

Editori:
SILVIU DRAGOMIR
VASILE DEM. ZAMFIRESCU
Director editorial:
MAGDALENA MĂRCULESCU

Redactori:
SIMONA REGHINTOVSCI
VICTOR POPESCU

Coperta:
FABER STUDIO (MAGDA RADU)

Director producție:
CRISTIAN CLAUDIU COBAN

Dtp:
OFELIA COȘMAN

Corectură:
RODICA PETCU
EUGENIA URSU

Descrierea CIP a Bibliotecii Naționale a României

KERNBERG, OTTO

Tulburări grave ale personalității / Otto F. Kernberg;

trad.: Adriana Bălbă. - București: Editura Trei, 2014

Bibliogr.

ISBN 978-973-707-865-0

I. Bălbă, Adriana (trad.)

616.89-008.485

Titlul original: Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies

Autor: Otto F. Kernberg

Copyright ©1984 by Yale University, © 1986 by Otto F. Kerneberg

Copyright © Editura Trei, 2014

O.P. 16, Ghișeu 1, C.P. 0490, București
Tel.: +4 021 300 60 90; Fax: +4 0372 25 20 20
e mail: comenzi@edituratrei.ro
www.edituratrei.ro

ISBN: 978-973-707-865-0

Cuprins

- 15 *Prefață*
- 17 *Mulțumiri*

Partea I. Considerații privind diagnosticul

- 25 *Capitolul 1. Diagnosticul structural*
- 27 *Structurile psihice și organizarea personalității*
- 30 *Interviul structural ca metodă de diagnoză*
- 37 *Caracteristicile structurale ale organizării borderline a personalității*
- 37 *Simptomele descriptive ca probe „prezumtive”*
- 40 *Lipsa integrării identității: sindromul difuziei identității*
- 45 *Mecanismele de apărare primitivă*
- 49 *Testarea realității*
- 51 *Manifestări nespecifice ale slăbiciunii Eului*
- 55 *Lipsa integrării Supraeului*
- 55 *Caracteristicile genetice și dinamice ale conflictelor pulsionale*
- 59 *Concluzii*
- 64 *Capitolul 2. Interviul structural*
- 69 *Faza inițială a interviului structural*
- 79 *Etapa de mijloc a interviului structural*
- 79 *Organizarea nevrotică a personalității*

6	84	Organizarea borderline a personalității
	90	Organizarea psihotică a personalității
	96	Sindroamele organice cerebrale acute și cronice
100		Faza finală a interviului structural
101		Câteva considerații suplimentare privind atitudinea intervievatorului
105		<i>Capitolul 3. Diagnosticul diferențial la adolescenți</i>
105		Considerații generale privind diagnosticul
108		Vignete
119		Patologia narcisică în adolescență
130		<i>Capitolul 4. Tulburări de personalitate ale vârstnicilor</i>
144		<i>Capitolul 5. Dificultăți în clasificarea tulburărilor de personalitate</i>
175		Partea a II-a. Terapia personalităților borderline
177		<i>Capitolul 6. Psihoterapia expresivă</i>
177		Fundamente teoretice
184		Tehnica psihoterapiei expresive
186		Interpretarea
187		Menținerea neutralității tehnice
188		Analiza de transfer
189		Îndrumări în gestionarea transferului
194		Considerații privind prognosticul
196		Un studiu de caz
201		<i>Capitolul 7. Gestionarea transferului în psihoterapia expresivă</i>
221		Ilustrări clinice
233		<i>Capitolul 8. Psihoterapia expresivă cu adolescenți</i>
237		Psihoterapia expresivă și structurile familiale
241		Patologia borderline și obiectivele de dezvoltare

