

8

Psicoterapia de expresión con adolescentes

Las tareas fundamentales del terapeuta durante la evaluación inicial del paciente adolescente y su familia incluyen: establecer el diagnóstico, recomendar el tratamiento y, sobre todo, explicar los arreglos que hagan posible este tratamiento. Es necesario subrayar que el psiquiatra que evalúa a un paciente adolescente y a su familia deberá conservar una actitud técnicamente neutral. Deberá tener un total respeto por el adolescente como persona independiente, autónoma y, dirigirse a él sin nociones preconcebidas sobre lo que sería propio o no con respecto a las negociaciones del paciente con su familia.

El terapeuta deberá evitar ser enjuiciador o ver la adolescencia como algo muy romántico. Estará alerta de la tendencia del adolescente a pensar en él como un representante de sus padres; así también, estará consciente de que los adolescentes no necesariamente tienen un "insight" especial en las verdades básicas, a diferencia de los adultos. Sobre esta base, el terapeuta podrá explorar la consistencia interna de la imagen que tiene el adolescente de sí mismo, sus relaciones objetales significativas, y la integración y adecuación de su opinión sobre el mundo. Aceptar al adolescente con sus arrogancias propias y sistemas de valores permitirá obtener una evaluación de la consistencia de sus representaciones objetales y del sí-mismo, y de estos sistemas de valores. Al mismo tiempo, el terapeuta deberá conservar una distancia apropiada; en contraste con una lejanía autoprotectora o bien con la camaradería. El adolescente tiene tanto derecho a su intimidad como el paciente adulto.

Cuando el adolescente es quien solicita la consulta, el psiquiatra deberá consultarlo antes de ver a sus padres. La manera como entrarán en escena los padres —si es que lo hacen— será algo que deberá negociarse con el paciente. Si los padres solicitan la consulta, deberá consultarse primero al adolescente o bien, a toda la familia en conjunto. En los casos en los que el terapeuta tiene reuniones preliminares con los padres antes de la consulta o del tratamiento es posible que cualquier potencial paranoide que exista

en el adolescente se refuerce; esto hará más difícil establecer la postura neutral del terapeuta. El derecho a la intimidad se aplica también a la información proporcionada por el adolescente. El paciente debe estar de acuerdo en que se discuta algo de la información en las reuniones con la familia, y se le permitirá decidir que información no será compartida.

En los casos en los que existan pruebas de que el paciente está reteniendo información importante, el terapeuta tendrá que recurrir a un equipo que incluya a una trabajadora social psiquiátrica, un consejero escolar, un psicólogo, un maestro y otros profesionales. La omisión de cierta información plantea los intentos del paciente y/o su familia por lograr el control de la situación en el tratamiento, esta situación es común en los casos de adolescentes. Con gran frecuencia la familia o el paciente tratan de dictar las condiciones bajo las que se desarrollará el tratamiento o la evaluación. Es más recomendable discontinuar una evaluación o un tratamiento, a aceptarlo bajo condiciones menos que óptimas. A menudo, la expresión tranquila y oportuna del terapeuta de reservarse el derecho a evaluar o tratar al paciente, o bien enviarlo con alguien más si considera imposible obtener suficiente libertad de acción, ayuda a prevenir el "acting out" más fuerte subsecuentemente o bien los impulsos de control omnipotente. A veces, la mejor ayuda que se puede proporcionar es decirle a la familia que cuando el tratamiento no puede desarrollarse bajo ciertas circunstancias, los esfuerzos que se realicen serán inútiles.

De manera paradójica, en tanto más gravemente perturbado se encuentre el paciente que está al final de la adolescencia, el tratamiento deberá parecerse más al que se le da a un paciente adulto, por la siguiente razón: en la psicoterapia del paciente adolescente que está funcionando bien, la atención inicial es sobre las tareas normales del desarrollo de la adolescencia. En aquéllos que no están funcionando bien es necesario trabajar sobre las disposiciones de la transferencia primitiva gravemente distorsionadas, y éstas son similares a las encontradas en los pacientes adultos límite. Cuando (como con los pacientes límite) las tareas normales del desarrollo de la adolescencia no se han logrado, la psicoterapia psicoanalítica, conceptuada para el tratamiento del paciente adulto, tiene mayor utilidad para alcanzar propósito de resolver transferencias primitivas, operaciones primitivas defensivas, y las distorsiones del yo y superyó que operan contra el desempeño de estas tareas del desarrollo. La resolución de la psicopatología límite, por medios analíticos, permitirá posteriormente la reanudación espontánea de los procesos normales del desarrollo.

Por la diferencia significativa de edad y, por tanto, la diferencia de conducta y status entre el terapeuta y el adolescente generalmente este último está tentado a verse como "un adolescente que se relaciona con un adulto estereotipado". Por ejemplo, la argumentación del adolescente límite, con la menor de las justificaciones, de que el terapeuta piensa, se conduce, y lo trata exactamente igual a como lo hacen sus padres, puede ser no tanto una manifestación específica de transferencia sino un esfuerzo por parte del paciente para evitar darse cuenta de su confusión, suspicacia, conducta despectiva, y así por el estilo, respecto a los adultos significantes en su vida, al apilarlos a todos juntos en una forma simplista.

