

IDENTIDAD: HALLAZGOS RECIENTES E IMPLICACIONES CLÍNICAS

Autor: Kernberg, Otto - "Identity: Recent findings and clinical implications" fue publicado originariamente en *Psychoanalytic Quarterly*, LXXV, p. 969-1004. Copyright 2006 The Psychoanalytic Quarterly. Traducido y publicado con autorización de The Psychoanalytic Quarterly. - Traducción: Marta González Baz - Revisión: Raquel Morató de Neme.

Tras revisar las contribuciones fundamentales al concepto de identidad, incluyendo las de Erikson, el autor discute los métodos de investigación y los hallazgos del Instituto para los Trastornos de Personalidad de la Facultad de Medicina Joan and Sanford I. Weill de la Universidad de Cornell en torno a los conceptos de identidad normal y difusión de identidad, hacia una elucidación de la psicopatología de los trastornos de personalidad: su etiología, diagnóstico y tratamiento. La aplicación de un modelo de teoría de relaciones objetales para analizar el desarrollo de la identidad aclara la relación de la identidad individual con el marco social y cultural que influye en la formación de la identidad y puede ampliar los efectos del desarrollo de la identidad patológica. Se presentan pasajes detallados de una entrevista diagnóstica estructural en el Instituto para los Trastornos de Personalidad.

INTRODUCCIÓN

El estudio de trastornos severos de la personalidad ha apuntado cada vez más a la importancia de diferenciar la identidad normal de las perturbaciones de identidad típicas de los trastornos severos de personalidad. De hecho, la suposición de que es precisamente el síndrome de difusión de la identidad lo que caracteriza todos los trastornos severos de personalidad o la organización borderline de la personalidad ha convertido la evaluación clínica de la identidad y los trastornos de la misma en los más importantes desde el punto de vista diagnóstico y a la hora de diseñar las estrategias del tratamiento. La evaluación de los cambios en los trastornos de la identidad se ha convertido para nosotros en un aspecto esencial de la evaluación del cambio estructural intrapsíquico.

La evidencia empírica indica que la disposición temperamental al afecto negativo, el descontrol afectivo y la impulsividad generalizada caracterizan a los individuos propensos a desarrollar un trastorno de personalidad borderline (deVegvar, Siever y Trestman, 1994; Gurvits, Koeningsberg y Slever, 2000; Steinberg, Trestman y Siever, 1994; Stone, 1993b; van Reekum, Links y Fedorov, 1994; Yehuda y col., 1994). Pero es la presencia de trastornos severos de la identidad, cuando se añade a estas características temperamentales, la que está directamente relacionada con la consolidación de este trastorno de identidad (O. Kernberg, 1984, 1992). Esto ha hecho que el estudio de la identidad, su origen, desarrollo y psicopatología, sea altamente relevante para la investigación contemporánea sobre la etiología, psicopatología y tratamiento de los trastornos severos de personalidad.

UNA REVISIÓN DE LAS CONTRIBUCIONES DE ERIKSON

Dado que el tema de la identidad y la patología o el fallo de la misma apenas fue tratado por Freud (quien se refirió, sin embargo, a la tendencia del yo [Ich] hacia la integración de

sus dispares disposiciones y objetivos instintivos [Bohleber, 2000]), fue sólo a partir de las contribuciones pioneras de Erikson (1950, 1956) que el concepto de identidad se convirtió en una contribución fundamental a la teoría psicoanalítica y a la exploración de la patología del carácter. La preocupación cultural y sociológica por las vicisitudes de la identidad individual en un mundo que cambia a toda velocidad puede haber contribuido a la popularidad del concepto a partir de las formulaciones teóricas y clínicas de Erikson. Más recientemente, el interés por el desarrollo del self ha reemplazado el foco en el concepto de la identidad en la literatura psicoanalítica general, aunque el estudio de la identidad normal y anormal es central en la investigación sobre la psicopatología de los trastornos severos de personalidad.

Erikson formuló por primera vez en 1950 los conceptos de identidad del yo normal, crisis de identidad y difusión de la identidad como las características cruciales, respectivamente, del trastorno normal de la personalidad, la adolescencia y los trastornos severos de la personalidad. Volvió a la definición del concepto de la identidad del yo en 1956, acentuando la importancia del sentimiento consciente de identidad individual, junto con los esfuerzos inconscientes en pos de la continuidad de la experiencia del self del individuo. Describió la identidad como una síntesis global de las funciones del yo, por una parte, y como la consolidación de un sentimiento de solidaridad con los ideales y la identidad de grupo, por otra. Erikson recalcó que la identidad del yo tiene aspectos conscientes e inconscientes, y que se desarrolla gradualmente, hasta que se produce una consolidación final de su estructura en la adolescencia.

La adolescencia puede presentarse con una crisis de identidad, es decir, un período de no correspondencia entre la visión del adolescente por las personas de su entorno inmediato derivada del pasado, y la experiencia del self del adolescente que cambia con relativa rapidez y en donde ésta última, al menos transitoriamente, no se corresponde con la visión que los otros tienen del adolescente. Así, la crisis de identidad se deriva de una falta de confirmación por parte de los otros de la identidad cambiante del adolescente. Esta crisis de identidad normal, sin embargo, debe diferenciarse de la difusión de la identidad, la patología de la identidad característica de los pacientes borderline.

Erikson (1956) describió la difusión de la identidad como una ausencia o pérdida de la capacidad normal de autodefinition, reflejada en una ruptura emocional en momentos de intimidad física, elección de profesión, competición y necesidad incrementada de una autodefinition psicosocial. Sugería que la evitación de elecciones como reflejo de tal difusión de la identidad daba lugar al aislamiento, a un sentimiento de vacío interior, y a una regresión a identificaciones anteriores. La difusión de la identidad se caracterizaría por la incapacidad de intimidad en las relaciones puesto que la intimidad depende de la autodefinition, y su ausencia desencadena el sentimiento de peligro de fusión o pérdida de identidad que se teme como la mayor calamidad. La difusión de la identidad, continuaba Erikson, también se caracteriza por la difusión de la perspectiva temporal, reflejada en un sentimiento de urgencia relativo a la toma de decisiones o en una pérdida de consideración hacia el tiempo, en una posposición interminable de dicha toma de decisiones.

La difusión de la identidad también se muestra en la incapacidad de trabajar creativamente y en un fallo en el trabajo. Erikson describía, como una de las consecuencias de la difusión

de la identidad, la elección de una identidad negativa, es decir, un rechazo de los roles sociales normalmente asignados, y el establecimiento de una identidad sobre la base de un conjunto de identificaciones socialmente inaceptables, rechazadas, oposicionalmente definidas, una identidad anormal fundamentada en un abrazo "totalista" de lo que la sociedad rechaza.

OTRAS CONTRIBUCIONES CLAVE AL CONCEPTO DE LA IDENTIDAD

Blos (1967, 1979), en sus contribuciones fundamentales al análisis de los aspectos evolutivos de la adolescencia, ha descrito una segunda individuación, caracterizada por el alejamiento gradual del adolescente de los objetos internalizados infantiles, mediante un proceso que implica la regresión temporal a los conflictos preedípicos y, concretamente, la reactivación del complejo edípico negativo. Poderosas corrientes regresivas que activan necesidades de dependencia, intensos conflictos en torno a impulsos homosexuales y heterosexuales, y defensas contra estos impulsos evolucionan en el contexto del fortalecimiento de un ideal del yo maduro y el posterior desarrollo de la identidad del yo. La reestructuración del superyó del adolescente, aclarada por Jacobson (1954), representa un aspecto importante de esta reorganización estructural e invasión de las prohibiciones edípicas infantiles. Es necesario resaltar que las manifestaciones sintomáticas normales de estos cambios son representadas por la crisis de identidad de la adolescencia. En los casos de psicopatología severa –caracterizada, a partir la infancia temprana, por la difusión de la identidad, las expresiones patológicas de conflicto en torno a la dependencia, la llamada identidad negativa (identificación rígida con un subgrupo rebelde, antisocial, oposicional y socialmente alienado)-, la dominancia caótica y crónica de tendencias infantiles perversas polimorfos ilustra la incapacidad para resolver los desafíos de la reestructuración psíquica adolescente.

Westen (1985, 1992) en una revisión de la literatura empírica y teórica sobre el self y la identidad, resumía los componentes más importantes de la identidad como

... un sentimiento de continuidad a lo largo del tiempo; compromiso emocional con un conjunto de representaciones autodefinitorias del self, relaciones de rol y valores nucleares y estándares de self ideal; el desarrollo o la aceptación de una visión del mundo que da significado a la vida; y cierto reconocimiento del lugar que uno ocupa en el mundo para los otros significativos. [Wilkinson-Ryan y Westen, 2000, p. 529]

Allen y col. (1993), Hauser (1976) y Hauser y Follansbee (1984) se extendieron sobre varios tipos de problemas y patología de identidad que habían sido esbozados por Erikson: logro de la identidad, moratoria, exclusión y difusión de la identidad. El logro de la identidad refleja la identidad normal; la moratoria implica una posposición de la resolución de los procesos de integración que dan lugar a una identidad normal; la exclusión se refiere a un compromiso de rol rígido con una identidad de grupo o con una identidad parental patológica, o a una combinación de aislamiento y sumisión a la identidad de un líder o un grupo. Así, la exclusión representa una forma especialmente severa de identidad negativa. Marcia (1966, 1980) estudió más el desarrollo de la identidad del yo y su relevancia para el desarrollo adolescente.

