

Trastornos fronterizos: Comparación de la psicoterapia basada en la transferencia de Kernberg y la terapia basada en la mentalización de Fonagy

Psiquiatría y
Psicoanálisis

Autor

Ricardo Bernardi

Médico Psiquiatra. Psicoanalista.

Prof. de Psicología Médica, Facultad de Medicina, Universidad de la República. Uruguay. Prof. de Facultad de Psicología, Universidad de la República. Uruguay. Miembro de la Asociación Psicoanalítica del Uruguay y de la Asociación Internacional de Psicoanálisis (IPA). Editor latinoamericano del International Journal of Psychoanalysis.

Correspondencia:

ric.e.bernardi@gmail.com

Los trabajos de Luis Villalba, Luisa Pérez y Nancy Delprestitto presentan las principales ideas de cada uno de los autores y permiten abrir el interrogante sobre las similitudes y diferencias entre los tres autores y la forma en la que estas convergencias y/o divergencias pueden reflejarse en la práctica clínica. Los tres autores comentados se mueven dentro de un marco conceptual psicoanalítico, pero mientras Peter Fonagy y Otto Kernberg proponen formas específicas de tratamiento para los trastornos borderline (y en especial para sus formas más graves), A. Green, si bien reconoce que estos cuadros son distintos a los neuróticos, no está interesado en ahondar su nosografía ni en explayarse en una técnica especial de tratamiento, sino en desarrollar los conceptos teóricos de mayor nivel de abstracción (metapsicológicos) que permitan una mejor comprensión a este nivel.

Como señalan los trabajos de Villalba y Luisa Pérez, Fonagy y Kernberg buscan desarrollar técnicas especiales de abordajes para los pacientes borderline, que puedan realizarse tanto en forma ambulatoria como cuando ocurren períodos de internación y que se realizan con una frecuencia uni o bisemanal durante uno o dos años, cara a cara y con una participación activa del terapeuta, combinada eventualmente con abordajes individuales, grupales y familiares. Ambas apuntan a objetivos bien delimitados a través de procedimientos claramente establecidos que admiten la manualización. Difieren en la forma en la que conciben el núcleo de la psicopatología y el foco de la intervención terapéutica.

Para Kernberg, como lo muestra el trabajo de Luisa Pérez, se procura integrar las representaciones disociadas del self y del objeto en la situación transferencial que se da entre paciente y terapeuta. Quiero resumir algunos puntos que me parecen útiles para la comparación.

Kernberg se mueve en relación con un doble frente. Por un lado, busca que la parte sana del paciente, que conserva el juicio de realidad, pueda mantener el encuadre y el contrato de trabajo evitando actuaciones destructivas; al mismo tiempo, procura movilizar las defensas del paciente para que sus emociones puedan expresarse en la relación transferencial. En este bombardeo de proyecciones que ocurre en la sesión el terapeuta busca identificar aquel material donde el afecto es mayor. Allí se ponen de manifiesto los problemas que conducen a la distorsión de los vínculos y las defensas que conducen a la difusión de identidad, la cual se manifiesta a través de las descripciones contradictorias y caóticas de sí mismo y de los otros, de la alternancia de roles (por ejemplo: víctima/victimario, self grandioso/devaluado) y en la incapacidad de percibir e integrar esas contradicciones. Kernberg apunta a atenuar e integrar los afectos intensos (amor, odio) que sostienen la disociación, facilitando en consecuencia que el paciente pueda disminuir los mecanismos de escisión, reconocer la agresión y aumentar la autorreflexión, mejorando por tanto la integración de la identidad y logrando una mayor empatía y profundidad emocional. En suma, la terapia focalizada en la transferencia intenta lograr una mayor integración del self y de la representación de los otros, creando a través de encuentros bisemanales una interacción “en caliente” que permite modificar los comportamientos en el “aquí y ahora”, para que luego se extiendan a la vida del paciente.

