

Acerca de los Pacientes Gravemente Perturbados

María Cristina Fraise (APdeBA)

Eduardo Naftali (APA)

La intención de nuestro trabajo es comentar con ustedes algunas referencias teóricas y clínicas (psicoterapéuticas y psiquiátricas) acerca de los pacientes gravemente perturbados o fronterizos.

Un concepto fundamental respecto a este tipo de pacientes es la importancia dada a su dificultad para simbolizar. Reflexionando sobre este concepto pensé que si bien es usado por todos nosotros dudo que signifique para cada uno lo mismo. Estos pacientes tienen un funcionamiento simbólico, de hecho todos hablan, pero pienso que existen algunas fallas importantes en dicho funcionamiento. Éstas estarían signadas por la falta de creatividad al usar los símbolos; estos pacientes pueden aprender las reglas del idioma como asimismo a jugar a juegos de lineamientos estipulados, pero no logran crear un juego, o expresar sus sentimientos con la riqueza que surge tanto del sentimiento de identidad como de la ilusión. Tampoco pueden mostrar sus sufrimientos si no es por medio de acciones estereotipadas o palabras vacías de emoción. Su fantasía es pobre y el lugar de lo lúdico también.

Para estas personas es importante en la cura mantener el objeto destruido/encontrado (Rousillon), que es proyectado en el analista para lo cual éste debe sobrevivir a los ataques destructivos del paciente. Esta destructividad no es primaria sino fruto de experiencias reales de frustración primero debido al desacople materno respecto de sus necesidades y luego a las frustraciones provenientes de la realidad al no haber podido de niños tener un crecimiento mental adecuado debido a

que se encontraron atrapados en situaciones que conllevaban afirmaciones contradictorias, es decir mutuamente excluyentes. A esto Rousillon lo llama situación paradójica y describe en ella otra característica: que el niño no puede señalar la contradicción; afirma que las mismas impregnan todos sus vínculos. Cuando estas situaciones aparecen en la transferencia surge lo que Anzieu llama transferencia paradójica. Pero también vemos que lo paradójico está presente en los procesos evolutivos, expresado por distintas escuelas en forma diferente, (paradoja del objeto transicional, capacidad de estar solo junto a otro, destructividad mitigada por el amor, etc.). Winnicott en su artículo "Utilización del objeto" dice que el descubrimiento del objeto externo real nace de la destructividad del niño reactiva al encuentro frustrante con la realidad. La paradoja consiste en que el objeto real es encontrado si es destruido pero sobrevive a esa destructividad: ni castiga por el ataque ni desaparece. De esta forma, la destructividad puede integrarse al mundo interno y no escindirse y externalizarse, identificación proyectiva mediante. También así pueden comenzar a gestarse en el aparato psíquico los procesos de duelo. Esta destructividad, como mencioné más arriba, no es primaria sino es la consecuencia de repetidos fracasos sufridos por el niño respecto de la supervivencia del objeto. Estos fracasos llevan a que en estos pacientes la fantasía de autoengendramiento y la destructividad se fusionen, creando un cuadro de confusión interna. Dentro del sujeto se halla una vivencia de "yo malo", que lo persigue internamente y que al externalizarse da lugar a la creación de una "neo realidad" ante la cual estos pacientes pueden someterse o rebelarse.

Ligando estas consideraciones con las de Laplanche acerca de la seducción generalizada, podríamos pensar que si todo va bien, es decir si existe una distancia óptima entre lo creado y lo encontrado, esto es para el niño la prueba de la existencia de un pecho (significante enigmático) que remite a la sexualidad materna, trabajo

psíquico mediante. El enigma que porta el pecho es un estímulo para la futura actividad psíquica. En cambio si la destructividad es excesiva por la frustración, en lugar de de lo anterior surge “el caos”.

También Green incursiona en este campo de los pacientes fronterizos. Siguiendo a Freud piensa que la meta de la pulsión requiere al comienzo de una persona que satisfaga adecuadamente las necesidades del niño; luego paulatinamente se produce la separación entre él y el pecho. Si la etapa anterior no ha transcurrido favorablemente, el niño intenta separar drásticamente lo bueno “bienestar”, de lo malo “frustración”, por medio de una fuerte escisión. Esta escisión tan radical no puede proteger al aparato psíquico, sino que expulsa al mismo tiempo los elementos que podrían ser usados en el trabajo de representación, de modo que no solo es expulsada la destructividad, sino también importantes partes del yo. Para el autor el término que completa el de escisión es el de confusión, que puede producirse por falta de fusión por parte de la madre o por exceso de fusión de la misma. Esta haría que algo se volviera impensable, o que los aspectos escindidos, a modo de retorno de lo reprimido, volvieran al sujeto con una cualidad intrusiva y persecutoria mediante el uso de la identificación proyectiva. No es posible la aparición de una “envoltura” para el yo que lo proteja, los aspectos yoicos escindidos no se comunican entre si, debido a lo cual estos pacientes brindan a los demás una sensación de frialdad. Otro aspecto del paciente fronterizo es la depresión, no una depresión común sino una desinvestidura radical que produce “estados anímicos en blanco”, dificultad para pensar o concentrarse. Las defensas son prematuras, resultado de una pobre representación del objeto, no hay posibilidad de elaboración de duelos o de sentimientos de culpa. Los sueños no son simbólicos sino evacuativos.

