

Psicoterapia focalizada en la transferencia. Psicodinámica de pacientes con organización de personalidad *borderline*. Una visión general

Otto F. Kernberg

Traducción de Dolores Salas de Torres

Resumen

Este artículo presenta una visión general de un enfoque de la psicoterapia psicodinámica para pacientes con organización *borderline* de la personalidad. Desarrolla las características de la estructura psicológica, la etiología y el diagnóstico clínico de la organización *borderline* de la personalidad. Presenta, además, una estrategia terapéutica y un conjunto de técnicas terapéuticas adaptadas a la patología de estos casos y que fueron diseñadas con base a una investigación realizada durante veinte años en el Departamento de Psiquiatría, División Westchester, del New York Hospital-Cornell Medical Center. El autor explica que esta técnica surgió de los fracasos con los procedimientos generales del psicoanálisis y de la necesidad de modificarlos para estos pacientes.

Algunas consideraciones sobre la evaluación diagnóstica de los trastornos de la personalidad

En general es muy importante obtener, primero que todo, una visión completa de todos los síntomas presentes en el paciente y de su respectiva severidad. Por ejemplo, la severidad de los síntomas con relación a las tendencias suicidas o de auto-mutilación, abuso o dependencia de drogas y alcohol, depresión severa o trastornos graves en la alimentación, puede requerir intervenciones inmediatas que deben anteponerse a una evaluación cuidadosa del trastorno de personalidad del paciente. Las emergencias deben ser atendidas primero y la evaluación de la estructura de la personalidad puede tener que esperar hasta que el paciente esté en un ambiente estable y bien protegido.

En todos los casos, el estudio del funcionamiento de la personalidad en todas las áreas de la vida actual del paciente debe ser tomado en cuenta antes que su historia pasada, la cual debe ser evaluada a la luz del actual funcionamiento de su personalidad. El análisis comparativo de la información provista por el paciente, su familia, o cualquier otra fuente de información, también requiere ser cotejada con un análisis cuidadoso de los rasgos interactivos de la relación entre el paciente y el evaluador. Esto requiere de una comunicación honesta del terapeuta con el paciente en relación con la información que está obteniendo, y de una discusión cuidadosa sobre el asunto de la confidencialidad en sus interacciones.

Si un paciente adolescente se nos presenta por primera vez con su familia, puede ser ventajoso verlos a todos juntos antes de verlo a él exclusivamente, y no ver primero a la familia sola sin el paciente aun cuando se insista en ello. De la misma manera, en el caso en que el terapeuta haya recibido información sobre el paciente antes de conocerlo, es muy importante que comparta con éste esa información. En familias donde existe una cultura de mantener secretos entre sí, una parte importante de la evaluación diagnóstica es abrir todos los canales de comunicación, con tacto, pero en forma decidida.

La experiencia en tratamientos de larga duración de pacientes con severos trastornos de personalidad como parte de nuestro proyecto de investigación sobre psicoterapia (Kernberg et al, 1989), nos ha enseñado que hay ciertas prioridades tempranas que requieren de una atención inmediata: la existencia del peligro de una disrupción aguda del proceso diagnóstico o terapéutico, el peligro de una severa interferencia del proceso de diagnóstico por falta de honestidad del paciente y/o de algún otro miembro de la familia, y el peligro de una ruptura inmediata y prematura del sistema de contención que permita el proceso de diagnóstico.

Si durante el proceso de diagnóstico ocurren severos episodios regresivos, tal como una fuerte reacción terapéutica negativa hacia el evaluador, es importante abandonar temporalmente la búsqueda de información adicional y focalizarse en la experiencia del paciente en la situación inmediata. Aquí entran en acción los principios psicoanalíticos para evaluar el *acting out* de transferencias negativas severas, y cualquier clínico experimentado puede tener que gastar algún tiempo ventilando los desarrollos de dichas transferencias sin perder de vista el hecho de que está en pleno proceso de evaluación. Debe quedar muy claro que el tratamiento definitivo tendrá que esperar hasta la obtención de toda la información relacionada con las dificultades del paciente. Los mecanismos primitivos de identificación proyectiva, control omnipotente y negación severa matizan dichos mecanismos primitivos y pueden ser usados para

evaluar la existencia de difusión de identidad, patología narcisística y conducta antisocial.

Características descriptivas y psicoestructurales

Lo que sigue es un resumen sobre la psicoterapia psicoanalítica para pacientes con una organización *borderline* de personalidad elaborado y manualizado por un equipo de psicoanalistas, psicoterapeutas psicoanalíticos e investigadores en el departamento de Psiquiatría del Cornell University Medical College. Este manual de psicoterapia es el producto de 20 años de trabajo de nuestro equipo de investigación en el Departamento de Psiquiatría y en la División Westchester del New York Hospital-Cornell Medical Center, aplicando la teoría psicoanalítica a los requerimientos particulares del tratamiento de pacientes con severos trastornos de personalidad que hemos llamado organización de personalidad *borderline* (Kernberg et al, 1989). Estos trastornos incluyen una gran mayoría de los correspondientes trastornos de personalidad descritos en el DSM IV, particularmente los *borderline*, los esquizoides, los esquizotípicos, los paranoides, los histriónicos, los narcisistas, los antisociales y las personalidades dependientes. Incluidos también en este grupo están otros trastornos de personalidad severos, no mencionados específicamente en el DSM IV, tales como los trastornos de personalidad hipomaniacos y sadomasoquistas, las hipocondrías y el síndrome de narcisismo maligno (Kernberg, 1996). La Figura 1 (pág. 77) reproduce la clasificación de los trastornos de personalidad que refleja nuestro enfoque, el cual combina criterios por categoría y por dimensiones para relacionar los trastornos de personalidad entre sí. Todos los trastornos incluidos en la organización de personalidad *borderline* están circunscritas por una línea doble fragmentada.

La organización de la personalidad *borderline* se reconoce por sus características psicoestructurales que incluyen: a) el síndrome de la difusión de identidad; b) el predominio de mecanismos primitivos centrados en la escisión; y c) el mantenimiento del principio de realidad. Contrastando con esto, los trastornos de personalidad menos severos, que hemos llamado organización de personalidad neurótica -particularmente los trastornos de personalidad histéricos, obsesivo compulsivos y los depresivos masoquistas- están caracterizados por condiciones psicoestructurales que incluyen: a) una sólida identidad yoica; b) el predominio de mecanismos centrados en la represión; y c) una excelente prueba de realidad, incluyendo un sentido diferenciado del tacto social y sensibilidad. (Kernberg, 1984).