Así, como parte del examen sistemático de la interacción terapéutica, el terapeuta tendrá que examinar la negación del paciente a la individualidad del terapeuta y a su propia individualidad, al refugiarse en la conducta estereotipada de un subgrupo cultural. Una postura de neutralidad técnica no significa que el terapeuta permita al paciente descargar sobre él los prejuicios y estereotipos acumulados que protegen a éste y que reflejan su difusión de identidad. Es posible clarificar tales distorsiones sin decirle al paciente "no, no soy como tú me ves". Se cumplirá el cometido con esta expresión general "no hay ninguna razón para que tú me veas de esta manera cuando existen otras, por lo tanto, debe tener algún significado el hecho de que sea tan importante para ti verme precisamente de esa manera".

A menudo, los pacientes adolescentes límite intentan provocar en el terapeuta las mismas actitudes con las que culpan a los adultos, especialmente a sus padres con respecto a ellos. Esto refleja, en especial, el mecanismo de identificación proyectiva. El estado de alerta del terapeuta hacia tales actitudes puede permitirle interpretar el esfuerzo inconsciente del paciente por convertirlo en una imagen más paternal. Al mismo tiempo, es posible que el terapeuta tenga que resistir su inclinación a comportarse de manera opuesta a como lo hace la familia del adolescente según lo indica el paciente; el terapeuta deberá evitar fomentar una buena relación terapéutica utilizando medios de seducción.

La actitud seductora hacia los adolescentes puede alimentarse por la idealización general de la adolescencia, muy común en nuestra cultura, y por los esfuerzos inconscientes del terapeuta por defenderse en contra de su propia envidia inconsciente hacia los adolescentes, al romantizarlos o imitarlos. A veces, el esfuerzo del terapeuta por resistir los intentos del paciente por estereotiparlo como alguien convencional puede resultar en un deseo por demostrar al paciente que él no es convencional. Por supuesto, el terapeuta tiene que ser no-convencional en los estereotipos culturales representados en la transferencia; pero su falta de convencionalismo deberá surgir a través de una postura consistente, empática y cálida, aunque apartada al plantear preguntas sobre lo que está sucediendo con el tratamiento. El terapeuta debe rehusarse a permitir que el paciente lo arrastre a ciertos modelos de papeles, y conservar la neutralidad técnica.

En resumen, el análisis de los estereotipos culturales como defensas secundarias contra el surgimiento pleno de la difusión de identidad en la transferencia es un aspecto importante en el tratamiento, particularmente en las etapas iniciales de la psicoterapia con adolescentes límite.

LA PSICOTERAPIA DE EXPRESION Y LAS ESTRUCTURAS FAMILIARES

Parece haber abundantes pruebas, derivadas de datos clínicos y de investigaciones, acerca de que los adolescentes límite provienen de familias muy patológicas (Shapiro y cols., 1975; Goldstein y Jones, 1977). A menudo se plantea la pregunta de hasta qué grado el paciente adolescente límite "simplemente" refleja la psicopatología familiar grave o bien está sufriendo de

una enfermedad "estructurada, internalizada". Cada vez que un estudio cuidadoso del paciente adolescente demuestra la existencia de difusión de identidad y la predominancia de operaciones defensivas primitivas, deberá entenderse que, sin considerar cuál haya sido la contribución familiar a esta enfermedad, el paciente tiene una patología límite estructurada "bona fide" que requerirá un tratamiento individual intensivo.

En tanto que la familia, particularmente los padres, pueden haber contribuido fundamentalmente a la psicopatología límite de su hijo, el diagnóstico de organización límite de la personalidad implica antiguas estructuras intrapsíquicas patológicas que ahora tienen una existencia autónoma.

Para llevar a cabo la psicoterapia de expresión, es crucial que el terapeuta tenga una relación exclusiva con el adolescente y, que la terapia familiar, si está indicada, esté a cargo de otro terapeuta. Si se ha de incluir al paciente en dicha terapia familiar, el terapeuta familiar deberá tener la autorización del paciente y de su familia para comunicar sus observaciones al psicoterapeuta del paciente, estableciendo de esta manera un enfoque de trabajo en equipo similar a lo que se recomienda para los pacientes límite cuyo potencial grave de "acting out" no puede controlarse de otra forma.

Combinar la terapia familiar y la psicoterapia intensiva orientada psicoanalíticamente en el paciente adolescente límite ofrece diversas complicaciones. Primero, los objetivos de la terapia familiar necesitan establecerse adecuadamente, en un esfuerzo por diferenciar los objetivos de corto y largo plazo para cada uno de los participantes. En ocasiones no hay razones particulares para hacer participar a la familia; la indicación para iniciar una terapia familiar deberá derivarse no de la predilección ideológica del terapeuta por este tipo de terapia sino por las necesidades concretas y bien documentadas del paciente específico.

El tratamiento familiar puede ser necesario por la contribución que la familia esté haciendo a la psicopatología del paciente o porque la psicopatología de éste se encuentre apoyada en la estructura familiar; o bien para prevenir, evitar, o resolver la interferencia familiar en el tratamiento del paciente. Debe explorarse el grado hasta el que el tratamiento familiar se relacione con, apoye, o sea dañino al tratamiento individual.

Existe siempre el peligro para el adolescente de dilución y escisión de la transferencia y de "acting out" cuando es tratado de manera simultánea con terapia individual y familiar. Este peligro aumenta si el terapeuta familiar y el individual no constituyen un equipo de tratamiento armonioso. En general, es posible que la escisión de la transferencia se evite si los terapeutas conceptúan la constelación total de familia, paciente, y de ellos mismos; como un sistema respecto al que toda la información tiene que fluir al psicoterapia individual.

