

4

Trastornos de la personalidad en la vejez

En su estudio sociológico sobre la vejez, Simone de Beauvoir (1972), apasionadamente acusa a la sociedad por condenar a la gran mayoría de los ancianos a una pobreza extrema, viviendas incómodas y soledad, y luego enumera las posibilidades para la vejez. Estas según su punto de vista, se conceden en la actualidad a sólo un puñado de gente privilegiada. Dice:

“Hay sólo una solución, si la vejez no ha de ser una parodia absurda de nuestra vida previa, y ésta es continuar persiguiendo los fines que dan significado a nuestra existencia —dedicación a los individuos, a los grupos o a las causas, trabajo social, político, intelectual o creativo. A pesar de la opinión contraria de los moralistas, en la vejez debiéramos desear tener todavía pasiones suficientemente fuertes para evitar doblarnos sobre nosotros mismos. La vida de uno tiene valor en tanto que uno le atribuya valor a la vida de otros, por medio del amor, la amistad, la indignación, la compasión. Cuando esto es así, entonces hay todavía razones válidas para la actividad o para la palabra. A menudo se aconseja a las personas que se “preparen” para la vejez. Pero si esto nada más se aplica a guardar dinero, a escoger el lugar para el retiro y a descargarse sobre los pasatiempos, no estaremos mucho mejor para ella cuando llegue el día. Es mucho mejor no pensar demasiado en ella sino vivir una vida razonablemente justificada y comprometida, de modo que pueda uno seguir en el mismo camino aun cuando todas las ilusiones se hayan desvanecido y el entusiasmo por la vida se haya disipado” (págs. 541—543).

Para el psiquiatra clínico tal estado de cosas requeriría de ciertas precondiciones mínimas: primero, una ausencia o control suficiente de la enfermedad física general para proteger al individuo del dolor insoportable; segundo, ausencia o control suficiente de impedimentos en las habilidades perceptivas, locomotoras y de comunicación, como los que se derivan de la enfermedad cerebral orgánica y de la psicosis; tercero, la capacidad para participar en relaciones con otras personas y de que el mundo exterior importe en todos sus aspectos. Esta última capacidad implica que cualquier trastorno de personalidad que esté presente será relativamente leve. Implica además que, junto con los factores socioeconómico y médico que pudieran interferir con un

óptimo funcionamiento del anciano, la cuestión del trastorno de personalidad surge como un factor importante.

Gianturco y Busse (1978), en una encuesta de problemas psiquiátricos encontrados durante un estudio de larga duración de voluntarios normales que envejecían, señalaron la frecuencia de hipocondriasis como una reacción psiconeurótica en este grupo de edad. Bromley (1978), planteando puntos metodológicos respecto al estudio de cambios de la personalidad en la vida adulta y la vejez, señala el complejo problema de diferenciar la conducta normal adaptativa, de los trastornos generales de la personalidad. Subraya la importancia de evaluar a pacientes geriátricos en términos de disposición individual, situación psicológica actual y temas interaccionales para llegar a categorías diagnósticas. Bergmann (1978), ha estudiado la prevalencia de la neurosis y de trastornos de personalidad en la vejez y presenta una revisión crítica de la literatura sobre el tema. Deja la impresión de que, aunque los hechos señalan la existencia de reacciones neuróticas serias respecto a las tensiones por envejecer y al importante sufrimiento de los pacientes ancianos a causa de trastornos de personalidad, no tenemos aún formas de evaluar y diagnosticar estos trastornos que son bastante precisos como para ser útiles.