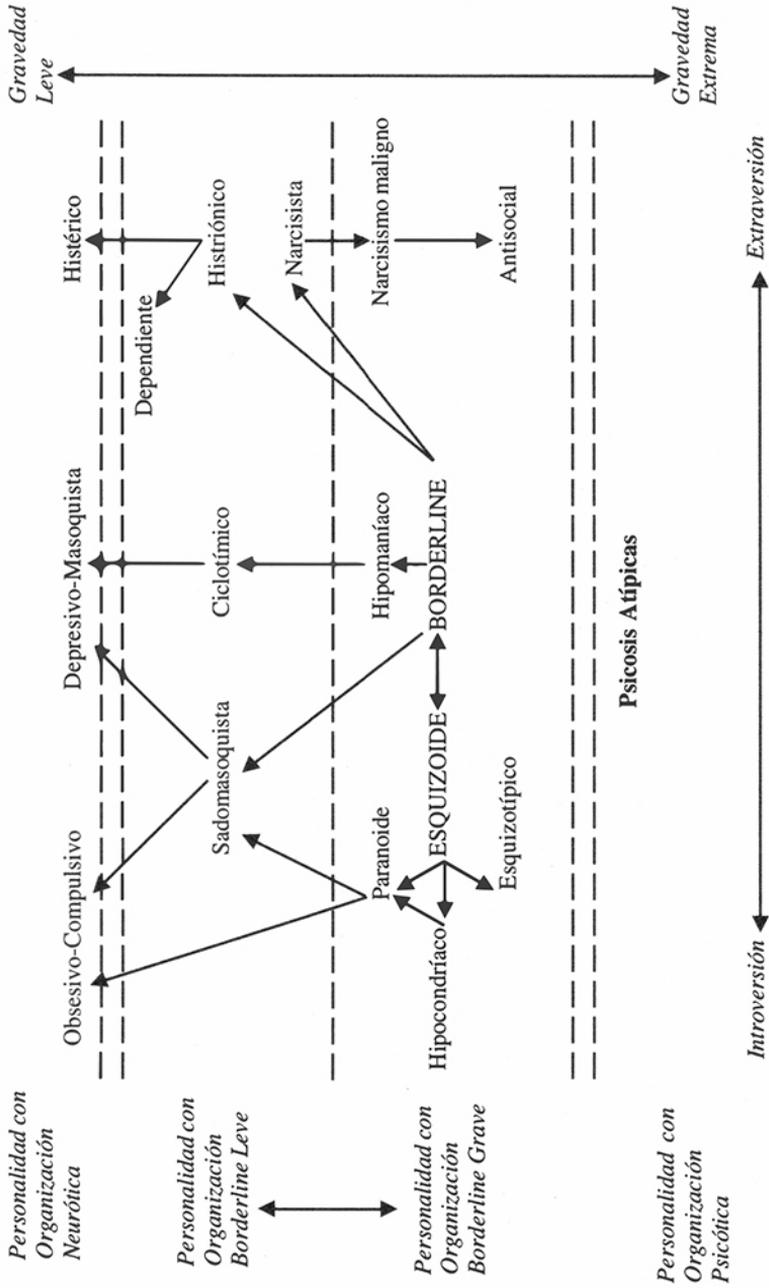
El síndrome de difusión de identidad está caracterizado por una falla en la integración tanto del concepto del *self* como del concepto de otros objetos

significativos, y puede ser evaluado mediante exámenes mentales del paciente al explorar su experiencia de sí mismo, la integración cruzada longitudinal y seccionada, o la falta de integración del concepto del *self*, y en la integración (o falta de ésta) de su concepto de los objetos más importantes de su vida. La falla en la integración de los conceptos del *self* y de los otros significativos se evidencia en descripciones irreflexivas, caóticas y contradictorias del *self* y de los otros, además de una incapacidad para integrar y hasta para tener alguna conciencia de estas contradicciones.

Las operaciones defensivas incluyen, en primer lugar, el mecanismo de escisión o escisión primitiva, caracterizada por una total desconexión emocional entre los estados yoicos contradictorios; particularmente aquellos asociados con experiencias de percepciones idealizadas y persecutorias en las relaciones con los otros significativos. Los mecanismos de escisión son reforzados y complementados por una primitiva idealización y desvalorización, omnipotencia, control omnipotente, negación, e identificación proyectiva. Esta última es una forma primitiva de proyección, en la cual se mantiene la empatía con aquello que es proyectado, mientras las tendencias inconscientes se disparan para inducir en el otro lo que ha sido proyectado, y así intentar controlarlo al asumir que funciona bajo el dominio de un aspecto de la experiencia del *self* proyectada. El predominio de este tipo de mecanismos defensivos se manifiesta en conductas que tienden a distorsionar la interacción terapeuta-paciente desde el comienzo. Por el contrario, los mecanismos defensivos característicos de una organización de personalidad neurótica, centrados en la represión, no se expresan en conductas que distorsionen significativamente las interacciones interpersonales del paciente, y emergen sólo gradualmente en el curso de la psicoterapia psicoanalítica a través de interrupciones en las asociaciones. En el examen del estado mental, la relativa falta de conspicuidad en las manifestaciones de la represión contrasta con las distorsiones sorprendentes producidas por los mecanismos defensivos primitivos en pacientes *borderline*.

Tanto los pacientes neuróticos como los *borderline* presentan una adecuada prueba de la realidad, o sea, la capacidad para identificarse plenamente con los criterios sociales comunes sobre la realidad en la medida en que son confrontados con mucho tacto por el terapeuta. Pero en el nivel de la organización de personalidad neurótica, los pacientes muestran empatía, tacto, discreción y auto reflexión que contrastan con la conducta típicamente irrazonable, caótica, afectivamente fluctuante de los pacientes con una organización de personalidad *borderline*, quienes tienden a aceptar y racionalizar dicha conducta con bastante facilidad.

Figura 1
Diagrama de los trastornos de personalidad: sus relaciones mutuas



En pacientes *borderline*, la falta de integración normal de identidad se traduce en una incapacidad para empatizar maduramente con los otros y en una falla en la evaluación equilibrada de las otras personas, quienes son vistas en forma idealizada, persecutoria o desvalorizada. Estos pacientes tienen mucha dificultad para establecer y sostener relaciones íntimas, para seleccionar parejas adecuadas, para sopesar sus propios intereses y compromisos con su trabajo, profesión, vida social e ideales éticos y estéticos. El predominio de las defensas primitivas en estos pacientes no sólo contribuye a deteriorar su funcionamiento laboral y social sino también acarrea manifestaciones generales de debilidad yoica, especialmente una falla en el control de los impulsos, en la tolerancia a la ansiedad, y en limitaciones de sus actividades sublimatorias.

Los problemas secundarios derivados de la organización de personalidad *borderline* frecuentemente incluyen severos trastornos de conducta: el desarrollo de conductas suicidas crónicas, caracterológicas y parasuicidas; graves problemas de alimentación; propensión al abuso de drogas, de alcohol, a la dependencia y a conductas antisociales. La presencia de conducta antisocial es particularmente importante por las implicaciones de pronóstico negativo que conlleva para todas las aproximaciones terapéuticas aptas para los trastornos de personalidad, siendo un indicador aplastante que se equipara en importancia sólo con la ausencia de relaciones intensas con los otros significativos. Mientras más severa sea la conducta antisocial, y mayor sea el aislamiento del paciente durante un período extendido de tiempo, el pronóstico es peor. Por el contrario, los trastornos severos de personalidad sin rasgos antisociales y con una historia de relaciones interpersonales sostenidas, no importa cuán caóticas éstas sean, tienen una buena oportunidad de beneficiarse de una psicoterapia psicodinámica que será descrita a continuación.