La predominancia de operaciones defensivas primitivas, particularmente la identificación proyectiva, omnipotencia, devaluación, escisión y negación, puede permitir al paciente adolescente límite inducir patología complementaria en los miembros clave de la familia con quienes vive, y producir profecías que se autocumplen en todas sus interacciones; esto puede volverse una resistencia extremadamente poderosa en el tratamiento. Es importante que el terapeuta evalúe la intensidad con la que el paciente está respondiendo

a las presiones patológicas de sus padres y, a la inversa, si está ejerciendo tales presiones sobre ellos.

La respuesta a estas cuestiones, generalmente, se encuentra en los desarrollos de transferencia, en especial en los esfuerzos inconscientes del paciente por reproducir la conducta de sus padres en el terapeuta. El primer paso para ayudar al paciente a darse cuenta de cómo perpetúa las condiciones patológicas de su casa, puede ser el análisis sistemático de dichos intentos en la transferencia. Por ejemplo, la sumisión patológica del paciente a lo que él percibe como conducta sádica de sus padres; generalmente se refleja con la recreación de la situación con papeles invertidos en la psicoterapia. De manera inconsciente, los pacientes adolescentes pueden tratar al terapeuta de manera omnipotente y sádica; proyectando sobre él sufrimiento de manera masoquista así como la representación de su sí-mismo devaluado, maltratado, en tanto se identifican con una imagen paterna grandiosa, triunfante y sádica.

La comprensión del terapeuta de las transferencias primitivas que reflejan la activación de las relaciones objetales parciales con reversión de papeles, puede permitirle interpretar esta relación de transferencia y luego aplicar su interpretación a la relación del paciente con su familia. El análisis sistemático de la interacción terapéutica, con atención precisa en la activación dentro de ella de relaciones objetales parciales primitivas, es el primer paso en la interpretación de las interacciones patológicas del paciente en casa. Es importante tener en mente que esta interpretación no es una reconstrucción genética y que las interacciones patológicas actuales con los padres pueden, a su vez, reflejar una relación objetal parcial. Esta, puede ser escindida en forma defensiva de las relaciones objetales parciales contradictorias que necesitan ser examinadas primero. Sólo así puede comprenderse la relación objetal subyacente patogénica total contra la que, tanto la relación actual con los padres como los desarrollos de la transferencia, son defensas.

LA PATOLOGIA LIMITE Y LAS TAREAS DEL DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA

Por definición, los pacientes límite que están al final de la adolescencia no han cumplido con las tareas normales del desarrollo en la adolescencia y en particular: (1) consolidar un sentido de identidad del yo; (2) reconfirmar una identidad sexual normal, predominantemente heterosexual en su naturaleza, con subordinación de impulsos polimorfos parciales a los genitales e integración incipiente de tendencias eróticas y de ternura en una relación objetal relativamente estable, reflejada en la calidad de enamorarse; (3) aflojar las ataduras a los padres, en realidad relacionadas con la diferenciación apropiada de papeles sexuales y generacionales en las interacciones sociales en expansión, con otros adultos y compañeros (y la correspondiente individualización intrapsíquica y estabilidad de las relaciones objetales); y (4) reemplazar las regulaciones infantiles del superyó con un sistema relativamente abstracto y despersonalizado, firme internalizado, aunque flexible,

de una moralidad consciente e inconsciente que integra la tolerancia sexual adulta con la firme represión de impulsos edípicos directos.

En contraste, con los adolescentes normales que experimentan un aflojamiento real de los lazos a los objetos infantiles, reflejado en la distancia creciente de (y sin embargo profundizándolas) las relaciones objetales con los padres; los adolescentes límite al sufrir, como es el caso, de falta de diferenciación de representaciones objetales internalizadas, manifiestan un involucramiento excesivo, rebeldía violenta, sobredependencia, y un caos general en las relaciones interpersonales relativamente no estructuradas, de su casa.

De la misma manera, en psicoterapia, el paciente no sólo sobreidentifica al terapeuta con sus imágenes paternas o su experiencia defensiva de él como de alguien diferente en una forma fantástica, sino que desarrolla una alternación caótica de imágenes paternas parciales padre/madre combinadas, mutuamente escindidas, así como rechazo defensivo a experimentar al terapeuta como diferente de sus padres en una forma realista. Para el paciente adolescente límite, las diferencias entre el terapeuta y los padres, a menudo, significa sólo mayor caos; la individualidad del terapeuta no puede aprehenderse.

Esta situación fácilmente puede llevar al terapeuta a entender, equivocadamente, que el paciente adolescente necesita nuevos "modelos de identificación" y que los esfuerzos educativos directos pueden garantizarse como un medio de establecer al terapeuta mismo como tal modelo. Pero la tarea de desarrollo del adolescente límite que necesita completar sus procesos de individuación y diferenciación son mejor servidos por la interpretación y el trabajo exhaustivo sobre las transferencias primitivas. De otro modo, pueden surgir nuevas adaptaciones superficiales al terapeuta, activando una cualidad de "como si" en la interacción terapéutica y la presencia de lo que Winnicott (1960a) llamaba el falso sí-mismo.

En contraste, la resolución de la transferencia primitiva por medios analíticos y la reanudación de procesos de crecimiento normales se encuentran mano a mano en los adolescentes límite. En etapas avanzadas del tratamiento, cuando el paciente adolescente reconoce gradualmente al terapeuta como un individuo diferenciado, la integración de, y la diferenciación respecto a, las imágenes paternas ocurrirán de modo paralelo.