		în adolescență
245		Tipuri de gestionare a acting out-ului
249		Exemple clinice
249		Transformarea în cadrul transferului a unei relații de obiect parțial în acțiune
252		<i>Acting out</i> -ul ca acumulare de sensuri
255		Izolarea comunicării cu sens în cadrul unui <i>acting out</i> cronicizat în transfer
257		Funcția centrală a terapeutului ca polaritate diadică și pericolele <i>acting out</i> -ului din contratransfer
259		<i>Capitolul 9. Psihoterapia suportivă</i>
265		Obiectivele terapiei și responsabilitățile pacienților
268		Concepții greșite
272		Tehnicile de bază
280		Stadiile inițiale ale terapiei
283		Gestionarea transferului
287		Mecanismele schimbării
289		<i>Capitolul 10. Indicații și contraindicații pentru utilizarea terapiei de orientare psihanalitică</i>
290		Psihanaliza
292		Psihoterapia expresivă
295		Psihoterapia suportivă
299		Contraindicații generale pentru tratamentul de orientare psihanalitică
300		Revizuirea tipurilor de tratament
302		Recomandări pentru spitalizare
309		Partea a III-a. Personalitățile narcisice: teorie și terapie clinice
311		<i>Capitolul 11. Abordările narcisismului din perspectiva psihanalizei contemporane</i>
311		O abordare kleiniană

8	316	Kohut și psihologia sinelui
	327	Abordarea relațiilor de obiect din perspectiva psihologiei Eului
	332	Aspecte clinice
	340	<i>Capitolul 12. Strategiile tehnice în terapia personalităților narcisice</i>
	343	Apărări caracteriologice secundare
	343	Rezistențele caracterului „ca-și-cum”
	344	Episoadele micropsihotice paranoide
	345	Problema beneficiului secundar și primar
	346	Sadismul caracterologic
	346	Regresia severă ca apărare caracterologică: personalitatea „ternă”
	348	Stadiile avansate ale terapiei
	357	Psihoterapia suportivă cu personalitățile narcisice
	361	<i>Capitolul 13. Analiza de caracter</i>
	363	Vignetă clinică
	373	Strategii în analiza de caracter
	383	Considerații metapsihologice
	389	<i>Capitolul 14. Sinele, Eul, afectele și pulsuniile</i>
	389	Eul și sinele
	389	Probleme privind terminologia
	395	Probleme la nivelul dezvoltării
	401	Forțe motivaționale: pulsuni, afecte și relații de obiect
	409	Partea a IV-a. Regresiile grave: Diagnostic și terapie
	411	<i>Capitolul 15. Impedimentele tratamentului</i>
	416	Nerăbdarea din „aici-și-acum”
	419	Focalizarea asupra obiectivelor legate de durată și tratament
	420	Focalizarea pe distrugerea realității externe

421	Interpretările iubirii disociate și ale grijii disociate
424	Beneficiul secundar al terapiei
425	Toleranța terapeutului la agresivitate
427	Funcția de susținere a terapeutului
432	<i>Capitolul 16. Diagnosticarea și managementul clinic în cazul pacienților cu potențial de suicid</i>
432	Diagnosticarea
432	Severitatea clinică a depresiei
435	Tulburări afective majore suprapuse organizării borderline a personalității
435	Automutilarea cronică și suicidul ca „mod de viață”
439	Managementul clinic
449	<i>Capitolul 17. Contratransferul, regresia tranferențială și incapacitatea de a depinde de analist</i>
449	Dimensiuni ale contratransferului
450	„Domeniul” contratransferului
451	Dimensiunea temporală
453	Contratransferul și severitatea patologiei pacientului
455	Contratransferul și regresia tranferențială
459	Contratransferul și incapacitatea de a depinde de analist
459	Trăsături clinice
461	Impactul asupra analistului
463	Abordarea terapeutică
467	<i>Capitolul 18. Aspectele clinice ale patologiei severe a Supraeului</i>
469	Considerații teoretice
471	Considerații clinice
471	Nivelurile patologiei Supraeului
472	Personalitatea antisocială
474	Personalitatea narcisică cu un comportament antisocial egosintonic
478	Nesinceritatea în transfer