La línea sencilla horizontal fragmentada en la Figura 1 separa a los trastornos menos severos de la personalidad con organización *borderline* (sobre la línea) de los más severos (debajo de la línea). El grupo con menos severidad evidencia una mayor capacidad para mantener relaciones dependientes con los otros significativos, más capacidad para investir relaciones sociales y laborales, y menos manifestaciones de debilidad yoica no específica a la que me referí previamente.

Etiología y psicopatología

Los hallazgos de las investigaciones han señalado la prevalencia, en pacientes con patología *borderline*, de tempranas experiencias traumáticas, tales como una enfermedad física prolongada, la experiencia de haber presenciado o sido

víctima de abuso físico o sexual, pérdidas irreparables tempranas, o una estructura familiar caótica (Kernberg 1994). Una predisposición biológica a la activación de afectos excesivamente depresivos o agresivos como consecuencia de sistemas bioquímicos neurotransmisores disfuncionales, especialmente el sistema serotoninérgico (también los sistemas adrenérgico, noradrenérgico y dopaminérgico), pueden reflejarse en una activación anormal de afectos negativos e hiperreacción ante estímulos que comúnmente generarían ansiedad o depresión, fomentando así la distorsión de tempranas experiencias afectivas relacionadas con relaciones agresivamente investidas con los otros internalizados como tales. De esta forma, los determinantes biológicos en la predisposición para la activación del afecto negativo que se refleja en el temperamento, y la internalización de relaciones significativas dominadas por la agresión, pueden eventualmente influenciar el concepto del *self* y de los otros (Depue, 1996).

Bajo el impacto de estas fuerzas etiológicas, la psicopatología de estos pacientes emerge como dominada por las relaciones de objeto agresivamente internalizadas, las cuales amenazan sus relaciones objetales libidinalmente internalizadas, conformando una fijación protectora y la exageración de las muy tempranas defensas de escisión que describí antes. Los mecanismos de escisión protegen a las representaciones idealizadas del *self* y de los objetos contra la contaminación de las agresivas, sosteniendo así, por lo tanto, una cierta esperanza de bienestar interno, seguridad y relaciones satisfactorias con los otros debido al dominio de las relaciones objetales internalizadas investidas agresivamente que amenazan a estos pacientes con una masiva y persistente desconfianza de los otros, con el temor a una irrupción de conductas agresivas desde dentro o desde fuera de sí mismos, y con una distorsión confusa de una visión del mundo derivada de una falta de integración del concepto del *self* y de los otros.

El desarrollo de patrones caracterológicos estables que reflejan dichas experiencias tan tempranas, bajo condiciones que facilitan la escisión excesiva, lleva a la consolidación del síndrome de difusión de identidad y al predominio de las defensas primitivas antes mencionadas. Otros factores etiológicos, predominantemente las tendencias hacia la extroversión o introversión, y el grado hasta el cual la disposición para la activación de afectos depresivos o eufóricos está presente, puede codeterminar las variadas constelaciones caracterológicas bajo las cuales emerge el síndrome clásico de difusión de identidad en la práctica clínica. La tendencia temperamentalmente determinada hacia la extroversión caracteriza a los trastornos de personalidad en el lado derecho de la lámina (figura 1) y la correspondiente disposición temperamental hacia la introversión, en el lado izquierdo de esta clasificación de los trastornos de personalidad.

La clasificación propuesta aquí combina un concepto estructural y evolucionista del aparato psíquico basado en la teoría de las relaciones de objeto internalizadas que permite clasificar los trastornos de personalidad según la severidad de la patología, el grado en el cual dicha patología está dominada por la agresión, el grado en el cual las disposiciones afectivas patológicas influyen en el desarrollo de la personalidad, el efecto del desarrollo de una estructura del *self* patológicamente grandiosa más la influencia potencial de una disposición temperamental para la introversión/extroversión. El análisis combinado de las vicisitudes de los conflictos instintivos entre el amor y la agresión, y el desarrollo de las estructuras del Yo y del Superyo, nos permite diferenciar las variadas personalidades patológicas como también el poder relacionarlas entre sí.

Esta clasificación también destaca las ventajas de combinar criterios por categorías y dimensiones. Existen factores claramente relacionados con el desarrollo que relacionan muchos trastornos de personalidad entre sí, particularmente en el eje de su severidad, tal como se observa en la Figura 1, donde se resumen las relaciones entre los variados trastornos de personalidad. Una línea evolutiva vincula a los trastornos de personalidad hipomaníacos, *borderline*, dependientes e histéricos. Otra línea evolutiva vincula, de manera compleja, a los trastornos esquizoides, esquizotípicos, paranoides e hipocondríacos y, en un nivel evolutivo superior, el trastorno obsesivo-compulsivo. Finalmente, está otra línea evolutiva que liga a la personalidad antisocial, el síndrome de narcisismo maligno y el trastorno de personalidad narcisista (este último conteniendo un amplio rango de severidad). Otras relaciones entre todos los trastornos de personalidad prevalentes están indicadas en la Figura 1. En mi opinión, las vicisitudes de las relaciones objetales internalizadas y las del desarrollo de las respuestas afectivas, emergen como componentes básicos de un enfoque psicoanalítico contemporáneo sobre los trastornos de personalidad. Anteriormente (1992) propuse el concepto de pulsiones como una integración *supraordinante* de las series correspondientes a los afectos libidinales y agresivos, y lo apliqué a un modelo general basado en el desarrollo y en la estructuración psíquica. A la vez, las vicisitudes del desarrollo de las relaciones objetales internalizadas nos permiten profundizar nuestra comprensión de las respuestas afectivas de estos pacientes.

Los afectos siempre incluyen un componente cognitivo, una experiencia subjetiva de naturaleza altamente placentera o displacentera, fenómenos de descarga neurovegetativos, activación psicomotora y, muy crucialmente, un patrón característico de expresión facial que originalmente sirvió con una función de comunicación dirigida a la persona encargada de cuidarnos. El aspecto cognitivo de las respuestas afectivas refleja la relación entre una representa-

ción del *self* y del objeto que facilita el diagnóstico de la relación objetal en cada estado del afecto que emerge en la relación psicoterapéutica.

Esta clasificación también ayuda a clarificar las vicisitudes del desarrollo de los impulsos sexuales y agresivos. Desde la respuesta inicial de rabia, como afecto básico, se desarrolla el afecto estructurado del odio como estado afectivo central en los trastornos severos de personalidad. A su vez, el odio puede tomar la forma de envidia consciente o inconsciente, de una desmesurada necesidad de venganza que matizará los desarrollos transferenciales correspondientes. En forma similar, con relación a la respuesta sexual, la comprensión psicoanalítica de las relaciones de objeto internalizadas reactivas en las fantasías y experiencias sexuales, facilita el diagnóstico y el tratamiento de condensaciones anormales de excitación sexual y de odio, tal como en las perversiones o parafilias, y las inhibiciones sexuales y restricciones en la respuesta sexual derivadas de su absorción en los conflictos del paciente relacionados con las relaciones objetales internalizadas.