Estoy de acuerdo con Bergmann en que tenemos notablemente poca información respecto al diagnóstico de trastornos de la personalidad en la vejez y, aparte de unos cuantos informes clínicos, muy pocos datos sobre el tratamiento individual. En cuanto que la experiencia clínica de trabajo con pacientes geriátricos indica una importante prevalencia de trastornos de personalidad en la edad avanzada, uno no puede evitar la impresión de que debe haber predisposiciones culturales o profesionales que han inhibido la investigación empírica de estos temas fundamentales. La antigua presunción en la literatura psicoanalítica de que el psicoanálisis no debería intentarse con pacientes más allá de los 40 años, parece haber persistido. La resistencia de los psicoanalistas por explorar psicoterapias psicoanalíticas con personas mayores, deja el campo de las intervenciones psiquiátricas a aquéllos que pretenden aliviar el sufrimiento mediante la medicina general, rehabilitación social y con medios psicofarmacológicos.

La exploración psicoanalítica de pacientes de 40 ó 50 años indica que el pronóstico para tratamiento psicoanalítico de algunos trastornos de la personalidad —la narcisista y la histérica, por ejemplo— mejora con la edad, en tanto que el pronóstico para otros —personalidad infantil o histeroide, por ejemplo— es malo. Estas observaciones son impresiones clínicas más que descubrimientos empíricos de la investigación y no se aplican a pacientes de 60 ó 70 años. De cualquier modo, sí plantean la posibilidad de que las intervenciones psicoterapéuticas con algunos trastornos de la personalidad en pacientes mayores merecen explorarse.

Además de los prejuicios culturales generales y a los específicos de origen psicoanalítico, está la posible resistencia de los psiquiatras jóvenes para tratar pacientes que por su mera apariencia activan conflictos paternos universales y amenazan las fronteras generacionales ligadas a profundos tabúes infantiles. La exploración clínica de trastornos de la personalidad requiere no sólo del conocimiento de registros sencillos de rasgos conductuales, sino también profunda experiencia vital. Sólo una sólida experiencia, enriquecida con el co-

nocimiento técnico de patología del carácter, hace posible explorar en forma realista la rigidez de las conductas, incongruencia de interacciones interpersonales e inhibiciones emocionales en la consecución de importantes tareas vitales. Sólo la combinación de conocimiento y experiencia permite al terapeuta confrontar a los pacientes con áreas de dificultad en su funcionamiento, en contraste con el "lavado de cerebro" de sus propias racionalizaciones sobre sus rigideces. Un psiquiatra joven puede sentir que no tiene la experiencia necesaria para adoptar la perspectiva de un paciente que es 20 ó 30 años mayor que él. Como he señalado en otra parte (1980, capítulo 7), en la edad madura ampliamos los límites temporales de nuestra identidad del yo. Es sólo al llegar a esta edad, que nos identificamos con nuestros padres según lo experimentamos nosotros cuando éramos jóvenes y ellos de edad madura. Esta identificación se facilita al repetir en nuestra interacciones con nuestros hijos, las interacciones pasadas de nuestros padres con nosotros. Nuestra recién adquirida habilidad para identificarnos con ellos como eran en el pasado, mejora nuestra habilidad para identificarnos con ellos mismos cuando avanzan a la vejez. La ampliación de nuestra capacidad para identificarnos hacia el futuro enriquece la de identificarnos con pacientes mayores.

Con base en mi experiencia clínica sugiero que este proceso normal de desarrollar una capacidad para identificarse con la gente mayor puede acelerarse enormemente por la experiencia al tratar pacientes mayores durante los años de entrenamiento psiquiátrico como residentes. Sabemos que las fronteras sexuales normales (que bajo circunstancias ordinarias no se cruzan nunca pero no obstante están envueltas en los frustrantes pero excitantes encuentros, tensiones y malentendidos entre hombres y mujeres) se vencen temporalmente en forma dramática en la experiencia del psicoanalista de identificarse con pacientes del otro sexo. Por el mismo tenor, cree que el tratamiento de personas mayores puede acelerar la madurez emocional del psiquiatra clínico para evaluar el funcionamiento normal y anormal de la personalidad en todos los grupos de edad. Más aún, una vez que el psiquiatra desarrolla una libertad interna para explorar la personalidad de pacientes mayores sin sucumbir a prejuicios e inhibiciones culturales (por ejemplo, la proverbial resistencia a explorar la vida sexual de pacientes mayores), su diagnóstico de trastornos de la personalidad en pacientes de edad puede enriquecerse significativamente.