10	481	Negarea responsabilității morale
	487	Trăsături contradictorii ale Eului și Supraeului, ca parte a patologiei borderline
	488	Comportamentul antisocial care exprimă sentimentul inconștient de vinovăție
	492	<i>Capitolul 19. Regresia paranoidă și narcisismul malign</i>
	493	Descrieri clinice
	493	Regresia paranoidă
	494	Autodistructivitatea ca triumf asupra analistului
	499	Lipsa onestității din transfer
	501	Exprimarea directă a triumfului sadic asupra analistului
	503	Considerații teoretice
	512	Considerații tehnice
	529	Partea a V-a. Tratamentul în condiții de spitalizare
	531	<i>Capitolul 20. Concepții divergente privitoare la tratamentul prin spitalizare al psihopatologiilor severe</i>
	531	Contribuțiile psihanalitice la tratamentul spitalizat
	532	Punctul de vedere al lui Sullivan
	534	Abordarea psihologiei Eului
	537	Abordarea relațiilor de obiect din perspectiva psihologiei Eului
	540	Abordări sociologice
	544	Psihiatrie comunitară, dezinstituționalizare și transinstituționalizare
	548	O privire de ansamblu contemporană asupra tratamentului psihiatric din spital
	555	<i>Capitolul 21. Comunitatea terapeutică: model de tratament spitalicesc pentru psihopatologiile severe</i>
	555	Presupoziții fundamentale
	560	Comunitatea terapeutică și structura care o înglobează

565	Activarea proceselor regresive de grup	11
568	Factori intrapsihici versus factori interpersonal	
577	<i>Capitolul 22. Tratamentul spitalizat pe termen lung al patologiilor severe borderline și narcisice</i>	
585	Procedee, obiective și tehnici ale tratamentelor în grup	
589	Grupurile centrate pe sarcină	
590	Ședințele echipei	
591	Întâlnirile axate pe experiențele de viață	
592	Psihoterapia de grup	
594	Întâlnirile comunității	
599	Cerințele administrative	
603	<i>Bibliografie</i>	

În concluzie, *clarificarea* este un mijloc cognitiv neprovocator de a explora limitele conștientizării de către pacient a unui anumit material. *Confruntarea* încearcă să determine pacientul să fie conștient de aspectele posibil conflictuale și inconsecvente ale acestui material. *Interpretarea* încearcă să rezolve natura conflictuală a materialului presupunând motivele inconștiente și apărările care fac ca acțiunile contradictorii anterioare să pară logice. Interpretarea transferului aplică la interacțiunea prezentă dintre pacient și diagnostician toate aceste tehnici enumerate mai devreme.

Deoarece interviurile structurale se centrează pe confruntarea și interpretarea apărărilor, pe conflictele de identitate, pe testarea realității sau pe distorsiunile relațiilor de obiect intern și pe conflictele afective și cognitive, acestea expun pacientul la o anumită tensiune. În loc să liniștească pacientul și să-i reducă „defensivitatea” prin toleranță sau trecând cu vederea, intervievatorul încearcă să aducă la suprafață elementul patologic prezent în organizarea funcțiilor Eului, astfel încât să poată extrage informații privind organizarea structurală a bolii sale. Abordarea pe care o descriu nu este, în niciun caz, un interviu tradițional de „șoc”, care încearcă să-i inducă pacientului conflicte sau anxietăți artificiale. Din contră, clarificarea realității, necesară în majoritatea confruntărilor inițiale, necesită tact și reflectă respect și grijă pentru realitatea emoțională a pacientului, o implicare onestă în contrast cu ceea ce ar putea fi uneori o toleranță indiferentă sau „superioară” față de unele aspecte neadecvate. Tehnica interviului structural este descrisă în capitolul 2; caracteristicile clinice ale organizării de personalitate borderline care ies la lumină în timpul interviului structural sunt rezumate mai jos.