Masterson (1967, 1972) y Rinsley (1982) describieron la diferencia entre la crisis de identidad de la adolescencia normal y la difusión de la identidad en adolescentes con trastornos severos de personalidad. Masterson, concretamente apuntó a la permanencia de trastornos severos de la personalidad en la adolescencia, complementando así la investigación de Offer (1973) que hacía hincapié en las características de la identidad normal de los adolescentes sin psicopatología importante.

Wilkinson-Ryan y Westen (2000) al resumir su investigación sobre la perturbación de la identidad en el trastorno borderline de la personalidad concluía que:

La perturbación de la identidad en los trastornos borderline de la personalidad se caracteriza por un doloroso sentimiento de incoherencia, inconsistencias objetivas en las creencias y conductas, excesiva identificación con grupos o roles y, en menor medida, dificultades en el compromiso con trabajos, valores y objetivos. Estos factores se relacionan con el trastorno de personalidad borderline independientemente de la historia de abuso, aunque una historia de trauma puede contribuir sustancialmente al sentimiento de incoherencia dolorosa asociada con estas tendencias disociativas. [p. 540]

En el Instituto para los Trastornos de Personalidad de la Universidad de Cornell, desarrollamos un Inventario de Organización de Personalidad (IPO), que evalúa el testeo de la realidad, las defensas psicológicas primitivas y la difusión de identidad, y hemos aplicado este instrumento a muestras tanto clínicas como no clínicas. Hallamos que la combinación hipotética de difusión de identidad y defensas primitivas con el mantenimiento del testeo de la realidad se correlacionaba significativamente con un alto nivel de afectos negativos y descontrol agresivo, los fenotipos característicos del trastorno borderline de la personalidad (Lenzenweger y col., 2001).

IDENTIDAD Y TEORÍA DE LAS RELACIONES OBJETALES

En el Instituto de Trastornos de la Personalidad, hemos estudiado la psicopatología, el diagnóstico clínico y el tratamiento psicoterapéutico de la difusión de identidad sobre la base de la aplicación de la teoría psicoanalítica contemporánea de las relaciones objetales. Hemos aplicado esta teoría a una comprensión del desarrollo de la identidad normal y patológica y, en el proceso, hemos definido y explorado más aun las características de la difusión de identidad (O. Kernberg, 1976, 1984, 1992).

En esencia, nuestra suposición básica en la aplicación de la teoría contemporánea de las relaciones objetales es que todas las internalizaciones de relaciones con otros significativos, desde el comienzo de la vida en adelante, tienen diferentes características bajo las condiciones de máximas interacciones afectivas y bajas interacciones afectivas. Bajo condiciones de baja activación afectiva, tiene lugar el aprendizaje cognitivo orientado por la realidad y controlado por la percepción, influenciado por las disposiciones temperamentales —es decir la reactividad afectiva, cognitiva y motora del infante— dando lugar a definiciones diferenciadas, gradualmente evolutivas del self y los otros. Estas definiciones parten de la percepción de las funciones corporales, la posición del self en el espacio y el tiempo, y las características permanentes de los otros. Según estas percepciones se integran y se hacen más complejas, se registran cognitivamente y se

evalúan las interacciones con los otros, y se establecen sus modelos de trabajo. Las capacidades innatas para diferenciar el self de lo que no es el self y la capacidad para el traspaso transmodal de la experiencia sensorial desempeñan un papel importante en la construcción del modelo del self y del mundo alrededor.

Por el contrario, bajo condiciones de activación afectiva cumbre –sea de un modo extremadamente positivo, placentero o extremadamente negativo, doloroso- tienen lugar internalizaciones específicas enmarcadas por la naturaleza diádica de la interacción entre el bebé y la persona que lo cuida, lo que conduce a establecer estructuras de memoria afectiva específicas con poderosas implicaciones motivacionales. Estas estructuras se constituyen, esencialmente, por una representación del otro significativo bajo la dominancia de un estado afectivo cumbre. La importancia de estas estructuras de memoria afectiva reside en que constituyen la base del sistema motivacional psíquico primario, en la dirección de esfuerzos por aproximarse, mantener o incrementar las condiciones que generan estados cumbre de afecto positivo y por disminuir, evitar y escapar de las condiciones de estados cumbre de afecto negativo.

Los estados de afecto positivo implican la gratificación sensual del bebé satisfecho al pecho; la estimulación erótica de la piel; y la disposición a interacciones eufóricas, “en sintonía” con la madre. Los estados cumbre de afecto negativo implican situaciones de intenso dolor físico, hambre, o estímulos dolorosos que desencadenen intensas reacciones de rabia, temor o disgusto, y pueden ocasionar irritabilidad general e hipersensibilidad a la frustración y el dolor. La teoría de las relaciones objetales supone que estos recuerdos afectivos positivos y negativos se construyen de forma separada en la internalización temprana de estas experiencias y, más adelante, se separan o escinden activamente las unas de las otras en un esfuerzo por mantener un campo ideal de experiencia de la relación entre el self y los otros, y por escapar de las experiencias atemorizantes de los estados de afecto negativo. Los estados de afecto negativo tienden a ser proyectados, para evolucionar en el temor a los objetos externos “malos”, mientras que los estados de afecto positivo evolucionan hacia el recuerdo de una relación con objetos “ideales”. Este desarrollo resulta en dos campos importantes, mutuamente divididos, de experiencia psíquica temprana, uno idealizado y otro persecutorio o paranoide, idealizado en el sentido de un segmento de representaciones puramente positivas del self y el otro, y persecutorio en el sentido de un segmento de representaciones meramente negativas del otro y representaciones amenazantes del self. Esta experiencia de escisión temprana protege a las experiencias idealizadas de ser “contaminadas” por las malas, hasta que evoluciona a un mayor grado de tolerancia al dolor y una evaluación más realista de la realidad externa bajo condiciones dolorosas.

Este estadio temprano de desarrollo de representaciones psíquicas del self y el otro, con implicaciones motivacionales primarias—el movimiento hacia el placer y para alejarse del dolor- evoluciona en último lugar hacia la integración de estos dos segmentos determinados por picos afectivos, una integración facilitada por el desarrollo de capacidades cognitivas y el aprendizaje continuado acerca de los aspectos realistas del self y los otros interactuando en circunstancias de baja activación afectiva. La predominancia normal de las experiencias idealizadas da lugar a una tolerancia frente a la integración de las paranoides, al tiempo que se las neutraliza en el proceso. En términos sencillos, el niño

reconoce que tiene aspectos tanto “buenos” como “malos” y así lo hace también la madre y los otros significativos del círculo familiar más inmediato, mientras que los aspectos buenos predominan lo suficiente como para tolerar una visión integrada del self y los otros.

Este estadio de desarrollo, al que los autores kleinianos (Klein, 1940; Segal, 1964) se refieren como el cambio de la posición esquizoparanoide a la posición depresiva, y los autores de la psicología del yo como el cambio a la constancia del objeto, tiene lugar presumiblemente en algún momento entre el final del primer año de vida y el final del tercer año. Aquí es relevante la investigación de Mahler (1972a, 1972b) sobre la separación-individuación, apuntando a la naturaleza gradual de esta integración a lo largo de los tres primeros años de vida.

La referencia de Fonagy y Target (2003) a los hallazgos relativos a la capacidad de la madre para “marcar” el afecto del infante, reflejado congruentemente al infante, apunta a un proceso relacionado: la especulación contingente (certera) del estado afectivo del niño por parte de la madre, con un señalamiento marcado (diferenciado) de que no lo comparte pero empalza con él, contribuye a que el infante asimile su propio afecto al tiempo que marca la frontera entre el self y el otro. En condiciones normales, entonces, un sentimiento integrado del self (“bueno y malo”), junto con representaciones integradas de los otros significativos (“buenos y malos”), que también están diferenciados en términos de características de género y de estatus/rol, determina la identidad normal.

El concepto de identidad normal formulado originalmente por Erikson incluía en su definición la integración del concepto del self; un enfoque de relaciones objetales amplía esta definición con la correspondiente integración de los conceptos de otros significativos. Por el contrario, cuando no se alcanza este estadio evolutivo de integración de la identidad normal, persiste el estadio evolutivo anterior de disociación o escisión entre un segmento de experiencia idealizado y otro persecutorio. En estas condiciones, las representaciones múltiples y no integradas del self se dividen en un segmento idealizado y otro persecutorio, y las múltiples representaciones de los otros significativos se dividen de forma similar, constituyendo conjuntamente el síndrome de difusión de identidad.

