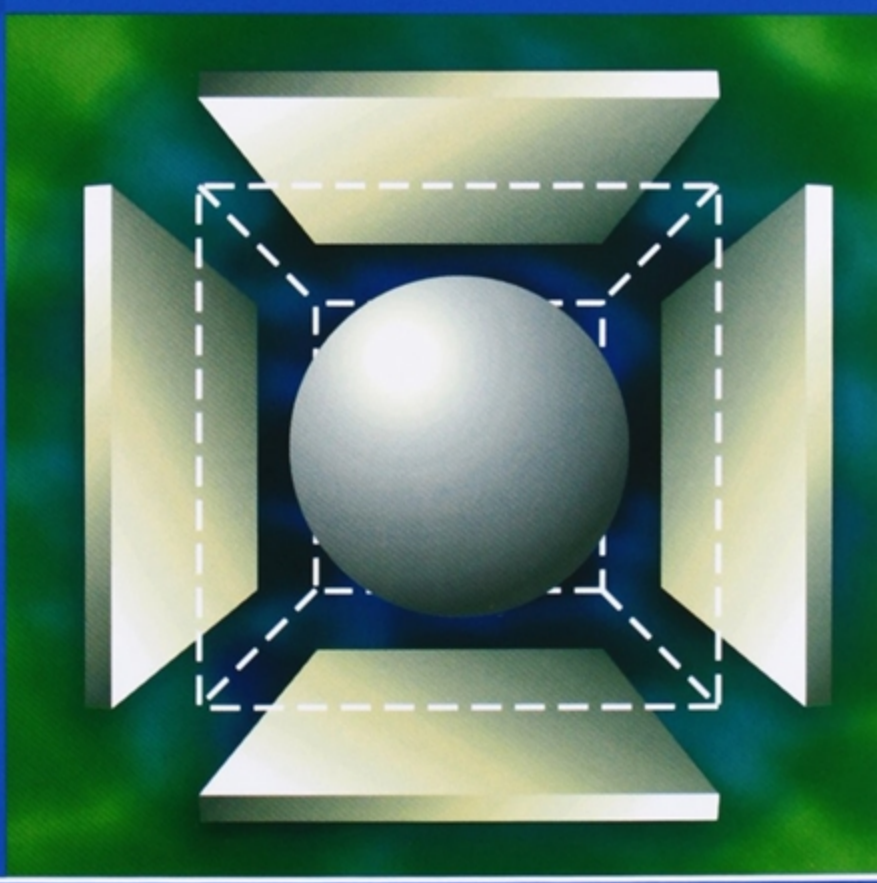
Gabbard

Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica

3ª EDICIÓN



EDITORIAL MEDICA panamericana

Índice

Agradecimiento de fuentes xi

Prefacio de la tercera edición xiii

SECCIÓN I

Principios básicos y abordajes terapéuticos de la psiquiatría dinámica

1 Principios básicos de la psiquiatría dinámica 3

2 Las bases teóricas de la psiquiatría dinámica 29

3 Evaluación psicodinámica del paciente 71

4 Tratamientos en psiquiatría dinámica: psicoterapia individual 95

5 Tratamientos en psiquiatría dinámica: terapia de grupo, terapia familiar/de pareja y farmacoterapia 129

6 Tratamientos en psiquiatría dinámica: hospital informado dinámicamente y tratamiento en hospital de día 157

SECCIÓN II

Abordajes dinámicos de los trastornos del Eje I

7 Esquizofrenia 183

8 Trastornos afectivos 217

9 Trastornos de ansiedad 249

10 Trastornos disociativos 289

11 Parafilias y disfunciones sexuales 323

12 Trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria 355

13 Demencia y otros trastornos cognitivos 393

SECCIÓN III

Abordajes dinámicos de los trastornos del Eje II

14 Trastornos de la personalidad del grupo A: paranoide, esquizoide y esquizotípico 417

15 Trastornos de la personalidad del grupo B: borderline (límite) 447

16 Trastornos de la personalidad del grupo B: narcisista 505

17 Trastornos de la personalidad del grupo B: antisocial 535

18 Trastornos de la personalidad del grupo B: histérico e histriónico 563

19 Trastornos de la personalidad del grupo C: obsesivo-compulsivo, por evitación y por dependencia 595

Índice analítico 627

Agradecimiento de fuentes

El autor agradece el permiso para reproducir partes del siguiente material.