Caracteristicile structurale ale organizării borderline a personalității

Simptomele descriptive ca probe „prezumptive”

Simptomele pacientului și trăsăturile patologice de caracter nu sunt criterii structurale, dar ele îndreaptă atenția clinicianului către criteriile structurale ale organizării borderline a personalității. În mod similar, prezența simptomelor „prezumptive” de natură psihotică care par să nu justifice sau să nu corespundă unui diagnostic clar pentru o tulburare afectivă majoră (tulburarea maniaco-depresivă), schizofrenie, sau pentru un sindrom organic cerebral cronic sau acut, ar putea sugera clinicianului să exploreze criteriile structurale pentru organizarea borderline a personalității. Simptomele descriptive ale stărilor pacienților borderline sunt similare cu simptomele actuale ale nevrozelor simptomatice obișnuite și ale patologiei de caracter, dar asocierea anumitor trăsături este specifică condiției borderline. Următoarele simptome au o importanță majoră (vezi Kernberg, 1975).

1. *Anxietatea*. Pacienții borderline tind să prezinte anxietate cronică, difuză, liber-flotantă.
2. *Nevrozele polisimptomatice*. Mulți pacienți prezintă diferite simptome nevrotice, dar am luat în considerare numai acei pacienți care tind să prezinte două sau mai multe din următoarele simptome:
 - a. Fobii multiple, în special cele care impun restricții severe în viața cotidiană a pacientului.
 - b. Simptomele obsesiv-compulsive care au o formă ego-sintonică secundară, în consecință gândurile și acțiunile sunt „supravalorizate”.

- c. Numeroase simptome de conversie elaborate sau bizare, în special dacă sunt cronice.
 - d. Reacții disociative, în special „stări crepusculare” și fugi isterice, amnezia acompaniată de tulburări ale stării de conștiință.
 - e. Ipohondriile.
 - f. Tendințele paranoice și ipohondrice împreună cu orice altă nevroză simptomatică (o asociere tipică ce indică probabil un diagnostic de organizare borderline a personalității).
3. *Tendințe sexuale perverse polimorfe.* Mă refer aici la pacienți care prezintă o deviație sexuală manifestă în care coexistă tendințe perverse severe. Cu cât sunt mai haotice și multiple fanteziile și acțiunile perverse și cu cât sunt mai instabile relațiile de obiect conectate cu aceste interacțiuni, cu atât ar trebui luată în considerare prezența unei organizări borderline a personalității. Formele bizare de perversiune, în special cele manifestate prin agresivitate primară sau înlocuirea primitivă a scopurilor genitale cu funcțiile de evacuare (urinare, defecare), indică, de asemenea, o organizare borderline subiacentă a personalității.
4. *Structurile de personalitate prepsihotice „clasice”.* Acestea includ:
- a. Personalitatea paranoidă (tendințele paranoide ale căror intensitate determină stabilirea diagnosticului descriptiv principal).
 - b. Personalitatea schizoidă.
 - c. Personalitatea hipomaniacală și personalitatea ciclotimică cu puternice tendințe hipomaniacale.
5. *Nvrozele de impuls și dependențele.* Mă refer aici la acele forme severe de patologie de caracter în care erupția

repetitivă cronică a unui impuls gratifică nevoile pulsionale în așa fel încât este ego-disonică, în afara episoadelor „impulsive”, dar este ego-sintonică și oferă plăcere intensă chiar în timpul episodului. Alcoolismul, dependența de droguri, unele forme ale obezității psihogene și cleptomania sunt exemple tipice.

6. *Tulburările de caracter de „nivel scăzut”.* Aici este inclusă patologia severă de caracter reprezentată în mod tipic de caracterul haotic și impulsiv, în contrast cu tipurile clasice de structură de caracter bazate pe formațiuni reacționale și cu tipurile mai blânde de caractere „evitante”. Din punct de vedere clinic, personalitatea isterică tipică nu are structuri borderline; același lucru este valabil și pentru cele mai multe personalități obsesiv-compulsive și pentru „structuri de personalitate depresive” (Laughlin, 1967) sau structurile mai bine integrate ale personalităților masochiste. Dimpotrivă, multe personalități infantile și personalitățile narcisice tipice prezintă organizări borderline subiacente; personalitățile „ca și cum” fac parte, de asemenea, din ultimul grup. Toate structurile de personalitate antisociale clar definite pe care le-am examinat au prezentat organizări de personalitate borderline tipice.