El tratamiento que propone Fonagy, en cambio, no se centra en facilitar trabajar a través de diferentes recursos técnicos (clarificación, señalamientos, interpretaciones) los conflictos que aparecen en la transferencia, sino que procura, antes que nada, que el terapeuta pueda mentalizar lo que ocurre en la sesión en una forma que promueva la mentalización del paciente. El centro de

*Fonagy P, Target M, Steele H, Steele M. Reflective Function Manual, version 5.0, for Application to Adult Attachment Interviews. London: University College London; 1998.

la experiencia terapéutica es que cada uno –para empezar, el terapeuta– pueda tener en su mente la mente del otro. Mentalizar implica desarrollar capacidades y memorias procedimentales que permiten dar sentido a experiencias tanto propias como en la relación con otro, que conducen a hacer posible entender cómo funciona la mente propia y la de los otros. Esto permite que el paciente ligue sus comportamientos con los estados mentales que los acompañan y disminuya los afectos disruptivos que provienen de aspectos no integrados de sí mismo que operan en forma de un self ajeno, o sea, de partes extrañas a sí mismo de las que necesita desprenderse, como señala Villalba en su trabajo. El foco terapéutico, a diferencia de Kernberg o de las posturas psicoanalíticas más clásicas, está en el estado mental actual del paciente, más que en el significado inconsciente de sus contenidos. Por eso busca explicitar los contenidos y relaciones preconscientes y en vez de interpretaciones profundas inconscientes, busca integrar representaciones y favorecer áreas transicionales (en el sentido de Winnicott), donde puedan “ser jugados” los pensamientos y emociones. La función reflexiva, que hace posible la comprensión de lo que ocurre en la propia mente y en la de los otros, puede estar inhibida o perturbada de múltiples maneras: dicha comprensión puede ser rechazada como algo doloroso, puede simplemente ser dejada de lado, buscando una percepción de sí y de los demás más simplista; puede ser fragmentada, o resultar inapropiada, bizarra, o ser distorsionada en función de los propios fines; por último, también puede dar lugar a explicaciones exageradamente analíticas que se apartan de la realidad*. Esta perturbación de la función reflexiva no es exclusiva de los trastornos borderline y puede darse también en otros cuadros (pacientes traumatizados en forma crónica, ciertos trastornos somáticos, trastornos complejos del desarrollo, delincuentes, etc.). Lo que la terapia busca restablecer o desarrollar en los trastornos borderline es una estructura mental en la cual los pensamientos y sentimientos pueden ser experimentados y pensados a través de la recreación en la relación terapéutica de una matriz interactiva en la que puede florecer la mentalización.

Lo que acabo de decir permite ver que a diferencia de las interpretaciones clásicas, en los pacientes con fallas severas en la mentalización el planteo de Fonagy busca enfatizar el proceso interpretativo en sí mismo más que el contenido de la interpretación. El contenido de la interpretación es en realidad el vehículo para que se dé un proceso que permita recuperar la capacidad de percibir y regular los pensamientos, sentimientos y deseos relacionados consigo mismo y con el otro. Por lo tanto, el foco terapéutico está colocado en el estado mental actual del paciente y se evita hablar de estados mentales que el paciente no puede ligar a su realidad subjetiva tal como es sentida. Se jerarquizan por tanto los contenidos preconscientes en vez de las interpretaciones profundas inconscientes; se busca la integración de las representaciones en vez de insights disruptivos. Se trata de hacer “pequeñas interpretaciones” en vez de ir a estados mentales complejos (por ejemplo, conflicto o ambivalencia inconsciente). La expansión de la mentalización requiere, por tanto, un terapeuta activo, atento a la sintonía mental con el paciente más que a la asociación libre y a la atención flotante y focalizado en la realidad psíquica percibida conjuntamente. Las preguntas que se hace el terapeuta son: “¿Qué le está pasando por la mente ahora y qué es lo que no logra pensar? ¿Con qué tiene que ver lo que hace o dice? ¿Por qué yo siento esto ahora? ¿Qué puede esto tener que ver con lo que pasó en sesiones anteriores?”. La interpretación va dirigida, más que a descubrir aspectos ocultos, a establecer lazos que restituyan la comprensibilidad de los estados mentales: Ejemplo, T: “Yo veo su actitud crítica como una manera de controlarse a usted mismo, más que como un ataque a mí [explicación dada por el paciente], ¿podría pensar un poco sobre esto?”. O: “T: Usted parece pensar que a mí no me gusta usted, y yo no estoy muy seguro todavía de qué es lo que le hace pensar eso a usted”. O también, T: “Usted desconfía de todos a su alrededor porque usted no puede predecir cómo ellos van a responder; y creo que ahora sospecha de mí”.