La identificación inconsciente del paciente con los roles, tanto de la víctima como del victimario en casos de trauma y abuso severo, también puede ser mejor diagnosticada, comprendida, y elaborada a través de la transferencia-contratransferencia planteada en la teoría de las relaciones de objeto internalizadas que subyace a esta clasificación. Igualmente, la comprensión de los determinantes estructurales del narcisismo patológico permite la resolución de la incapacidad aparente de los pacientes narcisistas para desarrollar reacciones transferenciales diferenciadas, paralelamente a sus severas distorsiones de las relaciones de objeto en general.

Una ventaja crucial de esta clasificación propuesta de los trastornos de personalidad es que el concepto estructural que la sostiene permite que el terapeuta traduzca los estados afectivos del paciente a la relación de objeto que se ha activado en la transferencia, y pueda leer esta transferencia en términos de la activación de una relación que típicamente se alterna en la proyección de representaciones de *self* y objetos. Mientras más severa sea la patología del paciente, más fácilmente proyectará alternadamente ambas representaciones en el terapeuta, a la par que desarrolla la representación del *self* o la del objeto recíprocas. Esto facilita que, en medio de una intensa activación afectiva, se clarifique la naturaleza de la relación y se integren las representaciones previamente escindidas del paciente mediante la interpretación gradual de estos desarrollos en la transferencia. Esta conceptualización, por lo tanto, tiene implicaciones directas para la aproximación terapéutica de los trastornos de personalidad (Kernberg et al, 1989).

Estrategia terapéutica

Desde una perspectiva terapéutica, el objetivo principal de la psicoterapia psicodinámica a ser descrita es focalizar el síndrome de difusión de identidad, su expresión en la forma de una activación de relaciones de objeto primitivas en la transferencia, y la exploración de estas transferencias primitivas en la medida en que éstas reflejan tempranas relaciones de objeto internalizadas de naturaleza persecutoria e idealizada. La meta de este tratamiento es identificar estos tempranos paradigmas transferenciales para entonces facilitar su integración gradual, de forma que la escisión y otras defensas tempranas sean reemplazadas por defensas más maduras y así resolver eventualmente la difusión. (Kernberg, 1984).

La estrategia esencial se lleva a cabo en tres pasos:

1. La relación primitiva de objeto predominante es identificada en la transferencia, y es descrita mediante una exposición metafórica apropiada que incluye una relación hipotética entre dos personas vinculadas por un monto predominante de afecto. Por ejemplo, el terapeuta puede, en un momento dado, señalarle al paciente que la relación entre ambos se parece a la de un guardia de prisión sádico y una víctima asustada y paralizada.
2. Dentro de esta relación predominante, la representación del *self* relacionada a la representación del otro significativo (representación de objeto) es descrita al paciente, a la par que se le muestra como esa representación del *self*, ligada a su correspondiente representación de objeto mediante un afecto específico, es reactivada con frecuentes reversiones de roles en la transferencia. Estas reversiones se muestran en la activación alterna de la representación del *self* o del objeto correspondiente, paralelas a la proyección en el terapeuta del otro miembro de la relación de objeto internalizada. En esta segunda fase, el paciente logra entender no sólo las diferentes maneras en las cuales la disposición a la transferencia puede mostrarse en conductas completamente contradictorias, sino también tolerar gradualmente su identificación con la representación del *self* y del objeto en esta interacción. Por ejemplo, al ampliar la interpretación previa, el terapeuta puede añadir que así como el paciente se sintió como una víctima asustada y paralizada, al atribuirle al terapeuta la conducta del guardia sádico, posteriormente, en la misma sesión, el terapeuta puede señalarle que ahora la situación se ha revertido ya que es él quien actúa como un sádico mientras que el terapeuta ha sido colocado en la posición de víctima.
3. Las relaciones de objeto idealizadas son interpretativamente integradas con sus correspondientes, opuestas y persecutorias escindidas, de manera tal

que el paciente, que ya ha aprendido a aceptar su identificación con las representaciones contradictorias del *self* y del objeto en diferentes momentos del tratamiento, ahora aprende a integrarlas, a aceptar que alberga tanto amor como odio hacia el mismo objeto, que su concepto de *self* es tanto “bueno” como “malo”, y que sus objetos no son exclusivamente buenos o malos como originalmente los percibió. Por ejemplo, si en otras oportunidades el paciente ha experimentado al terapeuta como a una madre perfecta, totalmente generosa, mientras se percibía a sí mismo como un bebé amado, feliz y satisfecho porque es el objeto exclusivo de la atención materna, el terapeuta puede señalarle que el guardia sádico de la prisión es realmente una madre mala, frustrante, engañadora y rechazante, y la víctima un bebé rabioso que quiere vengarse de la madre pero teme ser destruido por su propia rabia proyectada en ella. Luego puede añadir que esta terrible relación entre madre-bebé surge del temor de contaminar la imagen idealizada con la persecutoria y de la destrucción de toda esperanza de que, a pesar de la rabia y de los ataques vengativos contra la madre mala, se pueda recuperar la relación con la madre ideal.

La integración gradual del mundo interno de las relaciones objetales lleva hacia la tolerancia de la ambivalencia, la disminución de la intensidad y maduración de todas las experiencias afectivas y de las relaciones con los otros significativos, así como a la disminución de las conductas impulsivas, y a una capacidad creciente para la autoreflexión y la empatía con los otros, a la par que se consolida el concepto de *self* del paciente en una visión integrada de sí mismo, y experimenta la relación con los otros significativos de una nueva forma integrada. Resumiendo, el objetivo de esta psicoterapia psicodinámica es la resolución de la difusión de identidad y de los mecanismos defensivos primitivos. En la práctica, el desarrollo se muestra en varias fases sucesivas: primero, en casos exitosamente tratados, podemos observar una significativa disminución de la conducta impulsiva, luego una disminución de las explosiones afectivas contradictorias y, eventualmente, la integración de una identidad yoica normal.

Las técnicas terapéuticas

La psicoterapia psicodinámica para pacientes con una organización de personalidad *borderline* recién descrita, se deriva de la técnica psicoanalítica, utilizando conceptos y técnicas esenciales del psicoanálisis pero modificándolos de maneras específicas que diferencian claramente este tratamiento del psicoanálisis propiamente dicho. De hecho, uno de los orígenes de este tratamiento fue el fracaso del psicoanálisis clásico para ayudar a muchos pacientes

con trastornos severos de personalidad, y la necesidad de modificar el tratamiento psicoanalítico a la luz de esa experiencia obtenida especialmente en el proyecto de investigación de la Fundación Menninger (Kernberg et al, 1972). Las técnicas esenciales sustraídas del psicoanálisis que, en sus respectivas modificaciones caracterizan la técnica de la psicoterapia psicodinámica, son: a) la interpretación; b) el análisis de transferencia y c) la neutralidad técnica.

