

Entrevista a Christa Rohde-Dachser

Marion Sonnenmoser

Traducción del alemán: Gustavo Lanza-Castelli

Presentación

‡Christa Rohde-Dachser es una eximia psicoanalista y socióloga alemana. Es catedrática emérita de psicoterapia y psicoanálisis. Es fundadora del instituto psicoanalítico de la Sociedad Psicoanalítica Alemana (DPG) en Fráncfort y, junto con Jürgen Körner, fundó también la Universidad Psicoanalítica Internacional (UIP) en Berlín.

En 2009, fue galardonada con el Premio Margit Egnér por sus contribuciones científicas a la investigación y el tratamiento de los trastornos límite.

En 1979 publicó la primera edición de su libro más conocido: Das Borderline-Syndrom (El síndrome borderline), que tuvo una serie de reediciones a lo largo de los años, hasta que en 2004 se publicó la séptima edición, totalmente revisada y ampliada.

En el interín y en los años subsiguientes fue ampliando y enriqueciendo su conceptualización sobre los pacientes fronterizos, que en sus comienzos había recibido una fuerte influencia de Otto Kernberg.

En publicaciones posteriores, si bien siguió valorando el enfoque de Kernberg, complejizó su marco teórico con los aportes de André Green, Ulrich Moser, Werner Bohleber, Peter Fonagy y otros.

El último libro publicado hasta el momento data del año 2020 y su título es Spuren des Verlorenen (Huellas de lo perdido) cuya primera parte está dedicada a los pacientes borderline. En la segunda parte focaliza en el tema de la feminidad y la masculinidad, así como en una serie de otros temas entrelazados con estos últimos.

Considero que su conceptualización de los pacientes límite es una de las más interesantes que encontramos en la actualidad.

Por esta razón hemos decidido traducir y publicar una entrevista que le fue realizada en el año 2003 por Marion Sonnenmoser y publicada en Arzteblatt, en ese mismo año.

PP: ¿Qué significan los descubrimientos neurocientíficos para el trabajo psicoanalítico concreto?

Prof. Dra. Christa Rohde-Dachser: Los descubrimientos neurocientíficos confirman los supuestos básicos del psicoanálisis en muchos aspectos. Esto se aplica en particular a la importancia formativa de las primeras experiencias relacionales y a la influencia del procesamiento inconsciente en el comportamiento humano. Los patrones de relación tempranos y formativos se originan en una época en la que la memoria autobiográfica aún no está desarrollada. Se almacenan en la memoria procedimental (implícita), un sistema separado de la memoria autobiográfica (explícita), que es preconsciente y, por tanto, no se puede acceder a ella mediante asociación libre. La situación interna del paciente - anclada en el sistema de memoria procedimental- sólo puede captarse a través de los sentimientos y fantasías que el paciente dirige inconscientemente al analista (transferencia), quien inicialmente

‡ Realizada por Marion Sonnenmoser en septiembre de 2003, publicada en Arzteblatt.de y recuperada de <https://www.aerzteblatt.de/archiv/38447/Interview-mit-Prof-Dr-Christa-Rohde-Dachser>.

Traducción del alemán: Gustavo Lanza-Castelli



también responde inconscientemente con sentimientos y fantasías correspondientes (contratransferencia del analista). El tratamiento psicoanalítico se ocupa de esta interacción escénica entre paciente y analista, que puede revelarse mediante un análisis cuidadoso. En este contexto, también se habla de «diálogo de acción» (Klüwer) o de «comprensión escénica» (Argelander, Lorenzer). La comprensión escénica permite acceder a la memoria procedimental del paciente, que no puede captarse por medios lingüísticos. Este desarrollo ulterior del método psicoanalítico tuvo lugar en Alemania desde los años setenta, al principio con bastante independencia de los descubrimientos neurocientíficos. Hoy en día, en cambio, éstos se utilizan principalmente para la fundamentación científica del método psicoanalítico. Acceder a sentimientos inconscientes, fantasías y patrones de relación patológicos significa, traducido al lenguaje de la neurociencia, dirigir la atención del psicoanalista de la memoria autobiográfica a la memoria procedimental del paciente para provocar un cambio en ella. Contrariamente a lo que postulaba Freud, no es necesario entonces develar ningún recuerdo reprimido; esto sólo puede hacerse a través de la memoria autobiográfica. Las pautas de relación almacenadas en la memoria procedimental no pueden recordarse. Por lo tanto, deben modificarse analizando la transferencia en la que se reflejan estos patrones de relación tempranos. El tratamiento psicoanalítico actual se centra, por tanto, en el análisis de la constelación transferencia-contratransferencia.