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Ed. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994. Partes reproducidas con permiso.

Gabbard GO: The exit line: heightened transference-countertransference manifestations at the end of the hour. J Am Psychoanal Assoc 30:579-598, 1982. Partes reproducidas con permiso.

Gabbard GO: The role of compulsiveness in the normal physician. JAMA 254:2926-2929, 1985. Copyright 1985, American Medical Association. Partes reproducidas con permiso.

Gabbard GO: The treatment of the "special" patient in a psychoanalytic hospital. International Review of Psychoanalysis 13:333-347, 1986. Partes reproducidas con permiso.

Gabbard GO: A contemporary perspective on psychoanalytically informed hospital treatment. Hospital and Community Psychiatry 39:1291-1295, 1988. Partes reproducidas con permiso.

Gabbard GO: Patients who hate. Psychiatry 52:96-106, 1989. Partes reproducidas con permiso.

Gabbard GO: Splitting in hospital treatment. Am J Psychiatry 146:444-451, 1989. Copyright 1989, American Psychiatric Association. Partes reproducidas con permiso.

Gabbard GO: Two subtypes of narcissistic personality disorder. Bull Menninger Clin 53:527-532, 1989. Partes reproducidas con permiso.

Gabbard GO: Psychodynamic psychiatry in the "decade of the brain." Am J Psychiatry 149:991-998, 1992. Copyright 1992, American Psychiatric Association. Partes reproducidas con permiso.

Gabbard GO, Coyne L. Predictors of response of antisocial patients to hospital treatment. Hospital and Community Psychiatry 38:1181-1185, 1987. Partes reproducidas con permiso.

Gabbard GO, Menninger RW. The psychology of the physician, in Medical Marriages. Edited by Gabbard GO, Menninger RW. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1988, pp 23-38. Partes reproducidas con permiso.

Gabbard GO, Nemiah JC. Multiple determinants of anxiety in a patient with borderline personality disorder. Bull Menninger Clin 49:161-172, 1985. Partes reproducidas con permiso.

Gabbard GO, Horwitz L, Frieswyk S. et al: The effect of therapist interventions on the therapeutic alliance with borderline patients. J Am Psychoanal Assoc 36:697-727, 1988. Partes reproducidas con permiso.

Prefacio de la tercera edición

Cuando en 1994 se publicó la segunda edición de este libro llevaba como subtítulo "La edición del DSM-IV". En ese momento pensábamo que la nueva edición estaría terminada para el tiempo en el que el DSM-V fuera publicado. Sin embargo, la edición de DSM-IV de aquel texto se desactualizó antes de lo esperado. Por lo tanto, esta tercera edición fue escrita no como una respuesta a un cambio de nomenclatura sino más bien para reflejar las modificaciones producidas en la ciencia y en el arte de la psiquiatría psicodinámica.

Las investigaciones en el campo de la neurociencia condujeron a avances impresionantes en nuestra comprensión de la interacción genético-ambiental y del funcionamiento cerebral. Como resultado, la psiquiatría psicodinámica se ha convertido en forma progresiva en una real psiquiatría integrativa que sintetiza lo biológico y lo psicosocial. Así, esta edición tiene una mayor integración de la neurociencia y la psicodinámica a través de cada capítulo. Además, el capítulo 1 contiene ahora una amplia sección de la interfaz mente-cerebro.

Se han producido también cambios sustanciales en el uso de la teoría dentro del psicoanálisis que han sido incorporados en este texto. Aunque la primera y la segunda edición destacan el pluralismo teórico, el campo se ha movido más allá en la dirección de abrazar múltiples modelos de la mente. Las tendencias posmodernas –incluidos el constructivismo, la teoría relacional y la intersubjetividad– han influido en gran medida en los últimos cinco a diez años. Más aún, la teoría del apego, que permaneció siempre en segundo plano del discurso analítico, cobró protagonismo como resultado del amplio consenso alcanzado en la idea de que el desarrollo puede comprenderse mejor como el suplemento entre los instintos de sexualidad y agresión y la necesidad de proximidad y apego. El capítulo 2 acentúa estas nuevas tendencias teóricas y sus implicaciones en la práctica clínica se abordan en varios de los siguientes capítulos.