Unas cuantas ilustraciones clínicas serían pertinentes aquí.

G.: Una mujer de 63 años, soltera, sufría de depresión relativamente leve pero crónica, diabetes, obesidad moderada y temor a participar en grandes reuniones sociales; presentaba una personalidad histérica con rasgos masoquistas. En el curso de cuatro años de psicoterapia, los sentimientos de amargura y duelo de la paciente por haber perdido sus oportunidades de relaciones satisfactorias con hombres y de matrimonio, se hicieron un tema central que gradualmente se amplió hasta el análisis de sus interacciones masoquistas con los hombres, su persistente sumisión inconsciente a su madre (muerta tres años antes de comenzar el tratamiento, tiempo en el que los síntomas depresivos de G. se habían intensificado), y su fuerte sentido de que una creciente falta de atractivo físico la hacía disgustante y ridícula

a los ojos de los hombres que le interesaban. Debería yo añadir que ella fue uno de mis primeros casos de psicoterapia, que la traté bajo supervisión los primeros dos años de tratamiento, y que al principio del mismo yo tenía 26 años de edad. El hecho de que yo estuviera pasando por mi entrenamiento psicoanalítico y, al mismo tiempo, en análisis personal probó ser muy útil en las etapas difíciles del tratamiento.

G. había restringido su vida social porque se sentía inferior a otras mujeres. Oscilaba entre periodos en los que se sentía tan poco atractiva que no se atrevía a ir a las reuniones comunitarias religiosas o culturales, y otras veces, cuando se sentía mejor respecto a ella misma. Pero cuando se sentía mejor también recordaba dolorosamente su edad y falta de atractivo y se sentía afligida por el pensamiento de que ya no podría ser tomada en cuenta como persona sexual y como pareja sexual potencial.

Me sorprendió por su sentido de humillación no sólo por tener que darme de sus actividades y fantasías masturbatorias sino por tener tales deseos sexuales, y por masturbarse en sí. Terminó la relación sexual con un hombre, iniciada a mitad del tratamiento, porque temía que él la encontrara disgustante. La actitud prohibitiva de su madre hacia la sexualidad se volvió tema prominente del tratamiento. En la transferencia, ella llegó a atreverse a acusarme de hipocresía: ¿Cómo podía yo cuestionar su auto-denigración sexual cuando obviamente no podía sentirme atraído por una mujer como ella? Después de mis sentimientos iniciales de culpa porque, verdaderamente, yo no podía imaginar tener una relación sexual con ella, descubrí, en la exploración privada de mis propias fantasías y motivos, fantasías sexuales subyacentes con mujeres mayores, las que eran obviamente perturbadoras por sus implicaciones edípicas. Una vez que pude aceptar internamente estas fantasías fui capaz de explorar, sin sentimientos de culpa, qué era lo que la hacía no atractiva para mí y, presumiblemente, para otros hombres; a saber, los aspectos sutilmente autodegradantes de su propia presentación, incluyendo descuido físico —en pocas palabras, sus tendencias masoquistas.

En sus dos últimos años de psicoterapia, me hice mucho más confrontador de sus clichés culturales (algunos de los que yo había compartido originalmente) respecto a la conducta apropiada para una mujer de más de 60 años y menos temeroso de explorar con ella su competencia con, y envidia de, las mujeres más jóvenes, así como sus sentimientos similares hacia los hombres que, según ella, nunca envejecían sino, al contrario que las mujeres, permanecían eternamente atractivos. Surgieron gradualmente profundas fuentes de envidia de los hombres, y pudieron explorarse como codeterminantes de su resistencia a participar en forma activa en asuntos políticos o sociales, así como de haber abandonado una carrera profesional mucho antes en su vida. Reinició estudios que le permitieron mejorar su desempeño como administradora de una organización de asistencia religiosa, y se sintió más libre sobre las relaciones sociales y amistad con los hombres. Con el tiempo estableció una relación sexual con un hombre que había sido su amigo por muchos años, ahora era viudo, y cuyo interés de siempre, ella misma lo había devaluado con anterioridad por razones inconscientemente masoquistas.