Este proceso puede ilustrarse con las vicisitudes de los dos mecanismos de defensa de idealización y devaluación. La idealización primitiva de modelos de compañeros o adultos pobremente diferenciados, que representan relaciones objetales parciales escindidas cambiará de manera gradual a procesos de idealización que reflejan formaciones reactivas contra la culpa y, más tarde, cambiará a la proyección normal de valores y aspiraciones idealizadas, sofisticadas que surgen con el enamoramiento normal y en la idealización de maestros. Y la devaluación primitiva de los padres (la contraparte de las idealizaciones primitivas escindidas) se integrará gradualmente en un reconocimiento apropiado a la edad, hipercrítico pero ambivalente, de sus rasgos realistas, una reacción de decepción que ahora contiene elementos de culpa y duelo y aceptación de la pérdida de imágenes paternas primitivas idealizadas.

Si la postura analítica se conserva de manera consistente, la relación real del paciente con el terapeuta, eventualmente, se convertirá en el campo de prueba para la reanudación de procesos de desarrollo normales.

Otra área de patología límite grave —la falta de integración de estructuras del superego— puede parecerse superficialmente a los rasgos adolescentes normales de redisolución parcial y reproyección del superego (Jacobson, 1964). El surgimiento de derivados primitivos del impulso sexual y agresivos disociados en los trastornos límite puede pasar por brotes instintivos de la adolescencia normal. Es difícil, al principio, diferenciar los derivados del impulso que surgen en la conciencia en el contexto de un concepto integrado del sí-mismo y una constancia de objeto, de aquéllos que expresan relaciones objetales parciales disociadas. Sin embargo, un enfoque consistentemente analítico de este material, explorando con el terapeuta los impulsos perversos homosexuales y polimorfos a la luz de sus funciones dentro de relaciones objetales totales o parciales activadas en la transferencia, diferenciará los brotes de impulsos del desarrollo normales, respecto de las relaciones objetales parciales estructuradas y permitirá la integración de relaciones objetales más que la supresión prematura de ciertos derivados del impulso.

El adolescente neurótico o normal rápidamente reprimirá ciertos derivados perversos polimorfos del impulso e integrará otros en su yo consciente. El paciente adolescente límite, en contraste, puede tener que experimentar de manera consciente y expresar en la transferencia (o en el “acting out” de la transferencia) impulsos agresivos y sexuales que son disociados y/o condensados de varios modos, después de muchos meses o años de tratamiento. Aquí, las tareas normales integradoras y represivas de la adolescencia de manera eventual seguirán a la integración del sí-mismo y el superego y de las barreras de represión del yo. En otras palabras, la integración de relaciones objetales parciales en totales, eventualmente producirá el reemplazo de las defensas disociadoras con las represivas.

En suma, la realización de las tareas normales del desarrollo en la adolescencia no requiere de modificaciones especiales de la técnica psicoterapéutica propuesta para la organización límite de la personalidad en general; como una consecuencia de la resolución de transferencias primitivas, se reanudarán y completarán naturalmente en las etapas avanzadas del tratamiento.

Al principio, es útil para el terapeuta evaluar a qué grado los patrones de conducta gravemente patológicos deben controlarse para permitir que la psicoterapia se inicie. Si, de acuerdo a su juicio, la relación psicoterapéutica no será capaz de “contener” los patrones de conducta impulsivos que amenazan la vida del adolescente o el tratamiento, el terapeuta deberá establecer un enfoque en equipo. Otro miembro del mismo deberá tener la responsabilidad de proporcionar suficiente estructuración social, para permitir la estabilidad de la situación terapéutica. Es importante señalar que es necesario el control externo no sólo para restringir ciertas conductas sino también para aumentar la participación del adolescente en la vida ordinaria, y para brindarle nuevos retos a modo de evitar que la situación del tratamiento se convierta en su única experiencia social significativa.

TIPOS DE "ACTING OUT" Y SU MANEJO

Mi atención sobre la interacción psicoterapéutica está muy lejos de un modelo simplista que relacione las interacciones interpersonales actuales del paciente con aquellas pasadas en una base de uno-a-uno. En la organización límite de la personalidad la interacción presente expresa estructuras intrapsíquicas patológicas que reflejan tipos primitivos de interacción de naturaleza fantástica —fantástica, tanto en el sentido de que son irreales, amenazantes emocionalmente, y extraño, así como en el sentido de que manifiestan una relación objetal parcial distorsionada fragmentada— que sólo de manera indirecta reflejan las relaciones patogénicas verdaderas del pasado. La atención sobre interacciones actuales en el tratamiento de trastornos límite, en la adolescencia igual que con todos los pacientes límite, comienza realmente como una atención sobre la vida intrapsíquica del paciente según se expresa en la interacción terapéutica.

Los pacientes adolescentes límite, con su intolerancia a la experiencia subjetiva dolorosa, inician rápidamente el "acting out" en la transferencia como una defensa contra el vivir la experiencia y la introspección. La importancia de la neutralidad técnica del terapeuta estriba precisamente en la necesidad de conservar la objetividad, a modo de resaltar la distorsión del paciente a través de la acción lo que refleja una relación de transferencia primitiva.

La organización límite de la personalidad siempre implica patología grave del carácter, y de allí la expresión, en especial por medios no verbales, de conflictos intrapsíquicos inconscientes en la forma de patrones de conducta crónicos y repetitivos. Por tanto, los aspectos no verbales de la interacción con el terapeuta dan información fundamental, substituyendo en grado considerable lo que el contenido de la comunicación verbal transmite en la situación psicoanalítica estándar.