Uno podría sostener que, en la medida en que Erikson consideraba que la confirmación del self por las representaciones de otros significativos era un aspecto de la identidad normal, ya estaba enfatizando la relevancia de esa relación entre el concepto del self y el concepto de otros significativos, pero aún no concebía la conexión íntima entre la integración o la falta de la misma de los conceptos del self y el logro o fracaso paralelo en los correspondientes conceptos de los otros. En otras palabras, se dio cuenta de la importancia de la integración de la falta de ella del concepto del self, pero no de la función igualmente importante de la correspondiente integración o falta de la misma de las representaciones de los otros. Fueron el trabajo de Jacobson (1954) en Estados Unidos –que influyó poderosamente en las conceptualizaciones de Mahler- y el trabajo de Fairbairn (1954) en Gran Bretaña los que apuntaron a la naturaleza diádica del desarrollo de las internalizaciones tempranas y crearon las bases para la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales contemporánea.

ETIOLOGÍA DE LA DIFUSIÓN DE IDENTIDAD

Sobre la etiología de la difusión de identidad, ahora podemos formular una propuesta que integra los hallazgos sobre la predisposición temperamental al desarrollo de trastornos severos de personalidad u organización borderline de la personalidad, especialmente en lo relativo al desarrollo del trastorno borderline de la personalidad en un sentido restrictivo como se formula en el DSM-IV, con factores etiológicos evolutivos tempranos y psicosociales posteriores. Para empezar, la disposición genética a la activación de afecto relacionada con la patología de los sistemas neurotransmisores, implicando especialmente las aminas [amines] biogénicas (tales como los sistemas serotoninérgico, noradrenérgico y dopaminérgico) puede determinar una hiperreactividad orgánica a los estímulos dolorosos, representada por un desarrollo excesivo innato del afecto agresivo. Presumiblemente, la hiperreactividad genéticamente determinada de las áreas cerebrales que implican activación del afecto, especialmente la hiperreactividad de la amígdala, contribuyen a la activación del afecto negativo (deVegvar, Siever y Trestman, 1994; Gurvits, Koenigsberg y Siever, 2000; Silk, 2000; Steinberg, Trestman y Siever, 1994; Stone, 1993a, 1993b; van Reekum, Links y Fedorov, 1994; Yehuda y col., 1994).

Una disposición genética también puede tener que ver en una potencial inhibición primaria de áreas del cerebro implicadas en el control cognitivo, especialmente de la corteza prefrontal y preorbital y en la porción anterior del cíngulo, las áreas implicadas en determinar la capacidad de “control con esfuerzo” (Posner y col., 2002). Silbersweig y colegas (en preparación), en un estudio de neuroimagen colaborativo con el Instituto para los Trastornos de la Personalidad de la Universidad de Cornell, hallaron que los pacientes con trastorno borderline de la personalidad presentaban una actividad aminorada en la corteza dorsolateral, prefrontal y orbitofrontal en contraste con sujetos normales de control durante la presentación de palabras inhibitorias; y había una actividad de la amígdala anormalmente reducida en estos pacientes en condiciones de palabras neutrales. Estas disposiciones genéticas y constitucionales hacia la activación excesiva de afecto agresivo y la falta de control cognitivo resultarían en una predominancia innata, temperamentalmente dada, del campo negativo de la experiencia temprana, un factor predisponente al desarrollo de difusión de identidad.

Entonces, desde el comienzo de la vida postnatal en adelante, la relación entre el infante y su madre, especialmente en condiciones de activación cumbre del afecto, reflejada en el desarrollo de apego normal o patológico, representaría un determinante más –crucial- del predominio del campo negativo de la experiencia afectiva. Bion (1967, 1970), enfatizó la función crucial de la madre en la transformación de las impresiones sensoriales del infante que se proyectan sobre ella en forma de elementos beta en elementos alfa, reflejando la capacidad emocional integradora de la madre. La introyección por parte del infante de estos elementos sensoriales modificados determina la tolerancia de éste a las experiencias afectivas negativas tempranas. El fracaso de esta función materna conduce al predominio continuado de la identificación proyectiva patológica, logrando el dominio del segmento paranoide de la experiencia temprana mediante la amplificación de la experiencia afectiva negativa intolerable.

Más recientemente, Fonagy y Target (2003) propusieron que la madre, activando su capacidad normal para especularizar congruentemente el afecto dominante del infante (especialmente en condiciones de activación del afecto negativo) al tiempo que señala al infante mediante su “marcación” del afecto con el que puede empatizar sin compartirlo, permite al infante internalizar la experiencia emocional diferenciada, contingente, certera y marcada de la madre. El infante, así, se hace capaz de reflexionar sobre su propia experiencia afectiva, desarrollando en el proceso la función de mentalización normal (Allen y Fonagy, 2006). Cuando la madre es incapaz de marcar sus reacciones congruentes al infante, es decir cuando especularía al infante una intensidad de afecto negativo que parecería reflejar la incapacidad del infante para contenerlo, esta experiencia amplifica el temor del infante a su propio afecto negativo primitivo; -llevando así, yo añadiría, una vez más al predominio del campo paranoide de la experiencia. O, cuando la madre es incapaz de especularizar congruentemente el afecto del infante, reflejando así una empatía deficiente con éste, esto también determina una intensidad intolerable del afecto negativo en el infante que no puede ser contenido, lo que también incrementa la dominancia del segmento negativo de la experiencia. Mediante estos mecanismos, por tanto, se refuerza el predominio del afecto negativo y (se) puede dar lugar a una restricción severa de la mentalización.

Hay varios patrones de especularización que pueden ser factores de riesgo para varios tipos de psicopatología. La especularización que no es marcada ni congruente puede ser un factor de riesgo para la organización borderline de la personalidad o incluso para la psicosis. Como hemos mencionado, la especularización que no es marcada pero sí contingente puede contribuir a una exacerbación de la falta de capacidad del infante y el niño pequeño para contener afectos negativos. La especularización marcada pero no contingente –en la que la figura parental diferencia su sentimiento del sentimiento del infante o el niño pequeño pero no hay un reflejo acertado del mismo- puede suponer un factor de riesgo para el trastorno narcisista de la personalidad (Allen y Fonagy, 2003).

Todos los patrones de apego inseguro implican modelos de trabajo del apego contradictorios, incompatibles (Main, 1995). La persona preocupada oscila entre la evaluación buena y mala del self y los otros; la persona indecisa muestra creencias simultáneas lógicamente inconsistentes o rupturas repentinas en su discurso; y el individuo rechazante se aferra a un modelo de trabajo idealizado a nivel semántico y a uno negativo, contradictorio, a nivel episódico. El individuo desorganizado o indeciso corre un gran riesgo de difusión de identidad a causa de los sistemas disociados que operan en tales individuos (Diamond, 2005). Levy (2005) propone que la categoría “No Clasificable” [CC, siglas en inglés] –que se asigna si un adulto muestra una combinación de patrones lingüísticos contradictorios o incompatibles- puede ser el ejemplo más extremo de modelos de trabajo de apego contradictorios, incompatibles.

En resumen, el apego inseguro es probablemente un factor de riesgo para la difusión de identidad, al igual que para la organización borderline de la personalidad, pero estos tres campos necesitan ser claramente diferenciados entre sí. El apego es una secuencia evolutiva de modos concretos de relacionalidad que codeterminan la formación de modelos internos de representaciones del self y el otro (“objeto”). La organización de estas representaciones del self y el otro conduce, a su vez, a la integración de la identidad o a la

difusión de identidad. En mi opinión, la difusión de identidad es una consolidación estructural, patológica, del mundo internalizado de relaciones objetales, reflejado en una carencia estable de integración del concepto de self y de los otros significativos. La organización borderline de la personalidad es un síndrome psicopatológico específico con aspectos comunes que caracterizan a todos los trastornos severos de personalidad, lo que refleja las consecuencias subjetivas y conductuales de la difusión de identidad y presenta operaciones defensivas secundarias y síntomas que la mantienen. El apego inseguro es un importante factor de riesgo para la difusión de identidad, probablemente sobreimpuesto a la disposición temperamental a la que nos hemos referido antes, y reforzado por otros factores de riesgo psicosociales que se mencionarán más adelante.

El concepto de mentalización (Allen y Fonagy, 2006) incluye la capacidad del niño tanto para reflexionar sobre su propio afecto como para reflexionar apropiadamente sobre el de la madre; la mentalización, por tanto, incluye la capacidad para una representación secundaria del afecto propio, la capacidad para empatizar con la experiencia afectiva del otro, y la capacidad para diferenciar adecuadamente entre las experiencias afectivas del self y el otro. En mi opinión, los múltiples significados de la mentalización no consideran suficientemente la diferencia entre la capacidad temprana para la diferenciación entre el self y la representación del objeto, y la posterior integración de representaciones contradictorias de los otros y del self.