Otra tendencia tanto en psiquiatría como en psicoanálisis es el énfasis en la demostración empírica de la eficacia terapéutica. Así, muchos de los capítulos de esta edición contienen hallazgos relevantes de la investigación que apuntalan el abordaje psicodinámico.

La información novedosa de la literatura reciente ha sido agregada a cada uno de los capítulos. Estas revisiones fueron más extensas (y han llevado más tiempo) de lo que originalmente se había esperado; sin embargo este esfuerzo para ser comprensivo e integrativo nunca fue tan importante como ahora. En una era en la que los abordajes de la medicina gerenciada proponen un arreglo rápido y modelos reduccionistas de enfermedad mental, es esencial una estrategia psicodinámica integrativa para la enseñanza y el diagnóstico clínico y terapéutico. No debe perderse el principio básico del entendimiento y tratamiento de la persona con una enfermedad además de la propia enfermedad a causa de prioridades económicas establecidas por terceros e intermediarios que obtienen provecho. Aunque el ataque al pensamiento piscoanalítico y psicodinámico aún continúa en algunos cuarteles, nuestra necesidad de entender a las personas es más apremiante que nunca. La segunda edición de este libro ha vendido más ejemplares que la primera, situación atípica que refleja la aceptación amplia de este texto en el mundo. En los servicios de salud mental y en los lugares de entrenamiento de los profesionales de la salud mental, el pensamiento psicodinámico goza de buena salud.

Deseo expresar mi agradecimiento a los colegas que han leído partes del manuscrito y me han ayudado a mejorarlo. Ellos son los doctores Jon Allen, Joyce Davidson Gabbard, Philip Ringstrom, Drew Westen y Martin Willick. También quisiera agradecer a Carol Nadelson, Claire Reinburg, Pam Harley y Stacy Jobb del American Psychiatric Press por su apoyo firme y su aliento. Por último un agradecimiento especial para Faye Schoenfeld por su cuidado en la mecanografía, la edición y el control de las referencias bibliográficas.

Glen O. Gabbard

SECCIÓN

I

Principios básicos y abordajes terapéuticos de la psiquiatría dinámica

CAPÍTULO 1

Principios básicos de la psiquiatría dinámica

Sería mucho más fácil si pudiéramos prescindir del paciente a medida que exploramos el reino de la psicopatología; sería mucho más simple si pudiéramos limitarnos a examinar la química y la fisiología de su cerebro, y tratar los eventos mentales como objetos ajenos a nuestra experiencia inmediata, o como meras variables de fórmulas estadísticas impersonales. Pero si bien estos abordajes son muy importantes para entender el comportamiento humano, no pueden por sí solos explicar o descubrir todos los hechos relevantes. Para saber qué ocurre en la mente del otro, debemos conservar la imagen visual de sus asociaciones y sentimientos; debemos ser nosotros mismos el instrumento que interpreta la melodía personal del paciente.

John Nemiah

La psiquiatría psicodinámica (término que será utilizado en forma intercambiable con psiquiatría dinámica a lo largo de este libro) comienza ahora su segundo siglo. Para Ellenberger (1970), esta denominación se utilizó por primera vez en el período que va de 1880 a 1900. Leibniz usó originalmente el término *dinámico* para destacar el contraste con lo *estático*. Herbart aplicó esta distinción a los estados de conciencia. Fechner destinó el término para referirse a la energía mental y probablemente influyó en Freud en este sentido. Los fisiólogos franceses comenzaron a utilizar la palabra dinámico para diferenciar lo *funcional* de lo *orgánico*. Por último, el eminente neurólogo Hughlings Jackson tomó

prestado el término para referirse a lo fisiológico como opuesto a lo anatómico, a lo funcional como opuesto a lo orgánico y a lo regresivo como opuesto al *statu quo*. Lo cierto es que la noción de energía mental de Jackson despertó el interés de Freud.