La técnica de la interpretación incluye la *clarificación* de la experiencia subjetiva del paciente; la *confrontación* prudente de los aspectos de su conducta no verbal que están escindidos de su experiencia subjetiva; la *interpretación en el aquí y el ahora* de los hipotéticos contenidos inconscientes de su conducta total y su naturaleza implícitamente conflictiva; y la *interpretación de un hipotético origen en el pasado del paciente*, de estos significados inconscientes en el aquí y el ahora. En la psicoterapia psicodinámica, la clarificación, la confrontación, y la interpretación de contenidos inconscientes en el aquí y el ahora predominan en las primeras fases del tratamiento, mientras que el énfasis en la vinculación inconsciente del paciente con su pasado sólo ocurre en las fases más avanzadas. La evitación inicial de interpretaciones genéticas protege al paciente de la confusión entre el presente y el pasado, y de las intelectualizaciones defensivas.

El análisis de transferencia se refiere a la clarificación, confrontación e interpretación de relaciones objetales patógenas internalizadas del pasado que son típicamente reactivadas muy tempranamente en la relación con el terapeuta. En términos más sencillos, la transferencia refleja la distorsión de esta relación por la emergencia de una relación inconsciente fantaseada del pasado que el paciente reactiva, sin saberlo ni desearlo, en la situación presente del tratamiento. En psicoanálisis, el análisis sistemático de la evolución de la transferencia es una herramienta técnica esencial. En la terapia psicoanalítica este análisis de la transferencia es modificado por una vinculación constante de la relación de tales activaciones de la transferencia, en las horas de terapia, con las reactivaciones patológicas fuera de la situación terapéutica; a la par que las interacciones patológicas fuera del tratamiento también son inmediatamente exploradas en términos de sus correspondientes implicaciones en la transferencia. Esta modificación de la técnica del análisis de transferencia protege al tratamiento de su escisión de la vida externa del paciente.

La neutralidad técnica se refiere a que el terapeuta debe mantenerse imparcial con relación a los conflictos inconscientes del paciente para poder ayudarlo a entenderlos. En su respuesta emocional total ante el paciente, es decir, su reacción contratransferencial, el terapeuta puede experimentar fuertes emociones y la tentación a reaccionar de una manera específica en respuesta a los

retos transferenciales del paciente. Utilizando su respuesta contratransferencial para entender mejor la transferencia sin reaccionar ante ésta, el terapeuta interpreta sus significados desde una posición de interés objetivo, lo cual es la mejor aplicación de la posición terapéutica de la neutralidad técnica.

En la psicoterapia psicodinámica de pacientes *borderline*, las tendencias hacia la expresión mediante la acción más que a través de la comunicación verbal – es decir, *acting out* - puede amenazar la vida del paciente y de otras personas, la continuidad del tratamiento, o el encuadre de las sesiones psicoterapéuticas. El terapeuta puede tener que establecer límites a la conducta del paciente, tanto dentro como fuera de las sesiones, y esto implica una modificación de la neutralidad técnica. Es decir, el terapeuta asume la responsabilidad de tratar de preservar la vida y la seguridad cuando la conducta del paciente las pone en peligro. La interpretación de los conflictos transferenciales que ha motivado esta modificación de la técnica -como también la interpretación de la interpretación del paciente ante la intervención del terapeuta, y la reinstalación de la neutralidad técnica como consecuencia de dichas interpretaciones- es una secuencia esencial repetidamente utilizada en la psicoterapia psicoanalítica, diferenciándola del psicoanálisis clásico donde la neutralidad puede mantenerse en una forma mucho más estable y consistente. Resumiendo, la clarificación, confrontación e interpretación en el aquí y el ahora son las técnicas esenciales en este tipo de psicoterapia con pacientes *borderline* que permiten la resolución de las primitivas relaciones de objeto internalizadas en la transferencia referida anteriormente.

El establecimiento de una relación terapéutica generalizada que determina una relación realística entre terapeuta y paciente -y que también permita el diagnóstico de su distorsión mediante la activación de la transferencia- es reflejado en el encuadre del tratamiento y en el marco terapéutico. El primero se refiere al tiempo, espacio y regularidad de las sesiones, y el segundo a las tareas específicas asignadas al paciente y al terapeuta; particularmente la total y libre comunicación de las experiencias subjetivas por parte del primero (libre asociación) y una exploración constante, atenta, respetuosa, interesada, y objetiva de las comunicaciones del paciente y de la situación total del tratamiento, por parte del segundo. Estos arreglos difieren del psicoanálisis clásico en la frecuencia de las sesiones (un mínimo de dos a tres semanales) y sentados cara a cara en psicoterapia, en contraste con el psicoanálisis con tres a cinco sesiones semanales y el uso del diván. El establecer un mínimo -y en la mayoría de los casos, suficiente- de dos sesiones por semana permite el análisis simultáneo de lo que sucede en la vida externa del paciente al igual que en la transferencia. Una frecuencia menor a dos sesiones semanales tiende a debilitar la posibilidad de aprehender totalmente ambos aspectos.

Mientras más severo sea el trastorno de personalidad, aumentarán los patrones patológicos de conducta y las activaciones transferenciales en la conducta no verbal. La posición cara a cara permite una total observación de estas conductas. De hecho, la base de información para las intervenciones del terapeuta pueden clasificarse según su origen por tres canales: canal 1) la comunicación verbal del paciente de sus experiencias subjetivas; canal 2) su conducta no verbal, incluyendo su estilo de comunicación; y canal 3) la contratransferencia. Mientras que en el psicoanálisis clásico la mayoría de la información proviene del canal 1 (aunque los otros dos canales también son importantes), en la psicoterapia psicodinámica la mayor fuente de información deriva de los canales 2 y 3, es decir, de la conducta no verbal del paciente y la respuesta emocional del terapeuta frente a ésta. Esta respuesta a veces refleja empatía con la experiencia subjetiva central del paciente (identificación concordante en la contratransferencia) y en otras oportunidades refleja la identificación del terapeuta con lo que el paciente no puede tolerar dentro de sí y que por lo tanto lo proyecta en él (identificación complementaria en la contratransferencia). Cuando el terapeuta puede identificar ambas reacciones y observarlas, éstas sirven como valiosas fuentes de información.

El análisis de la contratransferencia es, de hecho, un aspecto esencial de esta psicoterapia. La contratransferencia, definida como la reacción emocional total del terapeuta ante el paciente en cualquier momento determinado, debe ser explorada totalmente por la función autoreflexiva del terapeuta, controlada con la firmeza de su rol terapéutico y utilizada como material a ser integrado en el material interpretativo de sus intervenciones. Así, su “metabolismo” contratransferencial como parte del material total de cada sesión, más que comunicárselo al paciente, caracteriza a este enfoque terapéutico. Un aspecto sutil, pero importante, de la interacción paciente-terapeuta es la expresión adecuada de afecto en respuesta al paciente y a su transferencia. Mientras que las reacciones contratransferenciales necesitan ser contenidas por el terapeuta – es decir, utilizadas para comprender la situación transferencial total e integradas en las interpretaciones transferenciales en vez de comunicárselas al paciente– eso no significa que se debe mantener una ecuanimidad afectiva todo el tiempo. Por el contrario, hay muchas veces que el paciente puede explotar de rabia y el terapeuta debe mantenerse impávido; otras veces el terapeuta actúa adecuadamente cuando resuena ante la respuesta afectiva del paciente a una experiencia traumática severa, como también en aquellas oportunidades cuando el paciente aparenta estar muy calmado afectivamente, y hasta totalmente vacío de sentimientos por haber disociado su agresión salvaje, y el terapeuta puede tener que responder con fuertes afectos para prevenir una situación potencialmente peligrosa de *acting out*. Quedarse calmado cuando el futuro y

hasta la vida del paciente están en juego, o cuando la supervivencia del tratamiento está amenazada, no sería nada adecuado, e indica una indiferencia artificial o retraimiento del terapeuta hacia el paciente. A veces una fuerte expresión afectiva en las intervenciones del terapeuta no refleja un *acting out*, sino una sintonía afectiva apropiada. Mientras el terapeuta *intervenga* desde una posición de neutralidad técnica, es decir, con una actitud interesada objetiva, una fuerte expresión de afecto puede establecer una conexión natural con el Yo observador del paciente y así restaurar adecuadamente la relación terapéutica.