especto del Edipo las figuras de los padres son también escindidas entre bueno

y malo, persecutorio e idealizado. Al objeto bueno se lo percibe como débil e incapaz de proporcionar una defensa frente a la maldad omnipotente del otro progenitor. El miedo a ser abandonado por el objeto malo se lo percibe como estar “en un desierto”, y al ser el objeto bueno poco confiable, le propone un dilema insoluble. Existe una incapacidad para la soledad.

A este tipo de pacientes les resulta imposible arribar a la posición depresiva, reconocer en el analista a una madre nutricia, admitir la separación entre él y el objeto y lograr la integración causada por el splitting.

Estos son los pacientes mas frecuentes en la actualidad, parece que su prototipo mítico no es Edipo sino Hamlet

La tarea del analista es difícil, ya que por mucho tiempo debe mantener su actitud analítica, basada en su capacidad de comprensión y en su propio análisis, que lo ayudará en el análisis de su propia contratransferencia. Actitud difícil de sostener por la presión que ejercen estos pacientes y el peso para el analista de su “formación” (interpretación de la transferencia, conflictos edípicos). Debido a esto a veces el trabajo con estos casos puede llevar al analista a dudar de su propia capacidad analítica. La tarea con estos pacientes parece ser la de construir un encuadre analítico para cada uno de ellos, maleable pero a la vez firmemente mantenido a pesar de los ataques del paciente al mismo. De esta forma el analista debe contener las ansiedades que aparecen, todo el tiempo que sea necesario, y tener esperanza en el crecimiento mental de su paciente. Asimismo pueden aparecer los aspectos fronterizos del analista que debe poder tolerar y analizar, a la vez que no permitir que obstruyan la aparición en la transferencia de la experiencia con el objeto destruido ante la cual el analista debe sobrevivir. El narcisismo jaqueado de estos pacientes, parece esperar en la cura un nuevo reconocimiento. Por lo tanto el analista debe prestar su capacidad de pensar

y de sentir, evitando interpretaciones que pongan en evidencia la omnipotencia o voracidad del paciente. De esta forma es posible remodelar quizás afectos no reconocidos o fantasías excluidas por la escisión. También pienso que es necesaria la existencia de un vínculo en la pareja analítica que provoque un ensamble con las necesidades del paciente. Con esto quiero decir que la función del analista es posibilitar la integración del paciente, recreando un espacio para las experiencias transicionales.

Citaré un caso clínico que trabajamos con el Dr. Naftali

Sofía tenía 42 años en el momento de la consulta. Había estado previamente alrededor de diez años en tratamiento a causa de depresión leve y había sido tratada también con antidepresivos además de la psicoterapia. Se había casado a los 20 años y tenía tres hijos: dos mujeres, buenas estudiantes y un varón que realizaba deportes de competición. Ella era profesora de educación física. Trabajaba mucho, sus hijos eran chicos, y se sentía poco ayudada.

Cuando realizó la consulta conmigo tenía una crisis depresiva importante. Había caído en una profunda depresión desencadenada por haber sido su marido despedido del cargo de director del área de deportes de un prestigioso club de Buenos Aires. Como consecuencia de esto, ella había perdido su trabajo como entrenadora física. Sofía se sentía muy deprimida y con una ansiedad y desasosiego enormes y transmitía una necesidad imperiosa de ser atendida.

Las sesiones comenzaron con una frecuencia de 4 veces por semana y fue derivada inmediatamente al Dr. Naftali.

La paciente venía medicada con Fluoxetina 10mg y Buspirona por su psiquiatra anterior, con quien tenía una relación de desilusión marcada. Se manifestaba con dificultad para dormir, depresión intensa, miedo a morir, inseguridad de valerse por si

misma, temor a desbordarse de ansiedad, a hacerse daño o hacerle daño algún integrante de su entorno. Lo primero que le administré fue fluoxetina en 20 mg, clonazepan 3-4 mg al día. Desde el comienzo la paciente se presentaba muy temerosa a cualquier cambio de medicación. Desconfiaba de la forma en que se intentaba ayudarla con los medicamentos; dudaba sobre la posibilidad de que fueran efectivos.