La psiquiatría dinámica tiene su mayor deuda con Freud. Su enfoque está basado en la teoría y el conocimiento psicoanalíticos. (Aunque algunos podrían argumentar que la psiquiatría dinámica abarca una visión más amplia que la de la psiquiatría psicoanalítica, la tendencia actual es a usar de igual modo *psicodinámico* y *psicoanalítico*.) Lo usual era considerar la psiquiatría dinámica moderna como una rama de la psiquiatría que explica los fenómenos mentales producidos por los *conflictos*. El conflicto deriva de la lucha entre fuerzas inconscientes que pugnan por expresarse y el control constante de fuerzas que impiden su manifestación. Estas fuerzas interactuantes pueden ser conceptualizadas (con cierta superposición) como: 1) un deseo y una defensa contra el deseo, 2) diferentes instancias intrapsíquicas o "partes" con distintos propósitos y prioridades, o 3) un impulso que se opone a la conciencia internalizada de las demandas de la realidad externa.

En las últimas dos décadas, la psiquiatría psicodinámica fue más allá del modelo de conflicto de enfermedad. En la actualidad, los psiquiatras dinámicos deben también comprender lo que se refiere comúnmente como "el modelo de déficit" de enfermedad. Este modelo se aplica a los pacientes que, por cualquier causa del desarrollo, padecen de estructuras psíquicas debilitadas o ausentes. Esta situación les impide sentirse enteros y seguros de sí mismos y, como resultado, necesitan atención desmesurada por parte de las personas del ambiente para mantener la homeostasis psicológica. Dentro del campo de la psiquiatría psicodinámica está también el mundo interno de las relaciones inconscientes. Todos los pacientes llevan dentro de sí un conjunto de diferentes representaciones mentales de sí mismos y de los demás, de las cuales pueden derivar patrones característicos de dificultades interpersonales. Estas representaciones de sí y de otros subyacen en el inconsciente de los pacientes, donde forman el mundo interno de relaciones objetales.

La psiquiatría psicodinámica,en especial, es una *forma de pensar*, no sólo acerca de los propios pacientes sino también acerca de uno mismo en el campo interpersonal creado entre el paciente y el terapeuta. De hecho, para explicar su esencia, habría que acudir a la siguiente definición: *La psiquiatría psicodinámica es un abordaje del diagnóstico y el tratamiento caracterizados por una forma de pensar acerca del paciente y del terapeuta que incluye la noción de conflicto inconsciente, déficit y distorsiones de estructuras intrapsíquicas y relaciones de objeto interno, y que integra estos elementos con los hallazgos contemporáneos de la neurociencia.*

Aunque la psicoterapia dinámica es la primera herramienta del arsenal terapéutico de un psiquiatra dinámico, psicoterapia dinámica no es sinóni-

mo de psiquiatría dinámica. El psiquiatra dinámico utiliza una amplia gama de intervenciones terapéuticas que dependen de una evaluación dinámica de las necesidades del paciente. La psiquiatría dinámica simplemente provee un marco conceptual coherente dentro del cual se prescriben los tratamientos. Independientemente de si el tratamiento es la psicoterapia psicodinámica o la farmacoterapia, el *informe es dinámico*. Por cierto, es fundamental que el experto en psiquiatría dinámica sepa cuándo debe evitar la psicoterapia exploratoria y cuándo debe aplicar los tratamientos que no amenacen el equilibrio psíquico del paciente.

La psiquiatría ha evolucionado más allá de la época en la cual los terapeutas típicos pasaban sus días en la privacidad de sus consultorios, viendo a un paciente neurótico tras otro en psicoterapia de insight a largo plazo. El psiquiatra dinámico de hoy debe practicar en el contexto de los avances imponentes de la neurociencia, integrando la comprensión psicoanalítica con la comprensión biológica de la enfermedad. No obstante, el psiquiatra dinámico está siendo aún guiado por principios útiles largamente reconocidos que derivan de la teoría y técnica psicoanalíticas que proveen a la psiquiatría psicodinámica su carácter único.