En este nivel más profundo, vemos que tanto Fonagy como Kernberg buscan una integración de los sistemas representacionales que han

sido activados internamente en el paciente y que se expresan en las pautas de relación. Ambos enfatizan la contratransferencia y recomiendan que el terapeuta sea activo, no deje de lado su autoridad ni favorezca que el paciente sufra (y a la vez aproveche) la pasividad del terapeuta para fines destructivos.

¿En qué difieren, entonces, los autores comentados? La terapia focalizada en la transferencia de Kernberg pone más el acento en la intencionalidad libidinal o agresiva que subyace a lo que el paciente dice o hace y en los contenidos que se ponen de manifiesto en sus acciones hacia los otros y el terapeuta. Está más propenso a dar por supuesto que el paciente comprende cuando se le interpretan estos contenidos y cuando se los relaciona con otras representaciones y afectos internos. Kernberg considera que el self está amenazado por la agresión interna y que la identificación proyectiva es una forma de protegerse de esta agresión, aunque colabora en la fragmentación y empobrecimiento del self y en la difusión de la identidad. Se busca por tanto reducir estas disociaciones mostrando al paciente ambos lados de sus conflictos ambivalentes.

La terapia basada en la mentalización de Fonagy no da por supuesto que el paciente tiene la capacidad de comprender lo que le dice el terapeuta cuando le habla de sus estados mentales o que tiene la capacidad de imaginar lo que ocurre en la mente de los demás. Considera más bien que el desarrollo de esta capacidad debe ser el foco del trabajo terapéutico. La agresividad del paciente es vista más como el efecto de su falta de integración que como su causa y se la considera vinculada sobre todo a representaciones de sí propias de un self ajeno (“alien self”) que genera dolor, rabia y desconcierto y que debe ser expulsado aunque sea a través de actuaciones violentas y agresivas. El terapeuta, por tanto, no está tan preocupado por mantener el encuadre externo, sino que se centra en que el paciente pueda construir un marco interno que le permita contener y percibir sus propias emociones. En términos del sistema diagnóstico OPD-2* podríamos decir que mientras la terapia focalizada en la transferencia se sitúa más a nivel del eje de los conflictos, la terapia basada en la mentalización se focaliza más en las fallas estructurales que limitan la capacidad de

percepción de sí mismo y de los demás y que condicionan por tanto las posibilidades de regulación, comunicación y vínculo.

Ambas formas de terapia se apartan también de la posición de A. Green y de quienes recurren a los conceptos y posiciones técnicas psicoanalíticas más clásicos, en que encuentran útil la manualización de este tipo de tratamientos. El uso de manuales es discutido: mientras quienes los defienden sostienen que la manualización es mejor que la improvisación, otros sostienen que la manualización es peor que la creatividad. En los hechos, improvisación y creatividad no son siempre fáciles de distinguir, y menos aun al comienzo de la actividad profesional, momento en el que los manuales pueden ser de gran utilidad.