A través de su conducta no verbal, y por un uso particular del lenguaje como acción y como un medio de controlar la situación interpersonal, el paciente intenta activar sus relaciones objetales parciales intrapsíquicas en la relación interpersonal actual. De hecho, las transferencias primitivas pueden concebirse como unidades mutuamente disociadas de unidades primitivas de interacción extrañas y atrevidas que el terapeuta con sus interpretaciones transforma en la experiencia subjetiva del paciente. Podría decirse que en esta transformación del conflicto intrapsíquico en acción interpersonal, el paciente recurre a un medio de comunicación y relación que, hablando genéticamente, antecede a la predominancia de la comunicación verbal: la regresión en forma de comunicación es quizá el aspecto más importante de la regresión en la transferencia de los pacientes límite.

Para reformular esto en una forma diferente, la expresión del pasado intrapsíquico del paciente en términos de acción interpersonal, más que en el recuerdo (pensamientos o sentimientos), ilustra la prevalencia del "acting out" como una característica de los desarrollos de transferencia de los pacientes límite.

El "acting out" es un concepto que se ha ampliado para incluir una extensa gama de fenómenos (Fenichel, 1945a; Greenacre, 1950, 1963, 1968;

Limentani, 1966; Panel, 1957; Rosenfeld, 1966; A. Freud, 1968; Grinberg, 1968; Kanzer, 1968; Moore, 1968; Rangell, 1968; Panel, 1970), desde la aparición de actos o conductas concretos en el curso de sesiones psicoanalíticas o psicoterapéuticas —actos que expresan una disposición de transferencia que surge, el paciente no puede todavía tolerar de manera subjetiva— hasta el desarrollo de conductas complejas hacia el terapeuta que expresan, en un desarrollo emocional consciente hacia él, el aspecto de conflictos patogénicos pasados relacionados que está todavía reprimido como una conciencia de una experiencia pasada (en contraste con el presente); hasta el desarrollo de conductas fuera del contexto analítico que corresponden a aspectos escindidos de la transferencia; hasta las relaciones interpersonales perturbadas del paciente que hacen sangrar conflictos intrapsíquicos significativos durante el tratamiento en general.

Las discusiones psicoanalíticas del origen, mecanismo, y funciones del “acting out” se complican de manera constante por la inclusión de esta amplia gama de fenómenos, y parece ser que los esfuerzos por restringir el significado del término o por redefinir sus ramificaciones (por ejemplo, “acting in”, como la conducta temporal que expresa la transferencia en las acciones del momento) no han sido útiles en particular (Rexford, 1978).

Es útil considerar el “acting out” en el más amplio sentido, como un aspecto esencial de desarrollos de la transferencia en pacientes límite. En cuanto a que el mundo social e interpersonal, siempre cambiante, del adolescente temporalmente reduce la estabilidad de sus estructuras sociales del entorno y fomenta la expresión de conductas experimentales nuevas y viejas en todas las áreas, el “acting out” en este amplio sentido es en especial prevalente en los adolescentes límite. Una tarea crucial es diagnosticar cuándo el sobrevivir se vuelve “acting out” —o sea, la expresión en acción de material de la transferencia que no puede ser todavía tolerado en la conciencia subjetiva.

¿Cuándo puede considerarse como “acting out” la conducta gravemente patológica que antecedió al inicio de la psicoterapia y continua al parecer sin cambios por la relación psicoterapéutica misma? Primero, si cuando ocurren cambios significativos en estos patrones de conducta preexistentes, deberán explorarse en términos de los desarrollos en la transferencia. Es importante que el terapeuta en realidad explore su significado, más que recompensar o castigar implícitamente conductas que son favorables o desfavorables. Las razones para cambios “positivos” deberán explorarse con la misma actitud técnicamente neutral que las razones para los patrones de deterioro.

Segundo, el desarrollo de un fuerte contraste entre una relación psicoterapéutica en la que “nada parece suceder” y acciones dramáticas que ocurren en la vida externa del paciente —sin considerar si éstas anteceden al tratamiento— generalmente es una expresión clara de desarrollos en la transferencia. Aquí priva la situación típica de la patología límite, en la que el paciente, incapaz de tolerar la experiencia intrapsíquica de sus conflictos tiene que expresarlos en acciones, en particular escindiendo la transferencia. La disponibilidad de la relación terapéutica debiera idealmente proporcionar un nuevo canal para expresar instintos disociados o reprimidos. Cuando esto no ocurre o bien por el contrario, prevalece una atmósfera de vacío en

la relación psicoterapéutica, esto deberá interpretarse en forma sistemática. "Vacío" no sólo significa que el paciente sienta que no tiene nada que decir o contar al terapeuta. También puede representar el uso del lenguaje como una cortina de humo en el momento de la terapia, el llenar el hueco de las horas con expresiones que reflejan el aprendizaje del paciente del "lenguaje de la psicoterapia". La exploración consistente del terapeuta de la realidad y significados de su interacción con el paciente dará el marco contra el que el vacío o el falso contenido refleje, en contraste, la relación objetal parcial específica activada en la transferencia, que requiere interpretación como la contraparte escindida de donde parece estar la acción —o sea, en la vida externa del paciente.

Tercero, el "acting out" debiera interpretarse bajo las condiciones sutiles aunque frecuentes en las que se desarrolla la acción en el momento, y tiene el efecto de distorsionar, fragmentar, o destruir temporalmente los aspectos de realidad en la relación paciente/terapeuta. Esta tercera categoría de condiciones es el aspecto más importante del trabajo con transferencias primitivas. Lo que sigue son algunos tipos especiales de "acting out" en este restringido tercer sentido. Estos ejemplos clínicos también ilustran los principios generales implicados en la interpretación de la transferencia con los pacientes límite.