El valor único de la experiencia subjetiva

La psiquiatría dinámica puede ser definida por contraste con la psiquiatría descriptiva. Los practicantes de este último enfoque categorizan a los pacientes a partir de características del comportamiento y fenomenológicas comunes. Desarrollan listas de chequeo que les permiten clasificar a los pacientes de acuerdo con grupos sintomáticos similares. La experiencia subjetiva del paciente es lo menos importante y sólo sirve para dar cuenta de los ítem de la lista. Los psiquiatras descriptivos con orientación conductual podrían argumentar que la experiencia subjetiva del paciente es periférica a la esencia del diagnóstico y tratamiento psiquiátricos, los que deberían estar basados en el comportamiento observable. La visión más extrema es que el comportamiento y la vida mental son sinónimos (Watson, 1924/1930). Más aún, el psiquiatra descriptivo está interesado sobre todo en saber cómo un paciente es *igual a* y no *diferente de* otros pacientes con las mismas características.

En contraste, los psiquiatras dinámicos abordarán a sus pacientes tratando de determinar qué es único acerca de cada uno, es decir, cómo un paciente *difiere* de otro paciente como resultado de su propia historia de vida. Los síntomas y comportamientos son vistos como la vía final común de experiencias subjetivas altamente personalizadas que filtran los determinantes

biológicos y ambientales de la enfermedad. Más aún, los psiquiatras dinámicos otorgan un valor supremo al mundo interno del paciente; fantasías, sueños, miedos, esperanzas, impulsos, deseos, autoimágenes, percepción de otros y reacciones psicológicas a síntomas.

Los psiquiatras descriptivos, al aproximarse a una caverna oculta situada en la ladera de una montaña, pueden describir en detalle las características de la roca maciza que obstruye la apertura de la caverna, y sin tomar en cuenta lo que hay adentro, más allá de la roca, por ser inaccesible y por lo tanto incognoscible. Por el contrario, los psiquiatras dinámicos sentirán curiosidad por saber qué hay de oculto en la oscuridad de la caverna y, al igual que los psiquiatras descriptivos notarían las marcas de la abertura, pero repararían en ellas de modo diferente. Querrían saber cómo el exterior de la caverna refleja los contenidos internos. Estarían curiosos por saber por qué es necesario proteger el interior con una roca tan grande en su apertura.

El inconsciente

Continuando con nuestra metáfora de la caverna, el psiquiatra dinámico descifrará una forma para quitar la gran roca, entrar en la oscura caverna e intentar iluminar el interior con una linterna. Los objetos en el piso o las marcas en la pared serían de especial interés al explorador porque arrojarían luz acerca de la historia de esta caverna particular. El gorgoteo constante que surge a través del piso puede sugerir una fuente subterránea que ejerce presión desde la profundidad. El psiquiatra dinámico estaría especialmente interesado en explorar las profundidades de la caverna. ¿Qué tan lejos de la ladera de la montaña se extiende? ¿Es la pared del fondo el límite verdadero que define el espacio interno, o es una "falsa pared" que da lugar a profundidades más remotas?

Como lo sugiere la metáfora de la caverna, el segundo principio que define a la psiquiatría psicodinámica es un modelo conceptual de la mente que incluye el inconsciente. Freud (1915/1963) reconoció dos tipos diferentes de contenido inconsciente: 1) el preconsciente (es decir, contenidos mentales que pueden ser fácilmente atraídos a la conciencia por el simple desvío de la atención) y 2) el inconsciente propiamente dicho (es decir, contenidos mentales que son censurados porque son inaceptables y entonces son reprimidos y no fácilmente atraídos a la conciencia).

El inconsciente, el preconsciente y los sistemas conscientes de la mente componen lo que Freud (1900/1953) denominó el *modelo topográfico*. Su convicción acerca del inconsciente provino de dos piezas mayores de evidencia clínica: los sueños y los actos fallidos. El análisis de los sueños reve-

ló que el deseo infantil inconsciente era en general la fuerza motivadora de los sueños. El trabajo del sueño encubre el deseo; entonces el análisis de los sueños era necesario para discernir la naturaleza real del deseo.

Los actos fallidos consisten en fenómenos como los deslices de la lengua (*lapsus linguae*), errores de la acción y el olvido o la sustitución de nombres o palabras. Por ejemplo, una dactilógrafa tipiaba en forma repetitiva "muerte" cuando intentaba escribir la palabra "madre". La noción del "acto fallido freudiano" está ahora enraizada ampliamente en nuestra cultura como la connotación que expresa una revelación involuntaria de los deseos y sentimientos inconscientes de una persona. Freud (1901/1960) utilizó estas acciones fallidas para ilustrar la irrupción involuntaria de deseos reprimidos y para demostrar el paralelismo entre los procesos mentales de cada día y aquellos que intervienen en la formación del síntoma neurótico.