Toate aceste simptome, alături de trăsăturile patologice de caracter dominante pot fi observate prin investigația inițială a simptomelor care aduc pacientul în tratament. Investigația cuprinde caracteristicile vieții interpersonale și sociale a pacientului cu privire la munca sa și la familie; la relațiile sale sexuale și conjugale; la interacțiunile cu rudele apropiate, prietenii, cunoștințele și la interacțiunile din zonele de recreație, cultură,

politică și alte interese care țin de comunitate. În cazul tuturor pacienților pentru care diagnosticul de personalitate borderline urmează să fie evaluat, sunt importante informațiile inițiale referitoare la istoricul clar al simptomatologiei și la particularitățile interacțiunilor lor interpersonale.

Lipsa integrării identității: sindromul difuziei identității

Din punct de vedere clinic, difuzia identității se manifestă printr-o integrare insuficientă a concepției despre sine și despre ceilalți. Se traduce printr-o experiență subiectivă de vid cronic, percepții de sine contradictorii, comportament contradictoriu care nu poate fi integrat într-un mod cu semnificație emoțională și percepții ale celorlalți superficiale, vagi, sărace. Din punctul de vedere al diagnosticului, difuzia identității se manifestă atunci când pacientul nu poate transmite intervievatorului interacțiuni semnificative cu ceilalți, de aceea intervievatorul nu poate empatiza cu concepția despre sine și ceilalți a pacientului în aceste interacțiuni.

Din punct de vedere teoretic, următoarele ipoteze se află la baza acestei lipse de integrare a concepției despre sine și ceilalți semnificativi (Kernberg, 1975): (1) În organizarea personalității de tip borderline, există o diferențiere suficientă între reprezentările sinelui și reprezentările obiectului, astfel încât să poată fi menținute limitele Eului (cum ar fi delimitarea clară între sine și ceilalți). În structurile psihotice, dimpotrivă, este prezentă o fuziune regresivă sau o lipsă a diferențierii între reprezentările sinelui și ale obiectului. (2) În contrast cu structurile nevrotice, unde toate imaginile de sine (și „bune” și „rele”) au fost integrate într-un sine global, și unde imaginile „bune” și „rele” ale celorlalți

pot fi integrate în concepțiile globale despre ceilalți, în organizarea borderline a personalității, asemenea integrări eșuează, iar reprezentările sinelui și ale obiectului rămân reprezentări afectiv-cognitive multiple, contradictorii. (3) Acest eșec al integrării aspectelor „bune” și „rele” în realitatea sinelui și a celorlalți este probabil cauzat de predominanța unei agresivități severe, precocă, activată în acești pacienți. Disocierea dintre reprezentările „bune” și „rele” ale sinelui și ale obiectului de fapt protejează iubirea și bunătatea împotriva contaminării copleșitoare cu ură și răutate.

În interviul structural, difuzia identității se reflectă într-o istorie de comportament evident și contradictoriu, sau prin trecerea de la o stare afectivă la alta ce implică un comportament și o percepție de sine contradictorii evidente, astfel încât intervievatorului îi este imposibil să vadă pacientul ca pe o ființă „întreagă”. Având în vedere că în patologii nevrotice severe de caracter un comportament interpersonal contradictoriu poate indica o viziune a pacientului patologică, dar integrată, despre sine și despre ceilalți, în organizarea borderline a personalității viziunea despre sine și despre ceilalți nu este integrată.