DATOS CLINICOS

Transformación de una relación objetal parcial de la transferencia, en acción

O.: Joven adolescente, límite, de 17 años, con rasgos predominantemente infantiles o histriónicos, tomó una píldora de Darvon antes de entrar a su sesión. No era adicta a ninguna droga en particular, pero ocasionalmente ingería una variedad de drogas como una forma de "sentirse bien". Este patrón de conducta era anterior al inicio del tratamiento, pero había cambiado el informe casual de la paciente acerca de que se había tomado una píldora antes de esta sesión. Nuestro entendimiento era que al iniciar el tratamiento yo esperaba que dejara todas las drogas y que no le recetaría ningún medicamento como parte de dicho tratamiento. De hecho, para entonces, había tenido varios episodios de ansiedad relativamente grave y/o depresión que fue posible resolver por medios interpretativos solos, ilustrando de esta manera la naturaleza defensiva de la solicitud de medicación por parte de la paciente.

Los esfuerzos por estimular a O. a explorar su comprensión al hecho de tomar Darvon esta vez, no llevó a nada; excepto a decir, "sabe, hago esto con mucha frecuencia". Negó cualquier sentimiento particular respecto a venir a la sesión o sobre la decisión impulsiva de tomar la píldora. Su aspecto al entrar a la sesión era más bien relajado y tranquilo. Sin embargo, al recostarme en la silla, ímplicitamente invitándola a seguir hablando, se puso cada vez más intranquila, expresando finalmente su temor acerca de que yo la criticaría por haber tomado la píldora.

Al principio yo no comprendí la importancia de centrarse en el hecho de que hubiera tomado la píldora. Yo esperaba que surgiera algún tema nuevo de discusión. Sin embargo, yo sentí que éste era en verdad el tema predominante a la disposición y especulé en privado que ella pudiera haber tomado la píldora como una expresión de desafío o para provocar en mí una conducta crítica hacia ella y de esta manera aliviar sus sentimientos de culpa por sentir la experiencia de estar en una buena relación conmigo. (Antes se había dejado claro que había prohibiciones internas muy profundas contra una buena relación conmigo como imagen paterna).

Se especuló también sobre el hecho de que al haberme dicho O., que había tomado la píldora, contrastaba con su conducta misteriosa en el pasado. Pero entonces sentí que era una "honestidad" que no llevaba a ningún otro lado y quizá una expresión en acción de su sentimiento acerca de que las relaciones honestas no llevan a ninguna parte. En este punto, O., comenzó a discutir temas completamente diferentes; no podía yo conectarlos con el hecho de haber tomado la píldora, y me sentí distraído por mis pensamientos respecto a este hecho, y luego culpable por no prestar toda la atención a los nuevos temas que ella comentaba.

Unos minutos después, O., me miró de repente en forma inquisitiva y comentó que ella me estaba aburriendo. Cuando le pregunté qué le hacía pensar eso, mencionó que me veía perplejo y distraído. Reconocí que su percepción era acertada y expresé mi sorpresa por su cambio de tema, por la naturaleza casual de su comentario respecto a haber tomado la píldora—como si ella fuera indiferente a su significado— en contraste con su preocupación por mi indiferencia a algo que ella estaba diciendo después de eso. Yo añadí, sin embargo, que ella tenía razón al observar que, como consecuencia de haber tomado yo su conducta más en serio que ella, me había distraído. O., dijo que sentía que yo le prestaba atención sólo cuando tenía un problema. Le contesté que yo me preguntaba si había tomado la píldora, y si me lo había contado como una expresión de su sentimiento de sólo si se portaba mal le prestaría yo alguna atención. En este punto, se vió sorprendida y se mostró pensativa. Recordó que en verdad, antes de decidir tomar la píldora estaba preocupada sobre si tendría algo importante que decirme. En ese momento mi experiencia fue que nuestra interacción reflejaba, al nivel de este aspecto de la transferencia, la relación entre el niño y la madre indiferente que le hace caso sólo cuando se porta mal, en tanto que la paciente estaba representando el papel del niño desafiante pero culpable, sumiso pero suspicaz. Esta impresión se confirmó posteriormente.

El caso anterior ilustra una transformación relativamente simple de una experiencia emocional en una acción, con una simultánea negación inicial de la experiencia emocional. El caso siguiente ilustra una forma de "acting out" más compleja.

La acción como un acrecentamiento de los significados

P.: Una joven de 18 años de edad, límite, con ragos narcisistas muy pronunciados, quien repetidamente se quemaba con cigarrillos (y que había sido tratada en varias ocasiones por quemaduras de tercer grado en los brazos y

piernas) mencionó, de manera casual en una sesión, que podríán darle ganas de quemarse durante la próxima ausencia de dos semanas del terapeuta. Su comentario, hecho en el contexto de una discusión continua de muchas semanas sobre si ella podríá controlar su tendencia a quemarse si se le permitiera permanecer fuera del hospital (donde había estado internada), llevó a retomar la discusión de si el tratamiento como paciente externa sería factible en este punto. Las preocupaciones realistas del terapeuta estaban en fuerte contraste con su aparente indiferencia a la situación y a su actitud de expectativa de que todos los que la atendían estarían naturalmente preocupados y harían algo por impedir que se quemara. En repetidas ocasiones, el terapeuta había explorado con ella la atmósfera implícita de violencia y chantaje que ella se había creado alrededor suyo, forzando "inocentemente" a sus padres, a su terapeuta, y a la trabajadora social a entrar en análisis complicados de cómo tratarle, en tanto que ella en forma sonriente anunciaba su tentación de quemarse. Al principio de una de las últimas sesiones, antes de la ausencia del terapeuta, P., dijo que había hecho planes para pasar el tiempo de dicha ausencia en la casa de un grupo religioso que la había apoyado mucho en el pasado; ella sentía que eso le daría estímulo espiritual durante este tiempo.