Si bien estoy de acuerdo con la idea de Allen y Fonagy (2003, 2006) de que la función del apego anormal contribuye de forma importante a la difusión de identidad, no hace justicia al concepto de integración o falta de integración de las representaciones de los otros significativos –en paralelo a la integración (o falta de ella) del concepto del self- implicada en el concepto de identidad normal y difusión de identidad como se ha definido más arriba. En otras palabras, la difusión de identidad implica modelos de trabajo interno que reflejen la representación desorganizada/desorientada del self y los otros, derivada de los mecanismos de escisión que fragmentan lo representativo del self y las representaciones de los otros en términos de disposiciones afectivas polares de extremos opuestos (P. Kernberg, 2004).

Existe una amplia evidencia de que una historia de abuso físico severo y abuso sexual, y de presenciar de forma crónica el abuso severo sexual y físico, es muy prevalente en el trastorno borderline de la personalidad (Stone, 1993a). También hay evidencia de que el dolor crónico relacionado con la enfermedad física en el primer año de vida está relacionado con una acentuación de la conducta agresiva (Grossman, 1991; Zanarini, 2000). Los efectos del abandono crónico y del caos severo dentro de la estructura familiar, especialmente la ruptura de los límites intergeneracionales ordinarios y la impredecible conducta parental crónica, son otros factores que incrementan la predominancia del campo negativo de la experiencia temprana, contribuyendo al desarrollo de los trastornos severos de la personalidad y, en el contexto de este análisis, de la difusión de identidad.

Un estudio llevado a cabo por Levy (no publicado) indica que, dentro de un segmento de población normal que muestra afecto negativo exagerado e impulsividad como fenotipos temperamentales, aquellos sujetos del subgrupo que, al mismo tiempo, evidencia severos trastornos de personalidad también presentan trastorno de personalidad, mientras que eso

no pasa en aquellos que no presentan tales perturbaciones en la identidad. Concluye que, mientras que el afecto negativo y la impulsividad pueden ser factores de riesgo de banda ancha para el desarrollo del trastorno borderline de la personalidad, la perturbación de la identidad parece ser un factor de riesgo específico. Este hallazgo es consistente con un trabajo anterior (Garner y col., 1994) que halló que la perturbación de la identidad era el mejor predictor de la continuación del trastorno borderline de la personalidad desde la adolescencia hasta el comienzo de la edad adulta.

En resumen, la hipótesis más importante sobre los factores etiológicos que determinan los trastornos severos de la personalidad u organización borderline de la personalidad es que, a partir de una predisposición temperamental a la predominancia del afecto negativo y la impulsividad o la falta de control mediante el esfuerzo, el desarrollo del apego desorganizado, la exposición al trauma físico o sexual, el abandono o el caos familiar crónico predisponen a un individuo a una fijación anormal al estadio temprano del desarrollo anterior a la integración de la identidad normal; persiste una escisión general entre las experiencias internalizadas idealizadas y persecutorias bajo la dominancia de los correspondientes estados cumbre de afecto negativo y positivo. Clínicamente, este estado de las cosas es representado por el síndrome de la difusión de identidad, con su falta de integración del concepto del self y la falta de integración de los conceptos de los otros significativos. La cuestión sigue siendo qué otros factores temperamentales, psicodinámicos o psicosociales pueden influir entonces en el desarrollo de constelaciones específicas de rasgos de carácter patológicos que diferencian entre sí las variadas constelaciones del trastorno severo de personalidad, un tema que sigue por explorar. El hecho de que mucha de la investigación relevante implique al trastorno borderline de la personalidad apunta a la necesidad de llevar a cabo estos estudios implicando otros trastornos severos de personalidad.

Desde un punto de vista clínico, el síndrome de la difusión de identidad explica las características dominantes de la organización borderline de la personalidad. La predominancia de la disociación o escisión primitiva del segmento de experiencia idealizado del paranoide es naturalmente reforzada por operaciones defensivas primitivas íntimamente conectadas con mecanismos de escisión, tales como identificación proyectiva, negación, idealización primitiva, devaluación, omnipotencia y control omnipotente. Todos estos mecanismos de defensa contribuyen a distorsionar las interacciones personales y a crear trastornos crónicos en las relaciones interpersonales, reforzando así la falta de autorreflexión y mentalización en el sentido más amplio, disminuyendo la capacidad de evaluar en profundidad la conducta y motivación de la otra persona —especialmente, por supuesto, bajo el impacto de la activación intensa del afecto. La falta de integración del concepto del self interfiere con una integración abarcativa del pasado y el presente de cara a una capacidad para predecir la propia conducta futura, y disminuye la capacidad para el compromiso estable con los objetivos profesionales, intereses personales, trabajo y funciones sociales y relaciones íntimas.

La falta de integración del concepto de los otros significativos interfiere con las capacidades para evaluar a los otros con realismo y para seleccionar compañeros armoniosos con las expectativas reales del individuo, y con el investimento que se hace de los otros. Toda excitación sexual implica un componente agresivo (O. Kernberg, 1995). La predominancia

de las disposiciones de afecto negativo da lugar a una infiltración de la disposición a la intimidad sexual con excesivos componentes agresivos, determinando, en el mejor de los casos, una persistencia exagerada y caótica de aspectos infantiles polimorfos, perversos, como parte del repertorio sexual del individuo y, en el peor de los casos, una inhibición primaria de la capacidad para la sensibilidad sensual y el disfrute erótico. Bajo estas últimas circunstancias, los afectos severamente negativos eliminan la capacidad de respuesta erótica, lo que se refleja clínicamente en los tipos severos de inhibición sexual que podemos hallar en los trastornos de personalidad más severos.

La falta de integración del concepto del self y de los otros significativos también interfiere con la internalización de las tempranas capas de sistemas de valores internalizados, dando lugar concretamente a una cualidad exagerada de la idealización de valores positivos y del ideal del yo, y a una cualidad persecutoria de los aspectos prohibitivos internalizados del superyó primitivo. Estos desarrollos dan lugar, a su vez, a una predominancia de los mecanismos de escisión al nivel de sistemas de valores internalizados o funciones del superyó, con una proyección excesiva de las prohibiciones internalizadas, mientras que la demanda excesiva, idealizada, de perfección interfiere con la integración de un superyó normal. Bajo estas condiciones, la conducta antisocial puede emerger como un aspecto importante de los trastornos severos de personalidad, especialmente en el síndrome del narcisismo maligno y en el tipo más severo de trastorno de la personalidad, es decir la personalidad antisocial propiamente dicha, que pone de manifiesto también la más severa difusión de identidad, bajo un self grandioso (O. Kernberg, 1984, 1922). En general, la formación del superyó normal es consecuencia de la integración de identidad, y, a su vez, protege a la identidad normal. La desorganización severa del superyó, por el contrario, empeora los efectos de la identidad de difusión (Jacobson, 1954).

El tratamiento de los trastornos de personalidad depende, en gran medida, de su severidad, reflejada en el síndrome de la difusión de identidad. La presencia o ausencia de la difusión de identidad puede ser provocada clínicamente en las entrevistas diagnósticas iniciales centradas en las características estructurales de los trastornos de la personalidad. Los aspectos dimensionales –mayores o menores grados de difusión de identidad– requieren más investigación. Desde un punto de vista clínico, la medida en que se mantiene o se pierde el tacto social ordinario es el indicador dominante de la severidad del síndrome. El diagnóstico de la difusión de identidad o de identidad normal, en resumen, adquiere una importancia fundamental en la evaluación clínica de pacientes con trastornos de personalidad.

LA EVALUACIÓN CLÍNICA DE LA IDENTIDAD

En el Instituto para los Trastornos de la Personalidad de Cornell, hemos desarrollado un examen particular del estatus mental denominado entrevista estructural, orientado al diagnóstico diferencial de los trastornos de personalidad. En esencia, esta entrevista, que generalmente supone de una hora a hora y media de exploración, consiste en varios pasos de indagación en el funcionamiento del paciente. El primer paso evalúa todos los síntomas del paciente, incluyendo los aspectos de mal funcionamiento físico, emocional, interpersonal y generalmente psicosocial, la experiencia y el despliegue de un afecto inadecuado, la conducta inadecuada, y las dificultades desmesuradas para evaluar al self y

a los otros en las interacciones y en la negociación de situaciones psicosociales normales. Esta indagación en los síntomas se continúa hasta que se ha logrado un pleno diagnóstico diferencial de los síntomas prominentes y las dificultades caracterológicas.

El segundo paso de esta entrevista explora la situación de la vida presente del paciente, incluyendo su adaptación al trabajo o a su profesión, la vida amorosa del paciente y sus experiencias sexuales, la familia de origen, las amistades, intereses, actividades creativas, actividades de ocio y vida social en general. También explora las relaciones del paciente con la sociedad y la cultura, especialmente sus intereses ideológicos y religiosos, y su relación con los deportes, el arte y los hobbies. En resumen, intentamos obtener una imagen lo más completa posible de la vida presente del paciente y sus interacciones, cuestionando cualquier aspecto de la situación vital presente del paciente que parezca oscura, contradictoria o problemática. Esta investigación complementa el paso anterior de exploración de los síntomas y, al mismo tiempo, hace posible comparar la evaluación que hace el paciente de su situación vital y de los potenciales desafíos y problemas con la interacción del paciente con quien le va a diagnosticar según se va desarrollando esta exploración.