Desde el comienzo Sofía mostraba un profundo abatimiento, una importante acatisia, lloraba como una nena, quejándose prácticamente de todo, es decir del tratamiento anterior, de su madre, sus hermanas, dos mujeres, de su marido y se quejaba también con mucha bronca del lugar en donde trabajaba anteriormente. Sentía que en el tratamiento anterior la habían robado, y cuando no le alcanzó más la plata para pagar “me echaron como a un perro, sin darme siquiera una esperanza”. Mi actitud para con ella era fundamentalmente de continencia, con pocas intervenciones, algunas en forma de preguntas y otras que trataban de describir su estado en ese momento y de dejar desplegar lo que ella pensaba eran las causas de su estado. Esta actitud me resulta un comienzo adecuado para los pacientes gravemente perturbados, a diferencia del tratamiento de los pacientes neuróticos, en el que pienso como fundamental la interpretación del despliegue del complejo de Edipo en la transferencia. Por esto entiendo básicamente la evolución de la sexualidad infantil, el desarrollo del pensamiento, la tolerancia a la frustración, la capacidad del aparato psíquico de dejar de regirse por el principio del placer y funcionar con el principio de realidad. Otra diferencia que considero importante entre el tratamiento de estos pacientes gravemente perturbados y los pacientes neuróticos, es la forma en que opera en mi persona la actitud analítica. En los primeros se trata de movilizar en mi mundo interno una actitud de continencia y capacidad de espera, es decir paciencia aún frente a las agresiones de los mismos o el tedio que pueden provocar, en los segundos dicha actitud se vuelca

más hacia la interpretación de los significados inconscientes, ya que su capacidad simbólica, su producción onírica se presta para ello. Desde ya que en ambos casos está presente el análisis de la contratransferencia.

En algunas sesiones Sofía se sentaba siempre moviéndose y llorando y en otras se acostaba y me pedía una manta (le daba siempre la misma). En esos momentos lloraba entrecortadamente, quejándose largamente acerca de lo que le pasaba, diciendo casi a los gritos “por qué me tuvo que pasar esto a mí”, sin formularse ningún cuestionamiento acerca de sí misma. Obviamente las interpretaciones transferenciales formuladas no existían, pero constantemente yo percibía un tipo de transferencia muy infantil, con una gran demanda y al mismo tiempo la necesidad de mantener firmemente el encuadre. Después del período arriba mencionado y de una leve mejoría, empezó con un proceso persecutorio, en el cual decía que la causa de su estado, era para que su marido le prestase atención, cosa que él no hacía. La ansiedad volvió con mucha fuerza, una noche tuve que ir a su casa porque estaba con una gran crisis, amenazaba con suicidarse, amagaba tirarse por la ventana, se pasaba un encendedor alrededor de su cuerpo diciendo que iba a incendiarse. Me quedé hasta que llegó el psiquiatra de emergencia, que le dio una cantidad importante de Nozinan, lo cual sólo la tranquilizó un poco. Me pedía constantemente que no me fuera. La acompañamos a Sofía y a su marido hasta que ella se durmió. Después de este episodio, tuvo dos internaciones, durante las cuales Naftali y yo la visitamos todos los días. En las entrevistas conmigo Sofía lloraba mucho y me pedía que la sacáramos de allí. Mis intervenciones se limitaron a estar con ella, escucharla y calmarla como podía. Un dato que me resultó llamativo fue la importancia de la mirada: mientras dialogábamos, la miraba a los ojos, si bien al principio vi que ella podía sostener mi mirada solo un poco, lentamente pudo hacerlo cada vez más. Me pareció que “el hueco” mencionado por

Winnicott, se estaba llenando con un objeto diferente de ella.

La familia fue a verla cuando les dieron permiso, Realizamos algunas sesiones familiares, con el objeto de explicarles lo que le ocurría a Sofía. Ellos estaban enojados con la paciente, no comprendían lo que ocurría y lo que ella les pedía. La conducta de Sofía alteraba "la supuesta perfección familiar".

Durante las internaciones debimos utilizar Lorazepan 3mg día, Levomepromazina 200 mg día, Fluoxetina 40mg/día. La paciente se manifestaba inquieta, reticente, lloraba con facilidad, por momentos con temor a no salir más de la clínica. Se utilizó Olanzapina 10-15mg mientras se disminuía la Levomepromazina. Al mismo tiempo que sentía la internación como una imposición y un fracaso mas y quería dejar la clínica, temía enfrentar nuevamente el ámbito fuera de la clínica, y debimos reasegurarla en diversas formas para que ella se sintiera en confianza para la externación. Su temor principal continuaba siendo hacerse daño o hacerle daño a algunos de los miembros de su familia.