El psiquiatra dinámico observa estos síntomas y comportamientos como reflejos de procesos inconscientes que defienden de deseos y sentimientos reprimidos, tal como lo hace la roca que protege de la exposición los contenidos de la caverna. Más aún, los sueños y los actos fallidos son como las pinturas en las paredes de esta caverna: comunicaciones, simbólicas o de otra clase, que aportan en el presente mensajes del pasado olvidado. El psiquiatra dinámico debe sentir que puede ingresar en ese reino de sombras para explorarlo sin tambalear.

Otra forma primaria en la que el inconsciente se manifiesta en la práctica clínica es a través del comportamiento no verbal del paciente hacia el terapeuta. Ciertos patrones característicos de relación con los otros, establecidos desde la infancia, fueron internalizados y son actuados automáticamente y de manera inconsciente como parte del carácter del paciente. De este modo, ciertos pacientes pueden aparecer siempre como muy respetuosos, mientras que otros se muestran muy rebeldes. Estas formas de relación están estrechamente emparentadas con la noción de memoria de procedimiento de Squire (1987), que ocurre fuera del reino de la memoria consciente, verbal, narrativa.

Los estudios de los sistemas de memoria han permitido expandir nuestro conocimiento del comportamiento en el encuadre clínico. Una distinción muy utilizada, que es importante en el pensamiento psicodinámico, es la diferenciación de la memoria en dos tipos: explícita (consciente) e implícita (inconsciente) (fig. 1-1).

La memoria explícita puede ser tanto *genérica*, la que involucra el conocimiento de los hechos o ideas, como *episódica*, la que implica la memoria de incidentes autobiográficos específicos. La memoria implícita concierne al comportamiento observable del cual el sujeto no es consciente. Un tipo de memoria implícita es la memoria *de procedimiento*, que abarca el conocimiento de las habilidades tales como tocar el piano y el conocimiento del "cómo ser" en la relación social con otros.

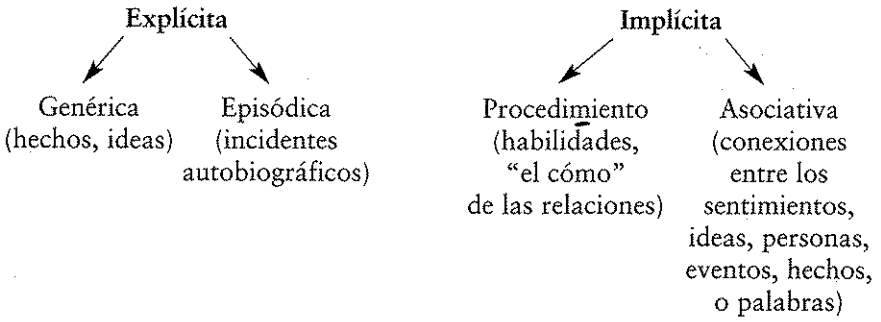


Fig. 1-1. Dos sistemas de memoria.

Los esquemas inconscientes referidos como relaciones de objeto interno son hasta cierto punto memorias de procesamiento que se repiten una y otra vez en una variedad de situaciones interpersonales. Otro tipo de memoria implícita es la *asociativa* que implica conexiones entre palabras, sentimientos, ideas, personas, eventos o hechos. Por ejemplo, uno puede escuchar una canción particular y sentirse inexplicablemente triste porque esa canción sonaba en la radio cuando llegó la noticia de la muerte de un miembro de la familia.

La integración entre la investigación actual de la memoria (que emergió del laboratorio) y el pensamiento psicoanalítico (que emergió de la observación clínica) corta la torta de la memoria de una manera diferente (Westen 1999a). De acuerdo con esta visión, la distinción entre implícita / explícita no es exactamente igual a la distinción entre declarativa / de procedimiento (fig. 1-2). La dicotomía entre la memoria declarativa y la memoria de procedimiento se centra en el tipo de conocimiento que cada una de ellas implica. La memoria declarativa implica hechos, mientras que la de procedimiento implica habilidades. La distinción entre memoria explícita versus memoria implícita radica en cómo el conocimiento es expresado y/o recuperado, con intervención de la conciencia o no.