Un tercer paso de esta entrevista estructural consiste en plantear la cuestión de la evaluación por parte del paciente de la personalidad de las dos o tres personas más importantes en su vida, seguida de la evaluación de su descripción del self como un individuo único y diferenciado. Las cuestiones más importantes son “¿Podría describirme ahora las personalidades de las personas más importantes en su vida presente a quienes ha mencionado, de modo que pueda hacerme una idea clara de ellos?” “¿Y ahora, podría describirse a Vd. mismo, su propia personalidad, en tanto que es única y diferente de la de cualquier otra persona, de modo que pueda hacerme una idea clara de ella?”

Como cuarto paso de esta entrevista, y sólo en casos de perturbaciones severas en las manifestaciones de la conducta, los afectos, el contenido del pensamiento, o los aspectos formales de la comunicación verbal durante la entrevista, el entrevistador cuestiona con delicadeza sobre ese aspecto de la conducta, el afecto, el contenido del pensamiento o la comunicación verbal del paciente que ha parecido especialmente curioso, extraño, inadecuado o fuera de lo normal, justificando esa atención. El entrevistador comunica al paciente que un cierto aspecto de su comunicación le ha parecido sorprendente o extraño, y le cuestiona si el paciente puede verlo, y cuál sería su explicación para la conducta que sorprende al entrevistador.

Dicha confrontación diplomática permitirá al paciente con un buen testeo de la realidad darse cuenta de lo que hay dentro de sí que ha creado una reacción determinada en el entrevistador, ofreciendo una explicación que reduce la extrañeza o el aspecto sorprendente de esa conducta. Esta respuesta, en otras palabras, indica un buen testeo de la realidad. Si, por el contrario, dicha indagación da lugar al aumento de la confusión, desorganización y conducta anormal en la interacción con el entrevistador, presumiblemente el testeo de la realidad se ha perdido. El mantenimiento del testeo de la realidad es un aspecto esencial en los trastornos de personalidad; dichos pacientes pueden haber perdido aspectos sutiles de la diplomacia en las interacciones sociales, pero mantener un buen testeo de realidad en circunstancias sociales normales. La pérdida del

testeo de la realidad presumiblemente indica un trastorno psicótico atípico o un trastorno mental orgánico: ese hallazgo conduciría a una mayor exploración de dicha conducta, afecto o pensamiento en términos de un examen estándar del estatus mental. En cualquier caso, una clara pérdida del testeo de la realidad indica que existe un trastorno psicótico o mental orgánico activo, y que el diagnóstico primario de un trastorno de personalidad no puede establecerse en este momento.

Por otra parte, si se mantiene el testeo de la realidad, la entrevista permitiría el diagnóstico de un trastorno de personalidad, la constelación predominante de los rasgos de carácter patológico, y su severidad en términos de la presencia o ausencia del síndrome de difusión de identidad. La capacidad de ofrecer una visión integrada de los otros significativos y del self indica una identidad normal. El buen funcionamiento interpersonal que no incluye aspectos extraños o sorprendentes en la interacción presente no justificaría la exploración del testeo de la realidad. Los pacientes con organización borderline de la personalidad que presentan difusión de la identidad también suelen poner de manifiesto conductas que reflejan las operaciones defensivas primitivas en la interacción con el entrevistador. Estos hallazgos son menos cruciales que el diagnóstico de la difusión de identidad, pero ciertamente refuerzan esa conclusión diagnóstica.

Si bien este método de entrevista clínica ha demostrado ser enormemente útil en el marco clínico, no se presta bien, sin modificar, a la investigación empírica. Un grupo de investigadores de nuestro instituto están transformando actualmente esta entrevista estructural en una entrevista semiestructurada, para permitir la evaluación de los trastornos de personalidad mediante un instrumento (la Entrevista Estructurada para la Organización de la Personalidad, conocida como STIPO; ver Clarkin, Caligor y col., sin publicar) diseñado para la investigación empírica. La utilidad clínica de esta entrevista estructural, sin embargo, puede ilustrarse mediante hallazgos típicos en varias constelaciones caracterológicas.

Para empezar, en el caso de los adolescentes, la entrevista estructural posibilita diferenciar las crisis de identidad adolescentes de la difusión de identidad. En el caso de las crisis de identidad, el adolescente puede presentar un sentimiento de confusión sobre las actitudes de los otros significativos hacia él/ella y sorpresa por los aspectos de esas actitudes que no se corresponden con la autoevaluación que hace el adolescente. Si se le pide describir la personalidad de los otros significativos, sin embargo, especialmente si son de la familia más inmediata, la descripción del adolescente tiene muchas posibilidades de ser precisa y profunda. De igual modo, aun cuando esté describiendo un estado de confusión en torno a sus relaciones con los otros, la descripción de su propia personalidad por parte del adolescente también transmite una visión adecuada e integrada, incluso incluyendo la confusión sobre las relaciones que se corresponde a la impresión que el adolescente da al entrevistador.

Además, los adolescentes con crisis de identidad pero sin difusión de identidad generalmente muestran un conjunto normal de valores éticos, intereses e ideales internalizados acordes con su entorno social y cultural. Es llamativo que, incluso adolescentes implicados en intensas luchas en torno a la dependencia e independencia, autonomía y rebelión con su entorno, tienen un sentido claro de estas cuestiones y de su

naturaleza conflictiva, y la descripción que hacen de los otros significativos con quienes entran en conflicto continúa siendo realista y con conocimiento de la complejidad de las interacciones.

Por el contrario, en el caso de la difusión de identidad, las descripciones que un adolescente con organización borderline de la personalidad hace de las personas más importantes de su vida son vagas y caóticas, y también lo es la descripción del self, además de la emergencia de discrepancias significativas entre la descripción de las interacciones psicosociales del adolescente en el presente, por una parte, y la interacción con el entrevistador, por la otra. También es típico en casos de difusión severa de identidad en la adolescencia que exista una ruptura en el desarrollo normal de los ideales y aspiraciones. El adolescente con difusión de identidad puede mostrar una severa falta de un sistema de valores internalizado o una actitud caótica y contradictoria hacia dicho sistema de valores. Las manifestaciones más típicas del síndrome de difusión de identidad –es decir, una clara falta de integración del concepto del self y el concepto de los otros significativos- puede hallarse en pacientes con trastorno borderline de la personalidad, y, en menor grado, en pacientes con trastorno histriónico o infantil de la personalidad.

Por el contrario, en el caso del trastorno narcisista, lo más característico es la presencia de un self aparentemente integrado, pero patológico, grandioso, que contrasta claramente con una incapacidad severa de desarrollar una visión integrada de los otros significativos; de hecho, la falta de la capacidad de captar la personalidad de los otros significativos está más dramáticamente ilustrada en el trastorno narcisista de la personalidad. Una situación opuesta puede darse en pacientes con trastornos esquizoides de la personalidad, donde la falta de integración del concepto del self puede ir acompañada por observaciones muy sutiles de los otros significativos. En el caso de la personalidad esquizotípica, en contraposición, tanto el concepto del self como el de los otros significativos están severamente fragmentados, de forma similar a como se puede observar en los casos de los trastornos borderline de la personalidad.

UNA ENTREVISTA ESTRUCTURAL DIAGNÓSTICA

Lo que sigue es un resumen de una entrevista inicial utilizando la técnica de la entrevista estructural para ilustrar la difusión de identidad. Parte de la entrevista ha sido brevemente resumida, pero los segmentos cruciales que ilustran la difusión de identidad se reproducen literalmente, con excepción de distorsiones poco importantes en cuanto a nombres, profesiones y lugares referidos en la entrevista para proteger la confidencialidad de este material.

El paciente era una estudiante de postgraduado de 21 años, casada con un estudiante universitario de 21 años, que acudía a consulta por depresión, conflicto matrimonial importante y una disminución de su rendimiento que dio lugar a la interrupción de sus estudios. Presentaba una historia de una depresión de larga duración desde su adolescencia temprana, autolesiones ocasionales y relaciones adolescentes interpersonales caóticas. Había tenido numerosas relaciones sexuales durante sus años de universidad. Aunque se había considerado la posibilidad de una enfermedad bipolar en la consulta con un psicólogo de la universidad, no había definitivamente una historia de

ningún episodio hipomaniaco auténtico, ni las depresiones presentaban aspectos que justificasen su clasificación con una depresión mayor.

Tras el divorcio de sus padres durante la primera infancia de la paciente, la madre volvió a casarse y la paciente describía una relación caótica con su madre y su padrastro. Las dificultades severas con el padrastro en la adolescencia dieron lugar a amargos enfrentamientos entre la paciente y su madre, y la madre echó a la paciente de casa. Entonces ésta vivió con una tía durante un tiempo, hasta que se casó cuando se licenció.