He descrito en trabajos anteriores sobre las relaciones amorosas en la edad madura (1976, capítulo 8) cómo las mujeres con personalidad histérica tienen un mejor pronóstico para tratamiento psicoterapéutico cuando están en los 40 que en los 20 años, en tanto que aquellas con personalidad infantil presentan un pronóstico más malo en dicho punto que durante la adolescencia y la adultez joven. Kahana (1979), señaló resultados similarmente favorables en psicoterapia psicoanalítica con pacientes que sufren personalidades obsesivo-compulsiva y masoquista. El pronóstico cada vez más satisfactorio para la personalidad histérica puede también considerarse un hecho para la vejez. Berezin y Fern (1967), describen el resultado satisfactorio en la psicoterapia de una mujer de 70 años con un trastorno histérico del carácter. En contraste, mi experiencia con pacientes que presentan trastornos de personalidad más graves dentro del espectro límite ha sido mucho menos satisfactoria.

He discutido ya (1977) algunos de los temas psicoterapéuticos y de pronóstico que se refieren al narcisismo patológico en la vejez en relación a un caso informado por Berezin (1977). También he escrito sobre el deterioro que sufren las personalidades narcisistas en la edad madura (1980, capítulo 8). Las personalidades narcisistas experimentan a través de los años un deterioro de su mundo de relaciones objetales internalizadas, incluyendo la devaluación inconsciente, tanto de su propio pasado (para no sentir envidia del mismo) como de lo que los demás tienen (para no envidiarlos). De aquí que estas personas no dispongan de las gratificaciones normales que vienen de los recuerdos de experiencias pasadas y de los demás a quienes aman. El narcisismo patológico lleva así a un creciente retraimiento social y a su sentido interno de vacío. En muchos casos, el círculo vicioso de devaluación y vacío se hace insuperable.

H.: Un notable historiador con trastorno narcisista de la personalidad grave, perdió todo interés en los asuntos políticos contemporáneos después de su retiro forzoso a la edad de 65 años. Una depresión que en forma gradual se profundizaba era claramente secundaria a la dramática devaluación de su principal interés en la vida y a su envidia de aquellos de su familia que, distintamente a él, persistían en sus propios intereses y profesiones. Se volvió intensamente resentido de mí porque yo era más joven que él. Una importante batalla se fraguó en la transferencia, y por varios meses sentí que si el paciente podía vencer su intensa envidia y resentimiento de mí y aceptar mi ayuda para el duelo por su trabajo perdido y las enormes oportunidades profesionales que con él se fueron, él podría también entender mejor cómo su devaluación vindicatoria de sus intereses pasados empobrecía su vida presente. Pero su incapacidad para trabajar su envidia en la transferencia llevó a una ruptura prematura del tratamiento. A pesar de este fracaso particular, otros casos han sugerido que los pacientes que tienen alguna necesidad de dependencia y capacidad para el duelo por oportunidades perdidas, a menudo pueden ayudarse.

Algunos pacientes de edad madura, con personalidad narcisista, a pesar de, o quizá a causa de, el empeoramiento de los síntomas depresivos secundarios a su estructura narcisista, tienen un mejor pronóstico para el tratamiento psicoanalítico del que hubieran tenido a los 20 ó 30 años. Si el tratamiento de personalidades narcisistas en la vejez puede proporcionar rasgos

de pronóstico adicionales positivos, o no, parece ser una cuestión extremadamente importante para la investigación. Melanie Klein, en una de sus últimas obras (1963, capítulo 4), al tratar de la soledad en la vejez, primero señaló el valor crucial para pronóstico, del equilibrio entre envidia y gratitud. El diagnóstico y tratamiento apropiados de la patología narcisista del carácter puede tener relevancia importante para la adaptación a la vejez.