Luego de ser externada concurría a las sesiones con un acompañante terapéutico. Pasado un tiempo, pudo venir sola, entender paulatinamente las interpretaciones transferenciales. Dichas interpretaciones se referían sobre todo a los ataques al encuadre, finalización de las sesiones, etc. Le decía que el pedido era que yo fuese una madre inagotable, siempre disponible. Por esa época apareció el primer sueño, dato para mí importante pues daba cuenta de su mejoría y del trabajo de su inconciente. Soñó que estaba caminando a tientas, en un lugar desconocido, cuando de pronto se caen del techo un montón de ladrillos, que le golpean la cabeza hasta el punto que comienza a sangrar. Decía que la construcción del lugar era muy precaria y que no recordaba muy bien, pero le parecía que alguien desconocido venía a ayudarla. Sus asociaciones fueron muy escuetas. Habló de la gran angustia que sintió, que algo

de ese lugar le recordaba a su pueblo, y que la angustia que sintió era similar a la que había experimentado durante sus internaciones. Le interpreté que estaba comenzando a entender lo que le pasaba, a sentir algo desconocido, pero que la ayudaba, como estaba ocurriendo en las sesiones, con el trabajo que hacíamos juntas. Bueno, vamos a dejar a Sofía en este punto, lentamente fue mejorando, con recaídas cada vez menos graves, no volvió a ser una sobreadaptada, como lo era antes de la crisis, recuperó cierta estabilidad emocional, y de a poco fue construyendo un espacio mental donde se sentía un poco más persona. El tratamiento terminó por deseo de ella, yo pensaba que no estaba lista para el alta, quizás por una reacción narcisista mía, que consistía en pensar que si habíamos logrado tanto juntas, podíamos hacer más. Tuvimos una entrevista de follow up, en la cual la vi muy bien, expresó un agradecimiento conmovedor, y quedamos en vernos en un año, si todo seguía bien. Le recordé que podía contar en cualquier momento con Naftali y conmigo.

Tratamiento de los pacientes con diagnostico de Trastorno Limite de la Personalidad, el punto de vista de la psiquiatría dinámica.

Criterios Diagnósticos del DSM IV del Trastorno Límite de la Personalidad (American Psychiatric Association)

Un patrón general de inestabilidad en las relaciones interpersonales, la autoimagen y la afectividad, y una notable impulsividad, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en los diversos contextos, como lo indican cinco o mas de los siguientes ítems:

1. Esfuerzos frenéticos por evitar un *abandono real o imaginado*. (no incluir los

comportamientos suicidas o de automutilación que se incluyen en el criterio 5)

2. Un patrón de *relaciones interpersonales inestables e intensas* caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y devaluación

3. *Alteración de la identidad*: autoimagen o sentido de si mismo acusada y persistentemente inestable

4. *Impulsividad* en al menos dos áreas que son dañinas para si mismo (por ej. Gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción riesgosa, atracones de comida)

5. *Comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes*, o comportamientos de automutilación

6. *Inestabilidad afectiva* debida a una notable reactividad del estado de ánimo (por ej. Episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad que suelen durar unas horas y rara vez días)

7. Sentimientos crónicos de *vacío*

8. *Ira* inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (por ej. Muestras frecuentes de mal genio, enojos constantes, peleas físicas recurrentes)

9. *Ideación paranoide* transitoria relacionada con estrés o síntomas disociativos graves

Principios Generales del TLP

Los estudios en la actualidad han demostrado la eficacia de las psicoterapias individuales prolongadas, así como también tratamientos farmacológicos, hospitalización parcial, terapia grupal, terapia familiar, rehabilitación y reinserción laboral.

La inestabilidad de los sentimientos, de las conductas y de los vínculos objetales es característica de la psicopatología de TLP. Por lo tanto regularidad, coherencia y fiabilidad tienen que estar presentes en el abordaje terapéutico de estos

pacientes.

Las pautas del tratamiento y las intervenciones deberían ser explicitadas y claras. La ambigüedad y la incertidumbre son características que estos pacientes tienen dificultad en asimilar.

Un objetivo importante es favorecer el establecimiento de vínculos objetales estables y confiables.

La autodestructividad y la tendencia suicida requieren de atención sin reaccionar ni en exceso ni demasiado poco a las mismas.