Tenía varios hermanos más jóvenes y siempre sintió que su madre los prefería a ellos, mientras que ella era la oveja negra de la familia. La relación con su marido también era muy ambivalente, y la paciente afirmaba que lo amaba, pero no sabía si había hecho lo correcto casándose con él. Su vida sexual era inicialmente activa y satisfactoria, pero gradualmente comenzó a sentir que él sólo la quería por el sexo, y se alejó sexualmente de él. Cuando sus conflictos se volvían particularmente intensos, se marchaba con su madre algunas veces durante semanas, interrumpiendo su asistencia a las clases. Además, su tendencia a llegar tarde a clase y a la conducta provocativa había irritado a sus profesores y había hecho que la expulsaran de una clase.

Esta era la información que teníamos antes de la entrevista inicial con la paciente. La entrevista comenzó con el terapeuta pidiéndole que describiera sus dificultades, lo que la llevó a resumir, de un modo más bien caótico, muchas de las cuestiones mencionadas más arriba.

El terapeuta planteó luego varias preguntas para aclarar la naturaleza de la depresión de la paciente, en un esfuerzo por hacer un diagnóstico diferencial entre una reacción distímica crónica o una depresión caracterológica, por una parte, y una depresión mayor por la otra. Su información pareció confirmar claramente que éste era un caso de depresión crónica, caracterológica.

Para aclarar sus problemas actuales, el terapeuta le preguntó sobre sus dificultades en la facultad. La paciente dijo que había estado faltando sólo a una clase, pero que la estaba abandonando porque un profesor le había dicho que no se le permitía asistir más a la escuela (¡!). Tras varios intentos por parte del terapeuta de aclarar lo que realmente había sucedido, la paciente ofreció la siguiente información.

PACIENTE: Sí, porque lo estaba intentando, sabe. El profesor fue muy poco razonable conmigo, que estaba con la baja médica, cuando era obvio que estaba muy enferma. Mmm sabe, la primera vez que mi móvil sonó en clase y me marché temprano fue porque mi mamá iba a llevarme al hospital porque tenía bronquitis. Sabe, y él fue tajante, ni siquiera me habló, sólo me envió ese e-mail diciendo “ya no se le permite asistir a clase”. Yo había hablado con mi T.A. [Nota de T: “Teaching Assistant”, alumno al que se le concede una beca a cambio de labores de enseñanza] e incluso me dijo que mis notas eran muy buenas, sabe, incluso en el examen del que sólo había asistido a una de las conferencias. Tuve un 80 –un “B”- en el examen. Así que mis notas estaban bien, pero él sintió que yo perturbaba su clase.

TERAPEUTA: Pero, ¿por qué hizo lo que hizo? ¿Le tiene manía? ¿O hay algo en su conducta que provocó en él esa reacción?

PACIENTE: Creo que ambas cosas. Sabe, es muy rígido, mmm, y es muy difícil razonar con él cuando se trata de hacer, mmm, excepciones con personas que tienen algún problema. Mmmm, como yo le dije, con la baja médica, y no me permitió ponerme al día con mi trabajo. Ni siquiera intentó entender...

TERAPEUTA: ¿Así que parece como si fuera problema de él?

PACIENTE: Sí, pero, a ver, quiero decir, llegué, llegué tarde, ¿no?, me retrasé unos minutos un par de veces, ¿no?, dos veces, y me marché antes dos veces. Como ya le he dicho, la primera vez fue cuando mi mamá venía a recogerme para ir al hospital...

La entrevista entonces cambió de dirección para pasar a la exploración por parte del terapeuta de las dificultades existentes en el matrimonio de la paciente. A continuación se reproducen extractos significativos de la transcripción, en orden secuencial.

PACIENTE: Siento que no importa cuánto intente trabajar las cosas con John, como los problemas que tenemos, no llegamos a nada. Y sabe, ¿no? la comunicación: intento comunicarme con él, pero hay veces que él, y entonces se cierra. Me grita y también, cuando intento hablar con él sobre las cosas que me molestan, no parece entenderlo. Siempre, sin importar lo bien que vayan las cosas, me siento como, sabe, las cosas van bien, algo malo va a pasar. Sabe, ¿no?, las cosas son demasiado buenas. Sabe, ¿qué va a pasar para hacer que todo se desmorone de nuevo? Incluso cuando nos llevamos bien, siento como si fuera a pasar algo malo, como que es demasiado bueno para ser cierto.

Luego hablaron sobre la relación sexual de la paciente con su marido.

PACIENTE: Bueno, yo, muchas veces, no estoy, sabe, lista o no estoy de humor, sabe y siento –y él estará algo así como “vamos”, y yo estaré como “claro”, sabe, y “adelante”, y pero, mucho, de nuevo, sabe, soy yo intentando hacer algo por él, sabe, y haciéndole creer que está haciendo algo por mí...

TERAPEUTA: Vd. no lo ve como algo que esté haciendo para sí misma.

PACIENTE: No.

TERAPEUTA: ¿Y no lo ve como que él muestra su interés en Vd. como mujer?

PACIENTE: En realidad no. Bueno, sí y no. Bueno, sí porque dice, sabe, “eres preciosa”, cosas así, pero no porque muchas veces él es como, sabe, es sólo un adolescente caliente, algo así, sabe. Ni siquiera sé cómo describirlo.

Hasta este punto de la entrevista, el terapeuta se había centrado primero en evaluar la sintomatología presente de la paciente, especialmente su depresión crónica, y luego en los

principales aspectos conflictivos de su personalidad, en tanto podían estar influyendo en conflictos vinculados a su depresión. Ahora cambió y evaluó la integración de identidad pidiéndole que describiera a las personas más importantes de su vida actual, primero, y luego a sí misma como persona. Lo que sigue son extractos relevantes; una vez más, intercambios literales en orden secuencial.

TERAPEUTA: Ahora, ¿puede describirme un poco más a John? ¿Cómo es como persona, qué lo hace diferente a todos los demás? ¿Qué es lo que es único de él?

PACIENTE: Es muy académico, muy inteligente, sabe. Sus estudios significan mucho para él -de hecho son lo primero. Mmm, es muy listo. Quiero decir, ha estado en la lista de honor de la universidad cada semestre que ha asistido a tiempo completo. Y es muy profesional con su trabajo, mmm, sabe. Está en un laboratorio de investigación en el campus como pasante y es muy profesional en su trabajo. Y siento que su trabajo está antes que yo. Mmmm, le gusta, cuando tiene tiempo, le gusta sentarse y relajarse y no tener que preocuparse de nada. Pero, y me lo dice todo el tiempo, sabe, se da cuenta de lo importante que es para nosotros ser capaces de comunicarnos abiertamente, pero cuando se disgusta por algo, se calla y se encierra en sí mismo y no quiere hablar conmigo para nada. La mitad, bueno, el 95% del tiempo ni siquiera sé lo que le molesta cuando está disgustado. Mmm, se enfada mucho por cosas que sé que si yo me enfadase por algo y él no entiende por qué, eso me disgustaría. Se enfada conmigo, sabe, básicamente la idea es “¿Cómo puedes dejar que algo tan pequeño te moleste?” Es muy tranquilo, muy tímido. Es casi antisocial. Mmmm, en las reuniones familiares está bien si conoce a todo el mundo, pero si lo pones en una situación en la que esté conociendo a más de dos o tres personas –a las que a lo mejor yo conozco pero él no- se pone muy nervioso, muy introvertido, muy alterado. Mmm, sabe, le gusta observar más que tomar parte. Si va, como fue a una fiesta antes de que yo estuviera aquí, fue con un amigo y mientras todos interactuaban él se sentó en el fondo y observaba a todo el mundo.

Está muy, muy preocupado por la salud física. Así, sabe, él ve, muy bien, la enfermedad del corazón a primera causa de muerte en este grupo de edad, en este género, lo que sea, así que ¿qué puedo hacer para evitarme correr el riesgo de una enfermedad del corazón? Así que su dieta es muy pobre en azúcar, en grasa, en sodio, y hace ejercicio dos o tres veces por semana. Y, sabe, impone mucho, sabe, es “Eso es malo para ti, no lo hagas”. Da igual que sea algo tan mínimo como tomar el sol o algo tan grande como un tatuaje, o el piercing de mi ombligo, o lo que sea, sabe, las cosas que quiero hacer para mí misma, que he querido durante tanto tiempo, mucho antes de que él estuviera en escena, y me impone mucho en contra ellas. “No, no puedes tomar el sol, es muy malo para ti”.

TERAPEUTA: Ahora que lo ha descrito, parece que otra persona importante en su vida es su madre.

PACIENTE: Sí, lo es.

TERAPEUTA: ¿Puede describírmela? Qué clase de persona es, para que yo tenga una imagen de ella. ¿Qué la diferencia de las demás personas? ¿Qué hay de único en ella?

PACIENTE: Bueno, mi mamá es muy joven; tiene cuarenta y cinco años. Mmmm, en realidad he peleado con mi madre durante más o menos siete de los últimos 8 años. Sabe, somos muy parecidas en realidad, así que chocamos mucho. La broma siempre era que lo único que había heredado de mi madre era su testarudez y su mal genio. Si, porque si mi madre tiene razón, va a discutir hasta el final, sabe. Y yo soy igual. Si sé que tengo razón, voy a discutir hasta que Vd. se dé cuenta de que tengo razón, o algo así, sabe. Y cuando llega el enfado, yo generalmente no soy una persona enfadada, aparentemente por lo menos, sino que más bien contengo mi rabia. Pero cuando me enfado, es como prender fuego a una prenda empapada en gasolina o algo así, sabe. O sea, una vez que empiezo es difícil pararme.