Mis experiencias en el tratamiento de personalidad infantiles en la vejez han sido limitadas pero interesantes. J., una mujer de 68 años, con quejas hipocondriacas, abuso múltiple de drogas en tranquilizantes menores, y creciente retraimiento social, fue referida por su médico internista para psicoterapia, pues él estaba preocupado por su ingestión no controlada de sedantes. Si bien fue posible reducir la cantidad de medicación y obtener su compromiso de usar tranquilizantes sólo bajo muy específicas y restringidas circunstancias, la pérdida de contactos sociales y de intereses, y el vacío de su vida personal probaron ser casi insuperables. Su esposo se había divorciado de ella 23 años antes, y sus hijos, ahora adultos, mantenían un contacto mínimo con ella.

Vivía sola en un pequeño departamento y experimentaba los contactos con otras personas como una invasión de su intimidad. Le gustaba asistir a reuniones comunitarias y grupos religiosos, pero, por razones que permanecían obscuras para ella, no podía hacer amistad con nadie, y algunas personas le había dejado claro que quería mantener su distancia. Su estilo de comunicación impulsivo, aniñado y agresivo tendía a alejar a los demás. Sin embargo, trataba desesperadamente de aferrarse a las relaciones con personas inapropiadas o que habían indicado su falta de disponibilidad. Estaba interesada en salir con hombres, y de vez en vez la invitaban algunos al parecer apropiados. Sin embargo, sus demandas desordenadas y su incapacidad para interesarse en la vida de otros, después de un rato, parecía alejarlos. Sentía que su actividad masturbatoria era muy satisfactoria y que, a su edad, el sexo con hombres con quienes no se quería relacionar en forma más consistente, era torpe y degradante.

La recomendación de actividades y una vida regulada con participación en grupos sin mucha demanda de intimidad, resultó ser la solución óptima para ella. J. se benefició con la psicoterapia de apoyo. Su caso plantea otra cuestión en la investigación: diferentes tipos de trastorno de personalidad y grados diferentes de gravedad del trastorno de la personalidad en la vejez, piden un enfoque de apoyo o uno expresivo.

Esta paciente, con una educación universitaria y antecedentes culturales ricos, tenía notablemente poco interés en los aspectos intelectuales y culturales de su vida comunitaria y dependía para su entretenimiento principalmente del chisme. En término de mi propia reacción de contratransferencia yo estuve preocupado por algún tiempo sobre si mi sentido de impotencia y desesperanza al trabajar con ella se derivaba de mi ansiedad por sus problemas en realidad o de un pesimismo relacionado con su edad. Sólo en forma gradual me hice consciente de que estaba frente a las etapas finales de un deterioro de funcionamiento de la personalidad grave que se había desarrollado por muchos años. J. ilustra el hecho de que los problemas psicosociales más devastadores en la vejez pueden con frecuencia, relacionarse no sólo con

las circunstancias sociales inmediatas sino con trastornos de personalidad antiguos que gradualmente se desenmascaran al caerse los apoyos externos de la vida.

De su revisión de la literatura sobre el funcionamiento de personalidades paranoides, esquizoides, e inadecuadas, en la vejez, Bergmann (1978), concluye que, paradójicamente, estos pacientes pueden hacer mejores ajustes de los que se esperarían de su psicopatología. Sugiere que la persona inadecuada

“proporciona un foco o centro a ser ayudado por la familia, por los amigos, y a veces por algunos contactos bastante casuales. Muestran agradecimiento, su dependencia y falta de logros les permite encajar en contextos que muchas personas con orgullo y autorrespeto más normales encontrarían de lo más desagradable. Por otro lado, la parte que lucha en las personalidades paranoides hostiles las conserva intactas, el fracaso no es nunca propio, la mala salud se remediaría sólo si el doctor diera el tratamiento adecuado, etc. El mundo, en general, tiene que ser asumido en un combate individual; la vida presenta una lucha muy atareada y desviadora contra las fuerzas hostiles y peligrosas de afuera y hay poco tiempo para la desesperación, depresión, temor y ansiedad” (pág. 62).