La tendencia al *acting out* severo en la transferencia, característica de los pacientes *borderline*, ya ha sido mencionada. Además de su manejo mediante la modificación de la neutralidad técnica y la limitación del *setting* durante las sesiones ya mencionados también, el tratamiento comienza con el establecimiento de un *contrato*, que incluye no sólo el encuadre y el marco, sino también las condiciones altamente individualizadas para cada paciente, derivadas de las amenazas de muerte y de los aspectos potencialmente amenazantes para el tratamiento provenientes de su psicopatología. Particularmente, el establecimiento de controles realísticos y limitaciones del encuadre que lo protejan de la conducta suicida y de otros patrones de conducta destructivos o autodestructivos, son los objetivos típicos del contrato. El establecer el contrato inicial es un aspecto fundamental de la psicoterapia psicodinámica con pacientes *borderline*, y puede constituirse en un preventivo formidable contra la tendencia a abandonar prematuramente el tratamiento, típico de todas las psicopatías de los pacientes con una organización de personalidad *borderline*.

Aproximaciones tácticas en cada sesión

La estrategia general del tratamiento y las técnicas ya mencionadas son complementadas por las aproximaciones tácticas dentro de cada sesión que facilitan el acercamiento técnico y estratégico general para el análisis de la transferencia. Estos aspectos tácticos incluyen el esfuerzo para, primero que todo, establecer con el paciente un punto de vista conjunto sobre la realidad, reforzando así la prueba de realidad antes de interpretar significados inconscientes sobre su conducta. La relación de éste con la interpretación y su interpretación de las interpretaciones del terapeuta necesitan ser clarificadas, al igual que el grado hasta el cual sus experiencias reflejan fantasías, o si, por momentos, adquieren características delirantes. Tal como mencioné antes, en cada sesión se analizan la transferencia positiva y la negativa, se interpretan las defensas primitivas activadas como parte de movilizaciones transferenciales, se controla el *acting out*, y se prueba la capacidad del paciente para la autoobservación y reflexión después de cada esfuerzo interpretativo. En general, el foco interpretativo es determinado por el afecto que predomina en cualquier punto de

la sesión y debe anteponerse su interpretación a la de la transferencia, siendo que ésta no es un foco exclusivo y único, ya que cuando aparecen asuntos extra-transferenciales afectivamente dominantes, éstos tienen prioridad.

Debido a la severidad de los complicados síntomas que estos pacientes presentan frecuentemente, particularmente conductas destructivas y autodestructivas, tendencias parasuicidas y suicidas, trastornos de alimentación, abuso de drogas y/o alcohol, y conductas antisociales, se han establecido una serie de prioridades de las intervenciones como otro aspecto esencial de la psicoterapia psicodinámica con pacientes *borderline* (Kernberg, 1992); (Kernberg et al, 1989). Esta serie de prioridades protegen al paciente y al tratamiento de los efectos de dichas complicaciones, a la par que destacan la necesidad de su resolución mediante la interpretación como parte del análisis de transferencia. En la práctica, las siguientes prioridades deben anteponerse a cualquier otro material afectivamente presente, como el foco más urgente para obtener la atención del terapeuta:

Siempre que emerja en la sesión una sensación de peligro para la vida del paciente o de otras personas, o de su integridad física, ese preciso tema representa el punto de urgencia de más alta prioridad para la inmediata intervención terapéutica; las amenazas de interrupción del tratamiento constituyen la segunda prioridad más urgente; la presencia de distorsiones severas en las comunicaciones verbales, especialmente engaño crónico (típico en pacientes con conductas antisociales y marcadas tendencias paranoides) constituye la tercera prioridad; el *acting out* severo, tanto adentro como fuera de las sesiones, es la cuarta prioridad; y el desarrollo de graves resistencias narcisistas constituye la quinta prioridad. El análisis de estas últimas sigue el principio general derivado de las técnicas psicoanalíticas en el manejo de dichas defensas narcisistas en la transferencia. En esencia, estas defensas se vuelven resistencias transferenciales específicas contra una dependencia auténtica con el terapeuta, ya que ésta amenazaría el *self* patológicamente grandioso y lo expondría a la activación de conflictos subyacentes relacionados con agresión inconsciente, particularmente conflictos severos alrededor de la envidia que requieren ser elaborados en la transferencia.

Depender significa reconocer la importancia del terapeuta, lo que en estos pacientes genera una envidia intensa, tanto consciente como inconsciente, y que debido a su proyección en el terapeuta, también le genera temor a los ataques envidiosos de éste y, por lo tanto, tiene que protegerse a sí mismo. La devaluación masiva de la importancia del terapeuta y de la relación terapéutica es una defensa esencial contra la aterradora dependencia y envidia inconsciente. En casos graves, la incapacidad para depender puede presentarse como la

creación de una atmósfera terapéutica irreal dentro de la cual el terapeuta se siente conscientemente (y quizás al comienzo inconscientemente) excluido. Mientras el paciente se “autoanaliza”, el terapeuta, tratado como un espectador, a menudo se aburre, se inquieta o se adormece durante las sesiones.

En pacientes narcisistas con una significativa patología del Superyo, aun en ausencia de conductas antisociales, hay una profunda desconfianza en el interés genuino del terapeuta, una sospecha de que éste está solamente interesado en explotarlo y de que no tiene conocimientos auténticos para ayudarlo, sólo magia o charlatanería, “trucos” que el paciente puede asumir para ampliar sus propias habilidades manipulativas. Lo que tiende a ser negado en el proceso es la clara realidad del terapeuta como un ser humano diferente con su propia vida interna. Es precisamente la creatividad del terapeuta en el proceso terapéutico lo que estos pacientes envidian profundamente e inconscientemente tratan de destruir. Cuando el patológico *self* grandioso es infiltrado con agresión egosintónica, las manifestaciones de control omnipotente, devaluación e identificación proyectiva de los aspectos del *self* indeseados en el terapeuta se hacen más evidentes. Bajo estas condiciones, el paciente puede expresar demandas absurdas, una conducta extremadamente arrogante y controladora, y el síndrome que Bion describió como una combinación de arrogancia, curiosidad acerca de la mente y la vida del terapeuta (no sobre su propia experiencia), y pseudo estupidez, es decir, la aparente incapacidad para oír razonamientos lógicos comunes si éstos no concuerdan con el suyo. La devaluación narcisística severa puede llevar a la prematura interrupción del tratamiento, lo cual es particularmente probable en pacientes con rasgos significativamente antisociales y severa patología superyoica, en quienes la capacidad para comprometerse en relaciones auténticas está seriamente dificultada. La terminación prematura del tratamiento debido a la devaluación narcisista es diferente a las interrupciones tardías, frecuentemente sorprendidas, que ocurren precisamente en el momento cuando el paciente ha experimentado que el terapeuta realmente lo está ayudando, o sea, una reacción terapéutica negativa producto de envidia inconsciente. La conciencia del terapeuta ante el potencial de dichas reacciones, puede permitir la interpretación preventiva de éstas en momentos cuando el paciente, por primera vez, parece estar capacitado para reconocer la ayuda terapéutica.