Ella es, puede ser, muy abierta, muy cálida, pero también puede ser muy dura, muy demandante, muy, no sé, muy egocéntrica. La he oído hablar de mí y de mis dos hermanos y yo soy la “niña jodida”, Frank es el único con problemas que se pueden tratar, y Bob el angelito. Y, sabe, sí, tuve mis problemas pero, sabe, cuando tu madre te dice que ojalá fueras otra persona, eso es muy impactante. Sabe, puede –cuando nos llevamos bien, nos llevamos realmente bien- pero cuando no, cuando no nos llevamos bien, no nos llevamos bien, no nos querría tener juntas en la misma habitación. Y lo divertido es que nuestras peleas siempre consisten en gritarme ella a mí. Yo nunca contraataco.

TERAPEUTA: Por qué no me cuenta algo más sobre Vd. ¿Cómo se describe como persona, qué es único en Vd., qué la hace diferente a otras personas, qué me diría para hacerme un retrato de Vd. como persona?

PACIENTE: Soy una persona religiosa. Intento ser tolerante con todo el mundo en mi religión; muchos cristianos dirán, sabe, los gays irán al infierno, mientras que yo digo y qué, se nos ha enseñado a amar. Porque no es así, aun cuando alguien no vaya a ir al cielo cuando muera, se supone que hay que amarlo como ellos, o cualquier otra persona, te ama a ti. Soy una persona muy tolerante, muy empática, empatiquísima. Alguien que, incluso si viene un desconocido y me dice “necesito alguien con quien hablar”, me sentaría con él y lo escucharía y le hablaría, si necesitara un abrazo, o lo que fuera, un hombro en el que apoyarse, en el que llorar. Y eso es algo que yo creo que es muy único en mí, la gente me ha dicho que eso es algo único de mí, que he sido el tipo de amiga que uno querría que fuese una amiga.

Sabe, mientras todo el mundo, sabe, alguien me dijo que, bueno, todos sus otros amigos, pensaban que eran amigos, pero cuando más los necesitaban, no estaban ahí y, sabe, cómo en todos estos sentidos yo era una buena amiga. Y creo que es algo que definitivamente es lo más exclusivo de mí. Sabe, puedo demostrar amor, no importa lo mal que yo esté, si alguien está pasando por un mal momento, me acercaré a su lado y le diré “sabes, ¿por qué no hablas conmigo? Necesitas hablar. ¿Qué te pasa?” intentando estar ahí con él.

Como ya dije, no es fácil que me enfade, pero cuando lo hago, sabe, exploto. Y otra cosa es que me encantan los niños, me encanta trabajar con niños. Me encanta jugar con ellos, estar con ellos, sabe. Como cuando estaba en el restaurante y estaba allí esta mujer y su marido con sus cuatro hijos, y uno de los niños estaba llorando y realmente mal, y me

acerqué a él cantando la “canción del abejorro”, sabe, para que se pusiera de mejor humor. Así soy, me encantan los niños, me encanta trabajar con ellos, estar ahí.

TERAPEUTA: Me dijo que intentaba ser abierta y amorosa.

PACIENTE: Sí.

TERAPEUTA: ¿Sería acertado decir que funciona con la mayoría de las personas pero no con su marido? Porque por lo que me dice, algo de lo que hay es que Vd. se siente enfadada y resentida con él con facilidad, ¿o me equivoco?

PACIENTE: No sé, bueno, me siento frustrada con mi matrimonio porque no siento que me escuche. Si necesito alguien con quien hablar, debería ser el primero que estuviera ahí para mí, y a menudo no lo es. Sabe, lo amo e intento no alejarlo, pero no me lo pone muy fácil. Si estoy mal y acudo a mis amigos en lugar de a él, él se enfadará, pero de lo que no se da cuenta es que he estado intentando hablar con él. Abrirme a él.

En la última parte de la entrevista, el terapeuta intentó diplomáticamente confrontar a la paciente con las contradicciones entre las descripciones de su marido y de sí misma y en relación con la situación que dio lugar a dejar de asistir a clase, para evaluar, lo primero de todo, el testeo de la realidad y, luego, la capacidad de introspección emocional. De nuevo, lo que sigue son segmentos seleccionados de esa interacción.

TERAPEUTA: Pero lo que me pregunto es en qué medida está realmente intentando tomar la iniciativa de un modo amoroso hacia él, o en qué medida está contribuyendo a una atmósfera en la que él siente que la mayoría del tiempo Vd. está sensible, irritada, rechazante. Me explico, no quiero decir que Vd. lo esté haciendo mal o contribuyendo a los problemas, pero el modo en que me habla sobre él me dio la impresión de una actitud resentida, como si tuviera un ardiente resentimiento; esa es la impresión que da. ¿Le ha sorprendido que diga esto?

PACIENTE: No.

TERAPEUTA: ¿Soy la primera persona que se lo dice?

PACIENTE: A la cara, creo que sí.

TERAPEUTA: Bien, déjeme recordarle que me dijo que otras personas le habían dicho que en lo único que se parece a su madre es en lo testaruda que es. De modo que, ¿en qué medida es posible que esto se refleje en su actitud con su marido? ¿Tal vez sin que Vd. lo sepa siquiera? Como una segunda naturaleza.

PACIENTE: Supongo que es posible.

TERAPEUTA: ¿Qué piensa?

PACIENTE: Muchas veces, sabe, no sé por qué... por qué soy así con mi marido.

TERAPEUTA: Estoy exagerando un poco, pero en la relación con su profesor, uno podría plantearse la pregunta ¿por qué estaba él tan irritado con Vd.? ¿Por qué tendría malos sentimientos hacia Vd.? ¿Estaría Vd., sin darse cuenta, contribuyendo a ello?

PACIENTE: Supongo, quiero decir que no lo sé. Creo que es posible que lo estuviera haciendo sin darme cuenta.

TERAPEUTA: Me impresionó cuando dijo que cuando todo va bien, siente que no puede durar. Porque lo que implica es que si Vd. tiene miedo de que el destino no tolere que Vd. sea feliz, puede estar tentada de arruinar su vida, porque al menos así sabrá lo que está pasando y que no puede pasar nada peor.

PACIENTE: Muchas veces no llega hasta ese punto...

TERAPEUTA: ¿Perdón?

PACIENTE: Muchas veces no llega hasta ese punto, sabe.

TERAPEUTA: ¿Por qué no?

PACIENTE: Tiendo a permanecer en mi depresión, a estar en el punto en el que sé, sabe, bueno, que todo lo demás está echado a perder así que también va a pasar esto... lo que sea.

Hacia el final de la entrevista, hablaron sobre el plan de la paciente de volver con su madre, una vez más, separándose temporalmente de su marido y abandonando sus esfuerzos por continuar sus estudios. El terapeuta planteó la cuestión de en qué medida podía haber en juego fuerzas autoderrotantes, recordándole su fantasía de que las cosas no podían irle bien, y que ya habían hablado de cómo ella pudo haber contribuido al resentimiento de su profesor, así como a las respuestas enojadas de su marido hacia ella.

El terapeuta obtuvo la impresión de que la paciente era claramente capaz de entender lo que él estaba diciendo, capaz de pensar en ello y presentar argumentos en contra o que implicasen un reconocimiento reflexivo de lo que él decía. La naturaleza contradictoria de la descripción de la personalidad de su marido y de su madre, y de la de sí misma —esta última, quizá, el aspecto más llamativo de la entrevista, en la que autorrepresentaciones completamente contradictorias de testarudez y oposición, por una parte, y apertura amorosa, por otra, coexistían sin entrar en contacto las unas con las otras— llevó al terapeuta a la conclusión de que la paciente presentaba una importante difusión de identidad. El testeo de la realidad, sin embargo, parecía intacto.

La conclusión diagnóstica general fue que ésta era una paciente con un trastorno de personalidad y una organización borderline de la personalidad, con aspectos predominantemente infantiles o histriónicos y masoquistas, que se presentan con una

depresión crónica caracterológica íntimamente vinculada al patrón autoderrotante evidente en la relación con su marido, en sus estudios y en su vida social.

Tras la entrevista, el terapeuta comentó con el equipo de tratamiento su impresión sobre la interacción de la paciente con él durante la sesión. La presentación de aquella tenía aspectos autoderrotantes. Transmitía la impresión de alguien temeroso, sumiso en la superficie pero suspicaz y resentido en el fondo. Parecía claramente deprimida, y tenía una historia de no responder satisfactoriamente a varios antidepresivos IRSS.

Teniendo en cuenta todos estos factores, la recomendación para el tratamiento fue psicoterapia focalizada en la transferencia PFT, una psicoterapia psicodinámica empíricamente testada, efectiva, modificada para los trastornos severos de personalidad (Clarkin, Levy y col., sin publicar; Clarkin, Yeomans y Kernberg, 2006).