“Se necesita un equipo”. Es necesario tener una amplia gama de recursos terapéuticos que estén disponibles. Esto favorece el trabajo con las reacciones transferenciales, manteniendo comunicación entre los integrantes del mismo, compartiendo responsabilidades y manteniendo los distintos espacios como un abordaje múltiple e integrado.

Debemos tener en cuenta y enfrentar el tratamiento del abuso de sustancias como un elemento de comorbilidad muy frecuente. Así como otras comorbilidades como la depresión mayor, los trastornos de ansiedad y los trastornos en el control de los impulsos. Muchas veces son definitorios en la evolución de estos tratamientos.

Ahora presentaré tres esquemas terapéuticos que se refieren a las tres áreas a tener en cuenta en el abordaje desde el punto de vista psiquiátrico y farmacológico de los pacientes con TLP.

1. La dimensión impulsión agresión: el paciente presenta impulsividad o agresividad, automutilación o conductas de autodaño (por ejemplo: promiscuidad sexual, abuso de sustancias, compras compulsivas). El tratamiento inicial es con un IRSS (Fluoxetina 20-80 mg. o Sertralina 100-200 mg.). Si no es eficaz se agrega dosis

bajas de antipsicóticos. Se puede adicionar Litio, Carbamazepina o Valproato.

2. *La dimensión desregulación afectiva:* el paciente presenta labilidad del humor, sensibilidad al rechazo, enojo inapropiado e intenso, arranques de mal humor, síntomas depresivos. El tratamiento inicial es con un IRSS, pudiendo agregarse clonazepam (ansiedad) o dosis bajas de antipsicótico (ira). Si no es eficaz se utiliza un IMAO, pudiendo adicionarse litio o valproato.

3. *La dimensión cognitivo-perceptual:* el paciente presenta suspicacia, pensamiento referencial, ideación paranoide, delirio, desrealización, o alucinaciones. El tratamiento inicial es con dosis bajas de neurolépticos (Trifluoperazina 2-6 mg, Haloperidol 1-4 mg., Olanzapina 2-5 mg., Risperidona 1-4 mg. Si no es eficaz se incrementa las dosis entre dos y tres veces. Si persisten síntomas afectivos se puede agregar un IRSS. Si todo esto no es eficaz cambiar a Clozapina.

Acerca de los pacientes gravemente perturbados

María Cristina Fraigne (APdeBA)

Eduardo Naftali (APA)

Resumen

En este trabajo los autores realizan una serie de consideraciones teóricas acerca de este tipo de pacientes, entre las que se destaca la importancia de las situaciones paradójales en su desarrollo, sobre todo la relación con el objeto destruido/encontrado. Abordan también las dificultades específicas con las que se encuentra el analista en su tratamiento. Se comenta seguidamente un caso clínico, explicitando el abordaje del equipo tratante, psicoanalista y psiquiatra. Por último, se ofrece una breve descripción de estos pacientes desde el punto de vista psiquiátrico. Privilegiamos el trabajo en equipo como modelo de abordaje óptimo para este tipo de pacientes.

Bibliografía

Cohen, C. (2009). Pautas para el tratamiento psicofarmacológico del trastorno límite de la personalidad. *Psicofarmacología*, 55.

DSM IV. Criterios diagnósticos. (1995). Buenos Aires: Masson.

Fraigne de Gallo, M.C., Gallo, A. & Mantykow de Sola, B. (2004). Encuadre, actitud analítica y contratransferencia. *Psicoanálisis*, XXVI, 5, 85-99.

Gabbard, G. (2008). *Tratamiento de los trastornos psiquiátricos*. Buenos Aires: Ars Médica.

Green, A. (1972/1990). *De Locuras Privadas*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Klein, M. (1946/1992) Notes on Some Schizoid Mechanisms [Notas sobre algunos Mecanismos Esquizoides]. *Envy and Gratitude and other Works [Envidia y Gritud y otros Trabajos]*. Londres: Karnac Books.

Laplanche, J. (1987/1989). *.Nuevos Fundamentos para el Psicoanálisis. La Seducción Originaria*. Buenos Aires: Amorrortu Editores.

Roussillon R. (1991/1995) *Paradojas y Situaciones Fronterizas del Psicoanálisis*. Buenos Aires : Amorrortu Editores.

Rosenfeld, H. (1978) *Estados Psicóticos*. Buenos Aires: Ed. Horme.

Winnicott, D. (1958/1981). *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis*. Barcelona: Ed. Laia.

Winnicott, D. (1971/1986) *Realidad y Juego*. Buenos Aires: Gedisa Editorial.

Descriptores: Borderline – Contratransferencia – Interdisciplina - Paradoja