De exemplu, o pacientă nevrotică cu structură de personalitate predominant isterică a spus în cursul unui interviu că dorește ajutor pentru probleme de natură sexuală, dar ezită să vorbească despre ele. Confruntată cu această contradicție, ea a explicat că simțea că unor intervievatori de gen masculin le-ar putea face plăcere umilinta pe care o încearcă o femeie atunci când vorbește despre dificultățile sale sexuale, că aceștia ar putea fi excitați sexual în timp ce o considerau ca fiind inferioară sexual. Această concepție despre bărbați și natura umilitoare a experiențelor sexuale și a dezvoltării lor erau o parte

a unei concepții integrate despre sine și despre ceilalți, deși patologică.

În schimb, o pacientă cu structură de caracter predominant infantilă și cu o organizare borderline de personalitate a explicat cât de dezgustată era de bărbații care foloseau femeile numai ca obiecte sexuale, cum a trebuit ea să scape de avansurile sexuale ale fostului ei șef și cum evita contactele sociale din cauza avansurilor sexuale puternice din partea bărbaților. Ea a mai spus, de asemenea, că a lucrat o perioadă ca „iepură” într-un club Playboy, și a fost foarte surprinsă când intervievatorul a confruntat-o cu inadvertența dintre afirmațiile ei și alegerea locului de muncă.

Difuzia identității se reflectă, de asemenea, în descrierile unor persoane importante din viața pacientului care nu-i permit intervievatorului să le „reconstituie”, să obțină o imagine clară a lor. Descrierea acestor persoane este adesea atât de puternic contradictorie, încât ele par mai degrabă caricaturi decât ființe reale. O femeie care trăia într-un *ménage à trois* era incapabilă să descrie bărbatul sau femeia alături de care locuia sau relațiile sexuale și umane dintre ei și, în mod special, relațiile pe care le aveau cu ea. O altă pacientă borderline cu structură masochistă de personalitate, de multe ori în timpul interviului, își descria mama ca fiind sensibilă, caldă, atrăgătoare și atentă la nevoile pacientei; dar și insensibilă, rece, indiferentă, egoistă și retrasă. Eforturile de a clarifica aceste contradicții aparente au determinat, la început, creșterea anxietății pacientei. Mai târziu s-a simțit ca și cum ar fi fost atacată de intervievator, fiind criticată pentru că avea imagini contradictorii despre mama sa și, implicit, pentru că nutrea sentimente „rele” față de ea. Interpretarea proiecției propriilor sentimente de vinovăție asupra

intervievatorului i-a redus anxietatea, dar a lăsat pacienta cu experiența dureroasă a percepției haotice a mamei sale. Se poate întâmpla ca un pacient să descrie pe cineva care este într-adevăr haotic, astfel încât trebuie să distingem între o descriere haotică a altei persoane și prezentarea exactă a unei persoane care este contradictorie într-un mod cronic. Aceasta, în practică, este mai ușor decât se poate crede.

Interviul structural ne permite adesea să explorăm percepțiile pe care pacientul le are despre intervievator și dificultatea pacientului de a empatiza cu eforturile intervievatorului de a pune împreună ceea ce percepe ca fiind percepțiile pacientului despre el. Pe scurt, interviul structural constituie o situație experimentală care permite explorarea și testarea integrării sinelui și a percepției obiectelor.

O identitate solidă a Eului reflectă o structură nevrotică de personalitate a pacientului atunci când el are o capacitate intactă de testare a realității. O identitate anormală, patologic integrată, se poate manifesta sub formă de sisteme delirante cronice la pacienții maniaco-depresivi și schizofrenici. Din punct de vedere structural, atât integrarea, cât și congruența cu realitatea diferențiază organizarea nevrotică de organizarea psihotică a personalității.

Un aspect legat intim de cel structural se referă la calitatea relațiilor de obiect: este vorba despre stabilitatea și profunzimea relațiilor pacientului cu alte persoane importante, manifestate prin căldură, dedicare, grijă și tact. Alte elemente calitative sunt: empatia, înțelegerea și capacitatea de a menține o relație atunci când ea este invadată de conflict sau de frustrare. Calitatea relațiilor de obiect depinde mult de integrarea identității care include nu numai gradul de integrare, ci și continuitatea temporală