Este tratamiento también incluye técnicas particulares para manejar regresiones paranoides severas y el desarrollo de manifestaciones alucinatorias y delirantes en las sesiones, las cuales son contribuciones específicas de este tipo de psicoterapia para el tratamiento de regresiones severas en la transferencia en el caso de todos aquellos pacientes sujetos a un tratamiento psicodinámico o psicoanalítico. El análisis de “realidades incompatibles” (Kernberg, 1992)

a ser referido a continuación, como parte de la exploración de la psicosis de transferencia, posibilita la resolución de regresiones paranoides severas en la transferencia y el cambio hacia los desarrollos transferenciales depresivos. Hay momentos cuando la regresión paranoide de un paciente puede adquirir visos francamente psicóticos, desarrollando delirios en la transferencia. En estos momentos es importante, en primer lugar, mantener las reglas de limitación estricta en la situación terapéutica, enfatizando el tipo de conducta que no puede ser tolerada dentro y fuera de las sesiones, y en segundo lugar debemos investigar cuándo dicha formación de delirios ocurre solamente en las horas de terapia o cuándo también ocurre en la vida externa del paciente. Si se trata del segundo caso, y el diagnóstico del paciente es definitivamente una organización de personalidad *borderline* (es decir, un trastorno no psicótico) es importante proveerle de una estructura clara fuera de la consulta para evitar así conductas peligrosas agresivas y auto agresivas, aun antes de que la naturaleza de dicha conducta pueda ser dilucidada en la transferencia.

Una vez que se ha establecido que las convicciones del paciente son claramente delirantes, la técnica de las “realidades incompatibles” puede ser utilizada para resolver esta regresión psicótica. Esta técnica consiste en que el terapeuta le hace saber al paciente que él comprende que su convicción es inamovible, y que también la respeta, pero paralelamente debe explicarle que su propia convicción es totalmente diferente a la suya, de manera que el paciente es confrontado con el hecho de que ambos están viviendo diferentes realidades - o si no que el terapeuta le miente, y si eso fuese cierto ¿qué significaría en términos de la relación terapéutica? En todo caso, es importante que el terapeuta presente su propia convicción sin tratar de convencer al paciente, a la par que le explique muy claramente que él tampoco será convencido, y debe demostrar con su conducta que está interesado en las implicaciones de las diferencias entre sus respectivas convicciones.

Los pacientes que todavía mantienen una transferencia psicótica sin resolver, pueden creer que lo que les ha dicho el terapeuta es una prueba de que está mintiendo. A estas alturas, es posible que se tenga que dedicar un buen tiempo a explorar las implicaciones de la transferencia relacionadas con un terapeuta “deshonesto” tratando al paciente, antes de rastrearlas a procesos proyectivos anteriores del paciente. En otras palabras, el desarrollo refleja una regresión desde la fase paranoide a una fase más temprana de transferencia predominantemente psicótica. Si, por el otro lado, el paciente cree que el terapeuta es sincero, pero que está totalmente fuera de la realidad, entonces la situación de estar en realidades mutuamente incompatibles puede ser analizada. De esta forma, un núcleo psicótico en la transferencia puede ser circunscrito y luego examinado como un problema transferencial particular. Este enfoque es muy

efectivo para reducir las regresiones transferenciales paranoides en pacientes esencialmente no psicóticos, pero está contraindicado con pacientes psicóticos con rasgos paranoides.

Una clasificación general de transferencias basada en las predominantemente paranoides, psicopáticas o depresivas, nos señala tres grados de severidad en las regresiones transferenciales. En pacientes con conductas antisociales significativas, y su respectivas patologías del Superyo, las transferencias psicopáticas emergen con bastante facilidad, y están caracterizadas por el engaño crónico en las sesiones y su proyección en el terapeuta. Su interpretación sistemática tiende a transformarlas en transferencias paranoides, las cuales, cuando son bien interpretadas, dan lugar a las transferencias depresivas. Estas últimas constituyen los niveles más normales de evolución que caracterizan los estados más avanzados del tratamiento, en los cuales el paciente es capaz de experimentar ambivalencia, culpa y preocupación, reconocer sus propias tendencias agresivas hacia sí mismo y los otros, hacer duelos por oportunidades perdidas, expresar deseos de reparación y tendencias sublimatorias en general. En esta fase, el paciente está en camino a su recuperación. Las transferencias excesivamente depresivas, sin embargo, indican claramente que hay una sumisión patológica a una culpa inconsciente, y esto puede transformarse en un problema en los estados avanzados del tratamiento. El principio general dicta que las transferencias psicóticas requieren ser resueltas antes que las paranoides, y éstas antes que las depresivas. Este principio refleja otro aspecto de la estrategia general de la interpretación de transferencias.

De todo lo dicho, podemos concluir acertadamente que el análisis de la transferencia es un aspecto central de la psicoterapia psicodinámica para las condiciones *borderline*. Esto implica la transformación de la expresión patológica del paciente frente al conflicto intolerable entre amor y odio, derivado de experiencias patogénicas pasadas. La elaboración consciente de estos conflictos en el contexto del análisis de la transferencia, antes de la reflexión sobre sí mismo en la transferencia, implica el esfuerzo activo del terapeuta a través de todo el tratamiento para retraducir conductas repetitivas patológicas y *acting out*, por un lado y, por el otro lado, transformar las somatizaciones defensivas, las reacciones hipocondríacas y los ataques sobre el propio cuerpo en desarrollos emocionales en la transferencia.

En el curso de este proceso inevitablemente habrá que enfrentar experiencias traumáticas muy primitivas del pasado que son reactivadas en forma de episodios transferenciales traumáticos en los cuales el paciente puede, inconscientemente, expresar tendencias traumatofílicas en un esfuerzo por repetir traumas pasados con la finalidad de superarlos. Los miedos primitivos y fanta-

sías relacionados con ataques asesinos y sexuales, el odio primitivo, los esfuerzos para negar toda realidad psicológica para escapar del dolor psíquico, están a la orden del día en la psicoterapia psicodinámica de estos pacientes. Los pacientes severamente traumatizados, cuyas pasadas experiencias de abuso físico y sexual consigo mismo y/o con otros han tenido una significativa influencia etiológica en su actual psicopatología -particularmente un trastorno severo de personalidad con rasgos *borderline*, narcisistas, y/o antisociales-, típicamente muestran la siguiente constelación de relaciones objetales internalizadas (Kernberg, 1994). Estas evidencian el predominio inconsciente de una representación del *self* odiosa, paralizada, victimizada y aterrorizada, relacionada con una representación de un objeto odioso, todopoderoso y sádico; una representación de objeto perpetrador-perseguidor ligada a la representación del *self* a través del odio y su respectivo objetivo de causar dolor, humillación, control sádico y destrucción.