La reacción del terapeuta a este anuncio fue un relámpago momentáneo de enojo, y luego, un sentimiento de impotencia seguido por la idea de resignarse a dejarla hacer lo que quisiera sin explorar más el asunto. En el curso de mi discusión sobre esta sesión particular con el terapeuta, aprendí que para entender completamente el comentario de la paciente había que tener presente que estaba cambiando sus planes en forma repentina, que al hacerlo, desechaba con un gesto todas las discusiones prolongadas y serias que se habían dado entre sus padres, ella misma, y su trabajadora social respecto a planes para ella durante la inminente ausencia del terapeuta. El terapeuta le había dado a la paciente y a la trabajadora social el nombre de otro psiquiatra que estaría disponible si fuera necesario durante su ausencia. Con su cambio de planes, estos arreglos se volvían ahora irrelevantes. Además, P., había pasado previamente algunas semanas en esa casa religiosa en un tiempo cuando la violenta rebeldía contra sus padres se expresaba en frecuentes escapadas de su casa, conducta autodestructiva, y una búsqueda de padres substitutos ideales, todo lo que se había explorado en gran detalle en etapas previas de la psicoterapia.

Así, su comentario casual sobre sus planes reflejaba su eliminación simbólica de la substancia de su importante aspecto de su psicoterapia. Reflejaba también una depreciación muy concreta del terapeuta como el elemento clave en la constelación cambiada de su vida. Fue como consecuencia de la psicoterapia que había sido cambiada la conducta caótica, difusa, destructiva, en todos los aspectos de su vida (de la que era parte el haber vivido en la casa religiosa).

La declaración de P., también reflejaba una desconsideración casi estudiada, presentada en una forma natural aunque pseudoconsiderada, que desmentía su naturaleza impulsiva. Más aún, su intento de convencer al terapeuta de la seriedad de este nuevo plan, al que llegó tan repentinamente, en sólo dos sesiones, ilustraba la forma espiritual en la que había estado

usando la comunicación verbal para transmitir una aparente reflexión o consideración en las sesiones precedentes.

Lo que es significativo es la manera fácil, relajada, bien organizada en la que P., presentaba un plan, que era completamente disonante y destructivo en términos de todo lo que había estado sucediendo en el tratamiento. Y lo hizo en unos cuantos segundos, en tanto que el análisis de las implicaciones de esa declaración tomó literalmente una hora de mi tiempo de consulta.

En otras palabras, esa declaración representaba una forma de "acting out" "microscópica" pero extremadamente violenta y grave, que reflejaba, más que una condensación de varios significados en uno, un intenso aumento o comprensión de múltiples significados en una forma tan rápida e inmediata que temporalmente hizo explotar la capacidad del terapeuta de sostener o contener, para integrar la relación objetal que estaba siendo representada.

Estos episodios son frecuentes en el tratamiento de pacientes adolescentes límite. El impacto inmediato de la conducta del paciente sobre el terapeuta puede ser precisamente el tipo de enojo, impotencia, y discontinuidad de la relación emocional que el paciente inconscientemente intenta evitar experimentar en forma subjetiva: esta es la realidad emocional que ha sido traducida en acción y en una identificación proyectiva violenta que afecta al terapeuta.

La forma óptima de tratar este tipo de "acting out" es que el terapeuta explique los significados de la conducta, de manera gradual y en forma muy completa, incluyendo las razones para expresar en acción lo que el paciente no puede tolerar en forma subjetiva. El efecto neto de un intento de interpretación en tales momentos es que un breve comentario del paciente quizá sea seguido por largas declaraciones del terapeuta. Es como si el terapeuta, en una reconstrucción, tiene que explicar lo que, en acción se comprimió en un momento del tiempo —y el paciente puede a menudo acusar al terapeuta de exagerar demasiado. En este caso lo que se requiere del terapeuta es una conciencia emocional plena de sus propias reacciones a la acción del paciente, combinada con la capacidad de contener estas reacciones dentro de él mismo sin tener, a la vez, que actuar en ella; y luego, el desarrollo gradual de la recreación de todos los aspectos emocionales de la relación que fueron comprimidos en esa breve acción.

El aislamiento de la comunicación significativa dentro de la acción crónica en la transferencia

La situación que se describe en esta acción representa la polaridad opuesta del acrecentamiento de significados en las acciones repentinas recién descritas. En especial con respecto a pacientes límite que, en desarrollos concretos de una hora o una secuencia breve de sesiones, brinda la clave a la comprensión de patrones complejos de transferencia que parecen caóticos; aunque tienen una cualidad extrañamente repetitiva durante varias semanas o aun meses.