Reconocimientos: Este artículo representa el trabajo del Proyecto de Investigación en Psicoterapia de Cornell, subvencionado por la Fundación para la Investigación del Trastorno Borderline de la Personalidad. Nuestro sincero agradecimiento a la fundación y su fundador, el Dr. Marco Stoffel.

BIBLIOGRAFÍA

Allen, J.P. & Fonagy, P. (2003) The development of mentalizing and its role in psychopathology and psychotherapy. Technical report, no. 02-0048). Menninger Clinic. Research Department.

---, --- eds. (2006) The Handbook of Mentalization-Based Treatment. Chichester, England: Wiley & Sons.

Allen, J. P., Hauser, S. T., Bell, K. L. & O'Connor, T. G. (1993). Longitudinal assessment of autonomy and relatedness in family interaction as predictors of adolescent ego development and self-esteem. *Child Devel.*, 65:179-184.

Bion, W. R (1967). *Second Thoughts. Selected Papers on Psycho-Analysis*. New York: Basic Books.

--- (1970). *Attention and Interpretation*. New York: Basic Books.

Blos, P. (1967). The second individuation process of adolescence. *Psychoanal. Study Child*, 22:162-186.

--- (1979). Modifications in the classical psychoanalytical model of adolescence. *Adolescent Psychiatry*, 7:6-25.

Bohleber, W. (2000). Identität. In *Handbuch Psychoanalytischer Grundbegriffe*, ed. W. Mertens & B. Waldvogel. Stuttgart, Germany: Kohlhammer, Pp. 328-332.

Clarkin, J. F., Caligor, E., Stern, B. & Kernberg, O. F. (unpublished). Structured interview of personality organization (STIPO).

Clarkin, J. F., Levy, K. N., Lenzenweger, M. F. & Kernberg, O. F. (unpublished). Evaluating three treatments for borderline personality disorder: a multiwave study.

Clarkin, J. E., Yeomans, E. E. & Kernberg, O. E. (2006). *Psychotherapy for Borderline Personality: Focusing on Object Relations*. Washington, DC: Amer. Psychiatric Publishing.

Devegvar, M. L., Siever, L. J. & Trestman, R. L. (1994). Impulsivity and serotonin in borderline personality disorder. In *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder (Progress in Psychiatry)*, ed. K R. Silk. Washington, DC: Amer. Psychiatric Press, pp. 23-40.

DIAMOND, D. (2005). Personal communication.

Erikson, E. H. (1950). Growth and crises of the healthy personality. In *Identity and the Life Cycle*. New York: Int. Univ. Press, pp. 50-100.

--- (1956). The problem of ego identity. *J. Amer. Psychoanal. Assn.*, 4: 56-121.

Fairbairn, W. R. D. (1954). *An Object Relations Theory of the Personality*. New York: Basic Books.

Fonagy, P. & Target, M. (2003). *Psychoanalytic Theories: Perspectives from Developmental Psychopathology*. New York: Brunner-Routledge, pp. 270-282.

Garnet, R. E., Levy, K. N., Mattanah, J. J. F., Edell, W. S. & Mcglashan, T. H. (1994). Borderline personality disorder in adolescence: ubiquitous or specific? *Amer J Psychiatry*; 151:1380-1382.

Grossman, W. (1991). Pain, aggression, fantasy, and concepts of sadomasochism. In *Psychoanal. Q.*, 60:22-52.

Gurvits, I. G., Koenigsberg, H. W. & Siever, L. J. (2000). Neurotransmitter dysfunction in patients with borderline personality disorder. In *Psychiatric Clinics No. Amer.*, 23(1):27-40

Hauser, S. T. (1976). Self-Image complexity and identity formation in adolescence: longitudinal studies. *J. Youth & Adolescence*, 5: 161-177.

Hauser, S. T. & Follansbee, D. (1984). Developing identity: ego growth and change during adolescence. In *Theory and Research in Behavioral Pediatrics*, ed. H. Fitzgerald, B. Lester & M. Yozma. New York: Plenum.

Jacobson, E. (1954). The self and the object world. *Psychoanal. Study Child*, 9: 75-127.

Kernberg, O. F. (1976). *Object Relations Theory, and Clinical Psychoanalysis*. New York: Aronson.

(1984). *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven, CT: Yale Univ. Press.

(1992). *Aggression in Personality Disorders and Perversions* New Haven, CT: Yale Univ. Press.

(1995). *Love Relations: Normality and Pathology*. New Haven. CT: Yale Univ. Press.

Kernberg, P. (2004). Personal communication.

Klein, M. (1940). Mourning and its relation to manic-depressive states. In *Contributions to Psycho-Analysis, 1921-1945*. London: Hogarth. 1948, PP- 311-338.

Lenzenweger, M. F.; Clarkin, J. F., Kernberg, O. F. & Foelsch, P. A. (2001). The inventory of personality organization: psychometric properties, factorial composition, and criterion relations with affect, aggressive dyscontrol, psychosis proneness, and self-domains in a nonclinical sample. *Psychol. Assessment*, 13 (4) 577-591 -

Levy, K N. (2005). The implications of attachment theory and research for understanding borderline personality disorder. *Devel. & Psychopathol.*, 17:959-986.

(unpublished). The role of identity disturbance in the development of borderline personality disorder.

Mahler, M. S. (1972a). On the first three subphases of the separation-individuation process. *Int. J Psychoanal.*, 53:333-338.

(1972b). Rapprochement subphases of the separation-individuation process. *Psychoanal. Q.*, 41:487-506.

Main, M. (1995). Recent studies in attachment: overview with selected implications for clinical work. In *Attachment Theory: Social, Developmental, and Clinical Perspectives*, ed. S. Goldberg, R. Muir & J. Kerr. Hillsdale, NJ: Analytic Press, pp. 407-474.

Marcia, J. (1966). Development and validation of ego identity status. *J. Personality & Social Psychol.*, 3(5):551-558.

--- (1980). Identity in adolescence. In *Handbook of Adolescent Psychology*, ed. J. Addelson. New York: Wiley & Sons.

Masterson, J. (1967). *The Psychiatric Dilemma of Adolescence*. Boston, MA: Little, Brown & Co., pp. 119-134

--- (1972). *Treatment of the Borderline Adolescent: A Developmental Approach*. New York: Wiley-Interscience.

Offer, D. (1973). *Psychological World of the Teenager: A Study of Normal Adolescent Boys*. New York: Harper & Row.

Posner, M. L., Rothbart, M. K., Vizueta, N., Levy, K., Thomas, K. M. & Clarkin, J. (2002). Attentional mechanisms of borderline personality disorder. In *Proceedings Natl. Acad. Sci., U.S.A.*, 99(25):16366-16370. RINSLEY, B. R. (1982). *Borderline and Other Self Disorders*. New York: Aronson.

Segal, H. (1964). *Introduction to the Work of Melanie Klein*. New York: Basic Books.

Silbersweig, D. A., Levy, K., Thomas, K., Clarkin, J., Kernberg, O. & Stern, E. (in preparation). Exploring the mechanisms of negative affect and self regulation in BPD patients and controls prior to therapy.

Silk, K R. (2000). Overview of biologic factors. *Psychiatric Clinics No. Amer.*, 23(1):61-75

Steinberg, B. J., Trestman, R. L. & Siever, L. J. (1994). The cholinergic and noradrenergic neurotransmitter systems and affective instability in borderline personality disorder. In *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder (Progress in Psychiatry)*, ed. K. R. Silk. Washington,DC: Amer. Psychiatric Press, pp. 41-62.

Stone, M. (1993a). *Abnormalities of Personality*. New York: Norton. (1993b). Etiology of borderline personality disorder: psychobiological factors contributing to an underlying irritability. In *Borderline Personality Disorder*, ed. J. Paris. Washington,DC: Amer. Psychiatric Press, pp. 87-102.

Van Reekum, R., Links, P. S. & Fedorov, C. (1994). Impulsivity in borderline personality disorder. In *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder (Progress in Psychiatry)*, ed. K. R. Silk. Washington,DC: Amer. Psychiatric Press, pp. 11-22.

Westen, D. (1985). *Self and Society: Narcissism, Collectivism and the Development of Morals*. New York:Cambridge Univ. Press.

--- (1992). The cognitive self and psychoanalytic self: can we put ourselves together? *Psychoanal. Inquiry*, 3(1):1-13.

Wilkinson-Ryan, T. & Westen, D. (2000). Identity disturbance in borderline personality disorder: an empirical investigation. *Amer. J. Psychiatry*, 157(4):528-541

Yehuda, R., Southwick, S. M., Perry, B. D. & Giller, E. L. (1994). Peripheral catecholamine alterations in borderline personality disorder. In *Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder (Progress in Psychiatry)*, ed. K. R. Silk. Washington, DC: Amer. Psychiatric Press, pp. 63-90.

Zanarini, M. C. (2000). Childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. In *Psychiatric Clinics No. Amer.*, 23(1):89-101