vida, establecer una relación sexual con un objeto amoroso apropiado.

¿Cómo reflejan estos desarrollos de la transferencia el cambio estructural intrapsíquico significativo? El cambio desde el deseo de que el terapeuta la viole y la mate hasta el de ser la criatura dependiente del padre maternal, realmente reflejaba un rasgo permanente de los conflictos de L.: su terror por la confusión de sus dos actitudes contradictorias y de sus temores respecto a los hombres. Esta secuencia, entonces, reflejaba sólo un patrón de relaciones objetales internalizadas, un patrón que cambiaba cuando ella se daba cuenta de y era capaz de tolerar el hecho de que su odio, sus deseos de muerte, y su temor de ser destruida se dirigían hacia el mismo objeto de quien ella deseaba depender. En la transferencia ella logró ser capaz tanto de temer como de odiar al terapeuta, de expresar crítica sobre él, atacarlo, y sospechar de él, y sin embargo también de expresar el anhelo y sentimientos de calidez y dependencia de él. Su capacidad gradualmente en aumento para tolerar estas actitudes contradictorias le permitió vencer esta constelación importante de la transferencia y representó la primera transformación en su patrón de transferencia, reflejando una transformación de una relación objetal primitiva a una relación objetal internalizada más integrada.

Esta se reflejó en el aspecto conductual en una impresionante disminución de la suspicacia y el temor de L. sin el uso de medicación. (Anteriormente había sido medicada en forma masiva a causa de sus ataques de pánico, sin una respuesta satisfactoria). L. podía ahora hablar en forma más coherente, consistente y considerada en las sesiones y comenzó a dar los primeros pasos hacia relaciones más realistas y menos provocadoras de temor con otras personas.

Una segunda transformación importante ocurrió cuando L. comenzó a describir sus fantasías sexuales y sus temores con más detalle del momento; esto ocurrió en conexión con su tolerancia aumentada para gozar sus anhelos genitales y de dependencia en las relaciones fantaseadas con el terapeuta y otros hombres. En este punto, comenzó a tener experiencias sexuales con hombres. También mejoró en sus actividades creativas y de trabajo. Sólo entonces surgió que una razón principal para su bloqueo en el trabajo artístico habían sido las incontrolables fantasías sexuales estimuladas por varios temas que ella intentaba explorar. Por ejemplo, una referencia a las diferencias entre hombres y mujeres inmediatamente evocó fantasías sexuales omnipresentes sobre penes y orinar. Ahora esta dificultad se calmó.

Una tercera transformación importante ocurrió al momento de los graves bloqueos en las sesiones y de la reacción terapéutica negativa relacionada con la activación de una introyección primitiva del superyó materno. Vencer este patrón principal de la transferencia, reflejando de nuevo una relación objetal primitiva, permitió a L. hacerse objetivamente más independiente de sus pa-

dres, apartarse de los valores de su madre, y hacerse más autoafirmativa en su vida diaria.

Debiera subrayar que al principio del tratamiento estaba disponible muy poca información sobre estos temas. La paciente había ido a consulta a causa de ansiedad y depresión crónicas, graves, el colapso en su funcionamiento social, incapacidad para desempeñar su trabajo artístico, y varios intentos de suicidio. Los esfuerzos psicoterapéuticos previos habían fallado. Las sesiones con terapeutas anteriores (todos ellos hombres) habían consistido en silencios prolongados y testarudos. Sólo en retrospectiva fue posible diagnosticar la naturaleza del bloqueo en las experiencias terapéuticas previas: Se relacionaba con la activación de las mismas fantasías sexuales primitivas que aterrorizaban a la paciente. Su conducta negativa hacia sus terapeutas anteriores reflejaba el deseo de provocar ataques sexuales y castigo de los hombres y de castigarse ella misma por sus esfuerzos para vencer sus problemas —o sea, por rebelarse contra la introyección materna primitiva. Estas necesidades habían motivado sus intentos de suicidio, que habían interferido en y complicado los efectos del tratamiento anterior.

Para subrayar de nuevo mi punto principal: En este caso tomó un tiempo considerable con varios desarrollos de transferencia el diagnosticar la secuencia significativa de las relaciones objetales internalizadas que conjuntamente constituían una persistente constelación en la transferencia. Llevó más tiempo aún obtener una transformación significativa de estas constelaciones principales en la transferencia. Esta transformación fue una precondition para obtener el cambio en otras áreas de la vida del paciente. Necesita subrayarse que los cambios que ocurrieron en este caso no se derivaron de los esfuerzos de apoyo, de sugerencia, o manipuladores del terapeuta sino que siguieron en forma natural, espontánea e impredecible a las transformaciones en las relaciones objetales significativas en la transferencia.