Q.: Una adolescente límite, con fuertes rasgos masoquistas y esquizoides, llegó a entender en un punto, cómo su experiencia era que su madre se de-

primía cada vez que Q. tenía éxito o se sentía feliz. La paciente sentía que su madre no podía soportar que ella creciera y se independizara. Bombardeaba sin misericordia a Q. con preguntas, críticas y comentarios irónicos hasta que hacía que su hija se sintiera completamente impotente y vencida. Pero cuando Q. se sentía resignada y deprimida la madre se volvía muy cálida y apoyadora; de hecho, la paciente sentía que cuando las cosas marchaban mal, no había realmente nadie que pudiera ser tan cálida y generosa como su madre.

Este entendimiento, obtenido en el contexto de un análisis de variadas relaciones objetales parciales que reflejaban aspectos mutuamente escindidos de este patrón general de transferencia, fue seguido por un periodo de rápida mejoría en su propia confianza, autonomía, y la capacidad de estudiar y de ampliar su vida social. Sin embargo, unos meses después, Q. volvió a periodos de insatisfacción crónica con el terapeuta y repetía quejas de que el terapeuta era controlador, rígido, dominante y que no podía tolerar la idea de que ella se hiciera más independiente, y así por el estilo. La interpretación de esta experiencia como una atribución al terapeuta de las características de su propia madre, no llevó a ninguna parte. Al contrario, Q. parecía gozar al parafrasear en forma irónica las interpretaciones del terapeuta "adivinándole" paso por paso. Siguió un largo periodo en el que ninguna comprensión obtenida en el momento de la entrevista parecía tener ningún significado.

Retrospectivamente, parecía más bien fácil interpretar el rechazo de Q. de escuchar, su casi gozosa destrucción de todo lo que recibía del terapeuta, como una repetición de la relación con su madre con papeles invertidos: Q. se había vuelto ahora una madre sádica, entrometida que no podía tolerar el éxito del terapeuta. Sin embargo, durante las muchas semanas en que Q. representó con éxito este patrón, el único "asidero" del terapeuta a su convicción de que éste era el significado de su conducta, fue a través de tener en mente la comprensión de la transferencia total ganada transitoriamente en un episodio anterior. Aquí, el "acting out" consistió no sólo en crear una cortina de humo que destruiría la comprensión previa que la paciente había logrado, sino también en la naturaleza muy aislada del entendimiento que la paciente podía tolerar en sí misma. En suma, el aislamiento de breves momentos de comprensión profunda pudiera ser en sí misma una forma de "acting out", una expresión de la intolerancia del aprendizaje como un proceso continuo ocasionado por una grave culpa inconsciente, por ejemplo.

La función central de terapeuta como una polaridad diádica y los peligros del "acting out" en la contratransferencia

Los esfuerzos del terapeuta por integrar lo que sucede afectiva y cognoscitivamente, usando su experiencia subjetiva como punto de partida, deben ampliar su comprensión con cualquier evidencia objetiva de la que disponga a través del proceso mismo de repetición —la secuencia característica dentro de los paradigmas de la transferencia repetitivamente predominantes, que son tan típicos de los trastornos límite. La cuidadosa atención a las secuencias de patrones dominantes de conducta que ha interpretado en varias ocasiones durante el pasado, permite al terapeuta transformar su experiencia

subjetiva en el presente en una declaración interpretativa. El riesgo principal es su sobredependencia a sus reacciones emocionales, la que a su vez puede reflejar temas de la contratransferencia.

Hay tentaciones narcisistas para el terapeuta cuando se pone en el centro de la comprensión de la interacción paciente-terapeuta. Muchos pacientes límite, especialmente aquéllos con tendencias gravemente narcisistas, acusarán al terapeuta de grandiosidad, de inmiscuirse de manera artificial en una situación que, en cuanto puede ver el paciente, no tiene relevancia emocional para él. Reevaluar el conocimiento que tiene de la vida actual del paciente fuera del horario de tratamiento, tener en mente los problemas que trajeron al paciente a tratamiento así como las metas terapéuticas, y sobre todo, la determinación de evaluar la realidad inmediata de la situación terapéutica antes de permitirse la especulación, todo esto ayudará al terapeuta a soportar las amenazas a su objetividad.

Quizá el aspecto más difícil de la interacción terapéutica sea la experiencia subjetiva del terapeuta como un reflejo de un aspecto proyectado de la experiencia de sí mismo del paciente. En otras palabras, puede ser lo más difícil para el terapeuta tolerar lo que el paciente, por medio de la identificación proyectiva, induce en él en tanto el paciente representa la experiencia de su representación objetal. En general es menos difícil tolerar la interacción cuando el terapeuta representa la representación objetal del paciente directamente. En cuanto a que el paciente, por lo general se ve a sí mismo como la víctima de un objeto sádico, frustrante, abrumador, y no accesible, la identificación con la autoimagen del paciente en estos momentos puede amenazar la capacidad del terapeuta de contener esa reacción dentro de él mismo y usarla para interpretaciones. De nuevo, la comprensión teórica de la naturaleza de activaciones recíprocas de relaciones objetales parciales, de representaciones primitivas objetales y del sí-mismo en forma alternativa, debiera ayudar al terapeuta a organizar su experiencia en tales momentos. La capacidad del terapeuta para tolerar su experiencia emocional sin tener que transformarla en acción, para derivar su interpretación de la situación más que actuar sobre ella directamente, es un factor principal para ayudar al paciente a transformar la acción en una experiencia subjetiva.

En conclusión, creo que se ha subestimado la normalidad de muchos adolescentes y la gravedad de la psicopatología de muchos de ellos que vienen para nuestra atención. La psicopatología de estos adolescentes necesita enfocarse con una perspectiva estratégica a largo plazo en vez de medidas de apoyo, simples y a corto plazo.