PP: ¿Qué estrategias de afrontamiento y supervivencia desarrollan los pacientes con trastornos graves de la personalidad?

Rohde-Dachser: Los pacientes, especialmente los que padecen un trastorno límite de la personalidad, han desarrollado, ya en la infancia, mecanismos que les permiten sobrevivir incluso en un entorno hostil. Esto incluye sobre todo la capacidad de retirarse de conflictos insoportables, en cualquier momento, a un universo interior escindido del resto de la personalidad y construido enteramente según las propias necesidades y fantasías del paciente. Por regla general, este refugio narcisista proporciona tantas gratificaciones que el paciente se retira allí repetidamente cuando la realidad se vuelve insoportable y luego muestra poca disposición a enfrentarse con sus conflictos, incluso en el tratamiento psicoanalítico. Los mecanismos de defensa asociados son la escisión y la desmentida, que no afectan a la capacidad de examinar la realidad. Otro mecanismo de defensa es la identificación proyectiva. Las partes insoportables del yo se proyectan en la otra persona, donde pueden combatirse, pero a menudo también desencadenan angustias de persecución. Se trata también de una estrategia de sostén vital, porque permite elevar los conflictos internos al nivel de conflictos de relación y libera así al paciente de sentimientos de culpa. Como estos pacientes no pueden creer que se les ame realmente, a menudo toman medidas para presionar a la otra persona para que siga estando disponible. Estas manipulaciones pueden llevar incluso a intentos de suicidio. Para llenar el insoportable vacío interior, los pacientes con graves trastornos de la personalidad a menudo se sienten dependientes de la automutilación o de otros comportamientos adictivos, a los efectos de recuperar la sensación de estar vivos. Estos intentos de afrontamiento tienen una función de soporte vital y, por tanto, son difíciles de abandonar.

PP: ¿Con qué problemas tienen que lidiar los psicoanalistas cuando tratan a pacientes con trastornos graves de la personalidad?

Rohde-Dachser: Los riesgos son considerables: intento de suicidio, suicidio, automutilación, otras formas de actuación patológica, un deslizamiento temporal hacia la psicosis. Además, existe el peligro constante de verse arrastrado por la transferencia masiva del paciente y perder la posición tercera de observación. El psicoanalista reacciona entonces totalmente desde sus sentimientos de contratransferencia. Esto puede conducir a una condena excesiva del paciente, lo que a su vez tiene un efecto



patologizante, asimismo puede conducir también a agresiones terapéuticas e incluso a abusos sexuales. Una supervisión regular puede prevenir este riesgo.

PP: ¿Cuáles son los límites de la tratabilidad de los trastornos de la personalidad a través del psicoanálisis?

Rohde-Dachser: Contrariamente a lo que suponía Freud, los límites de la tratabilidad no residen en la falta de transferencia en estos pacientes. No hay relación terapéutica sin transferencia, a lo sumo nos encontramos con una relación terapéutica en la que el paciente se resiste por todos los medios a registrar la transferencia. La cuestión es más bien hasta qué punto, a pesar de la adaptabilidad de las estructuras neuronales, la modificabilidad de las estructuras cerebrales está restringida de modo permanente hasta tal punto que determinadas relaciones y comportamientos patológicos ya no pueden modificarse. Una cuestión al menos igualmente importante es en qué medida el paciente tiene angustia ante el cambio, hasta el punto de que no se atreve a intentar nuevos pasos, aunque en principio sea capaz de hacerlo. Los principales requisitos para el éxito de la terapia son, sobre todo, la comprensión de las dificultades específicas (determinadas estructuralmente) del paciente, la voluntad de embarcarse en una determinada aventura con la terapia, cuyo resultado es incierto, el conocimiento de las limitaciones de las propias capacidades. y – sobre todo – paciencia. No se pueden esperar milagros de la terapia. Pero tampoco debería dársele un pronóstico demasiado malo. Una interacción prolongada y tranquilizadora con un terapeuta que esté dispuesto a comprender las dificultades del paciente y compartirlas con él durante un tiempo, nunca es en vano. Esta interacción terapéutica, que sobre todo proporciona apoyo, a menudo puede ir seguida posteriormente de un psicoanálisis regular.