En mi propia experiencia, algunas personalidades paranoides en vejez han podido en verdad mantener una postura de lucha solitaria en el entorno, pero el grado al que estos pacientes se vuelven físicamente dependientes de los demás y, por lo tanto, expuestos a una intensificación de sus ansiedades paranoides, es un factor importante. Además, en la regresión psicótica, los ancianos solitarios, con personalidad paranoide pueden desarrollar grados extremos de retraimiento social y descuido físico antes de que les llegue algo de ayuda.

K.: Un hombre de 65 años, con una personalidad paranoide, era alcohólico crónico y patológicamente celoso de su esposa. Fue forzado a retirarse en forma prematura a causa de un colapso en el trabajo, relacionado con alcoholismo y sus interacciones beligerantes con sus superiores. Fue traído a tratamiento por su esposa a causa de graves conflictos maritales y por su continuo beber. Aunque **K.** inicialmente estuvo de acuerdo en verme sólo porque su esposa amenazó con dejarlo, con el tiempo le fue posible entender que yo no era un agente de ella, que si lo veía era en términos de un contrato que lo involucraba a él mismo y a mí. Llevé a cabo una psicoterapia esencialmente de apoyo, según lo que he descrito en otra parte (capítulo 9), confrontándolo en forma discreta pero consistente con su conducta arrogante y belicosa conmigo, y relacionándola una vez que pudo reconocer su falta de propiedad, a lo que había pasado en su trabajo.

Su “insight” aumentado llevó a una intensificación de su depresión, a culparse por haber perdido su trabajo, y a un aumento temporal en la bebida. Discutí entonces con él los ciclos autoderrotistas de culpa y autodestructividad y le planteé la cuestión de si él tenía algo mejor que esperar de la vida que ahogarse en alcohol. Sabiendo de la suposición paranoide de **K.** de que sus colegas lo menospreciarían si supieran que él estaba en tratamiento terapéutico, utilicé su orgullo para ayudarlo a controlar la bebida “para demostrarles a ellos que podía enfrentarse a la vida por su cuenta”. Usé sus puntos de vista paranoides y apasionados sobre la política y eventos nacionales para

estimularlo a participar más activamente en asuntos políticos locales. También pude ayudarlo a evitar relaciones personales intensas, a aceptar sus limitaciones en términos de intimidad y a concentrarse en un miembro deseable de los grupos de acción política.

Un área en la que nunca pude reducir por completo la naturaleza de sus distorsiones paranoides de la realidad fue la de los celos de su esposa. De hecho, el intento de K. de convencerme de que yo era muy joven para saber cómo son en realidad las mujeres, le permitía mantener una actitud de superioridad sobre mí. Al mismo tiempo, sí estuvo de acuerdo en tratar de controlar su conducta hacia ella y ser más tolerante de sus "fallas". El resultado final fue una notable disminución del conflicto marital, abstinencia de beber por un periodo de cuando menos tres años (antes de que yo perdiera contacto con él), y un creciente sentido de satisfacción con sus nuevas actividades.

Confío en que estos ejemplos hayan ilustrado mis hipótesis de que el pronóstico para los tipos individuales de trastorno de la personalidad, puede variar en diferentes grupos de edad, mejorar significativamente en trastornos de personalidad que funcionan en un nivel neurótico, en contraste con aquéllos funcionando en un nivel límite de organización de la personalidad, y que el equilibrio adaptativo-inadaptado relacionado con rasgos patológicos de la personalidad puede cambiar con las tareas diferenciadoras y el entorno psicosocial en la vejez.