¿Es posible afirmar la superioridad de alguna de estas tres formas de abordaje de los trastornos fronterizos? Como señalan los trabajos de Luis Villalba y Luisa Pérez, disponemos de investigaciones empíricas de proceso y resultados de la terapia focalizada en la transferencia y de la terapia basada en la mentalización. Algunos de estos estudios las han comparado entre sí y con otros abordajes, como la terapia dinámica conductual de M. Linehan. El estado actual de la cuestión señala que estas distintas formas de abordaje han demostrado efectividad. Incluso se ha podido comprobar que la terapia basada en la transferencia también mejora la mentalización, lo cual sugiere que existen mecanismos subyacentes comunes. La pregunta pasa entonces a ser, como en otros campos de la investigación en psicoterapia, cuál tratamiento beneficia a quién y en qué.

Esto nos conduce de nuevo al campo clínico. El arte clínico consiste en encontrar la forma de abordaje más útil para cada paciente. Es posible que algunos pacientes se beneficien más de un abordaje centrado en la transferencia, otros, de un trabajo centrado en la mentalización, y seguramente en todos los casos serán útiles, al menos en algún grado, los factores comunes subyacentes a ambos abordajes. De hecho, es muy probable que algunos elementos característicos de estas dos modalidades de terapia estén presentes en todo tratamiento. Me gustaría mostrar

OPD-2. Diagnóstico Psicodinámico Operacionalizado. OPD-2. Barcelona: Herder; 2008.

esto en un material publicado tiempo atrás*, antes incluso de que estuvieran disponibles los manuales actuales, al que presentaré fragmentariamente. En negrita marqué la parte de las interpretaciones que puede considerarse focalizada en la transferencia, y en cursiva la parte que hace referencia a procesos de mentalización:

P. –Me enteré que usted se operó. No tengo voluntad ni para lavarme la cabeza...

T. –*¿Qué le parece? ¿Por qué se sentirá así?*

P. –Su operación me cayó mal... Quién sabe lo que hablé [de mí] anestesiado...

T. –**O sea, que lo primero que habría hecho era acordarme de usted...**

P. –Podría ser de cualquier otro paciente [...] ¿Usted cree que mi hijo se puede quedar en casa solo?

T. –*¿Por qué me preguntará eso ahora?*

P. –Andaba un tipo sospechoso en el barrio... Podría violarlo [...].

T. –***Me parece que estos temores de ataques o peligros tienen que ver con lo mal y enojada que se sintió cuando no la atendí y se enteró de que me operaron.***

P. –Eso no es novedad. Me entero por teléfono y pensé en la muerte de mi padre... usted no fuma o bebe como él, pero...

T. –O sea, que **tuvo rabia hacia mí, como la tuvo hacia su padre.**

P. –Una vez le dije: ¡Ojalá te mueras! Soy la hija no querida. Mi madre me dijo también una vez “¡Ojalá te mueras!” [...].

T. –*Se le hace difícil trabajar con esta bronca dentro.*

P. –¿Cómo quiere que haga para tener total confianza en usted? [angustia].

Puede verse que ambos focos (transferencia y mentalización) están presentes en distintas interpretaciones del analista (o incluso en una misma interpretación) y alternan en forma complementaria, de acuerdo con las contingencias del material. Esto refleja lo que ocurre probablemente en todas las psicoterapias psicoanalíticas. ¿Por qué entonces sistematizar y manualizar técnicas psicoterapéuticas que acentúen más una u otra de estas dimensiones? Al decir de Fonagy, porque si bien eso es lo que todos hacemos, se trata de hacerlo un poco más. Y se podría agregar, hacerlo también de una forma que nos permita avanzar en la comprensión de cuándo da mejores resultados, pudiendo comparar los resultados obtenidos cuando se trabaja de una u otra forma.

* Bernardi R, Franco G, Gerard G, Lagomarsino J, Pañella N, Vallasi S. (Eds.). Personalidades fronterizas. Montevideo: Ediciones Populares para América Latina; 1988.