La relación de objeto internalizada, que ha transformado el afecto primitivo de rabia en una disposición crónica para el odio, caracterológicamente enquistada, es activada en la transferencia con la distribución alterna de roles: la identificación del paciente, durante períodos de tiempo, con su *self*-víctima, mientras proyecta al perseguidor sádico en el terapeuta, será seguida rápidamente por períodos de tiempo de igual extensión con la proyección del *self*-victimizado en el terapeuta, a la par que el paciente se identifica, inconscientemente, con el perpetrador sádico. En nuestra experiencia solamente una interpretación sistemática de la identificación inconsciente del paciente tanto con la víctima como con el perpetrador, puede resolver esta constelación patológica y conducir hacia una integración gradual de representaciones del *self* escindidas dentro del *self* normal. Los efectos del pasado traumático residen en las relaciones de objeto internalizadas del paciente y la clave para su resolución terapéutica está en llegar a un acuerdo con esta doble identificación.

Para explorar y resolver estos conflictos el terapeuta tiene que mantener un encuadre estable y consistente y, a veces, puede requerir simultáneamente supervisión en caso de desarrollarse reacciones contratransferenciales intensas y crónicas. La misma naturaleza protectora de la situación terapéutica promueve la expresión del paciente de sus conflictivas necesidades inconscientes y de sus conflictos en esta relación. Cuando todo marcha bien, la regresión severa en las sesiones psicoterapéuticas va mano a mano con una dramática mejoría en la vida del paciente, un hecho a menudo observado desde muy temprano en el tratamiento. Cuando estas intensas activaciones no ocurren durante las sesiones, o las intensas regresiones transferenciales coinciden también con manifestaciones incesables de estos patrones de conducta fuera de las sesiones, hay indicaciones de que el tratamiento no va bien y, por ende,

nos manda señales de alarma para explorar y corregir la aproximación terapéutica. La supervisión y consulta constante usualmente pueden resolver estancamientos terapéuticos, siempre y cuando estas señales de alarma sean debidamente registradas y tomadas en consideración.

Una interrogante esencial que surge frecuentemente es ¿qué hace falta para llegar a ser un psicoterapeuta experto en este tratamiento? Nuestra experiencia ha sido que los residentes psiquiátricos y psicólogos con postgrado clínico que han tenido una buena base y entrenamiento general en técnicas psicodinámicas, son capaces, en etapas avanzadas de su entrenamiento, de desempeñar este tipo de tratamiento bajo supervisión adecuada. Sin duda hay algunos residentes y jóvenes graduados con más talento que otros para llevar a cabo este tratamiento, y un entrenamiento psicoanalítico paralelo provee un conocimiento profundo así como experiencia con conceptos psicodinámicos que ayuda enormemente a los talentosos psicoterapeutas a mejorar su aproximación técnica. Debemos enfatizar que esta modalidad de tratamiento sigue muy de cerca las guías de la psicoterapia psicodinámica general, y como tal es más fácil de ser enseñada que lo que la complejidad de este tratamiento pareciera indicar.

Dado que el tratamiento requiere de por lo menos dos sesiones semanales durante varios meses, pareciera que es una forma costosa de psicoterapia a largo plazo. Sin embargo, el hecho es que estos pacientes típicamente requieren repetidas hospitalizaciones, al igual que presentan ausencias crónicas a sus trabajos, y necesitan atención médica para las complicaciones específicas sintomáticas referidas anteriormente. Su necesidad de una costosa ayuda del seguro social a largo plazo puede conducir, si no se chequea, a beneficios secundarios y parasitismo social. La psicoterapia dirigida a resolver trastornos severos de personalidad, en vez de simplemente proveer una ayuda social constante, puede ser menos costosa que lo que podría parecer superficialmente. Además, como este tratamiento apunta a lograr cambios fundamentales en la personalidad del paciente, así como de sus síntomas dominantes, tiene una meta terapéutica no igualada por otros tratamientos enfocados a los síntomas específicos de trastornos de personalidad pero no a la modificación de la estructura de personalidad *per se*. La investigación actual relacionada con la efectividad, el proceso y el resultado de este tratamiento, está en camino, y el manual que se está ampliando actualmente debe prestar asistencia tanto a investigadores como a clínicos del área para que se familiaricen con una metodología específica diseñada para el manejo de una de nuestras patologías más retadoras en la práctica clínica.

Bibliografía

- Depue, Richard A (1996) A Neurobiological Framework for the Structure of Personality and Emotion: Implications for Personality Disorders: *Major Theories of Personality Disorders*. John F. Clarkin and Mark F. Lenzenweger (eds). New York and London: The Guilford Press, pp. 347-383
- Kernberg, Otto F. (1984) *Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies*. New Haven and London: Yale University Press
- _____. (1989) The narcissistic personality disorder and the differential diagnosis of antisocial behaviour. In *Narcissistic Personality Disorder: Psychiatric Clinics of North America*. Otto F. Kernberg (ed). Philadelphia: W.B. Saunders, pp 553-570
- _____. (1992) *Aggression in Personality Disorders and Perversions*. New Haven and London: Yale University Press
- _____. (1994) Aggression, Trauma, Hatred in the Treatment of Borderline Patients. *Psychiatric Clinics of North America*. Volume on Borderline Personality Disorders, 1. Share (ed). Philadelphia: W.B. Saunders, Vol 17, No. 4, pp 701-714
- _____. (1996) A Psychoanalytic Theory of Personality Disorders. *Major Theories of Personality Disorders*. John F. Clarkin and Mark F. Lenzenweger (eds). New York and London: The Guilford Press, pp. 106-137
- _____. Burstein, Esther D., Coyne, Lolafaye, Appelbaum, Ann, Horowitz, Leonard, Voth, Harold (1972). *Psychotherapy and Psychoanalysis: The Final Report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project*. Kansas: The Menninger Foundation, Vol 36, Nos, 1 and 2
- _____. Selzer, Michael A., Koenigsberg, Harold W., Applebaum, Ann (1989) *Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients*. New York: Basic Books

© Otto F. Kernberg

Summary

The Transference Focused (or Psychodynamic) Psychotherapy for Patients with Borderline Personality Organization: An Overview.

This article presents an overview of an approach to psychodynamic psychotherapy for patients with borderline personality organization. It addresses the psychological structure, etiology and the clinical diagnosis of borderline personality organization. It also presents a therapeutic strategy and a set of therapeutic techniques for working with this population based on twenty years of research at the Department of Psychiatry and the Westchester Division of the New York Hospital-Cornell Medical Center. The author describes how the technique he proposes was born of the failures of standard psychoanalysis and the need to modify the psychoanalytic treatment of these patients in the light of those experiences.