Cuando un individuo recuerda un triunfo deportivo que ocurrió a los ocho años, el tipo de conocimiento es declarativo y el modo de recuperación de esa información es explícito (consciente). Cuando ese mismo individuo comienza a sentirse ansioso al entrar en la oficina de su jefe por experiencias previas ahora inconscientes, con su padre –aunque *no conecta conscientemente* la ansiedad con la experiencia previa–, ese tipo de conocimiento es declarativo, pero el modo de recuperación es implícito (sin el alerta consciente). El conocimiento de procedimiento puede también ser explícito o implícito. El uso de los mecanismos de defensa, que son procedimientos, ilustra esta distinción. Si el mismo individuo, cuando entra en la oficina de su jefe, se comporta de una manera deferente y excesivamente educada a través

de la utilización del mecanismo de defensa de la formación reactiva, el tipo de conocimiento es de procedimiento, mientras que el modo de expresión es implícito (sin intervención de la conciencia). En el ejemplo anterior, cuando la presencia de su jefe dispara los recuerdos de la interacción con su padre, la asociación evocó un sentimiento de ansiedad unido a un *episodio* del pasado. Cuando el mecanismo de defensa se impone automáticamente, fue evocado un procedimiento, una forma de acción. La memoria declarativa es el conocimiento "de"; la memoria de procedimiento es el conocimiento del "cómo". Los mecanismos de defensa pueden también ser conscientes, o explícitos, como cuando uno suprime los sentimientos displacenteros expulsándolos deliberadamente fuera de la conciencia.

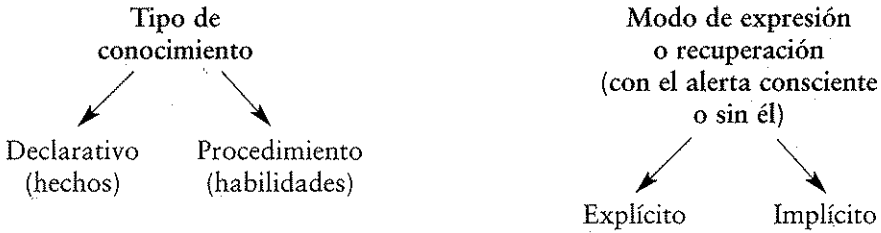


Fig. 1-2. Tipo de conocimiento versus modo de expresión.

La noción de que la mayor parte de la vida mental es inconsciente es con frecuencia discutida por críticos del psicoanálisis pero ha sido extensamente validada por la literatura a partir de la psicología experimental (Westen, 1999b). Los sujetos de investigación con lesiones bilaterales del hipocampo tienen grandes dificultades en aprender que dos hechos aislados están conectados, pero sus respuestas emocionales sugieren que han hecho una conexión inconsciente entre los dos eventos (Bechara y col.,1995). La presentación subliminal de estímulos que tienen significados emocionales o psicodinámicos para los sujetos en investigación ha demostrado tener influencia sobre una amplia gama de comportamientos, aun cuando los sujetos no han estado conscientes de estos estímulos (Weinberger y Hardaway, 1990). Los estudios de potenciales cerebrales relacionados con eventos demuestran que las palabras emotivas evocan ondas alfa en el electroencefalograma (EEG) distintas de las evocadas por las palabras neutrales, aún antes de ser reconocidas de manera consciente. En un estudio, un equipo de clínicos evaluó cuáles conflictos eran relevantes para identificar los síntomas del paciente. Las palabras que reflejaban esos conflictos fueron entonces seleccionadas y presentadas a estos pacientes tanto en forma subliminal

como supraliminal (Shervrin y col., 1996). Se documentaron diferentes patrones de respuesta para aquellas palabras conscientemente relacionadas con los síntomas del paciente y aquellas palabras que hipotéticamente estaban relacionadas en forma inconsciente.

Determinismo psíquico

Afirmar que los síntomas y los comportamientos son manifestaciones externas de procesos inconscientes es abordar el tercer principio de la psiquiatría dinámica: el determinismo psíquico. El abordaje psicodinámico afirma que estamos confundidos en la conciencia y controlados por el inconsciente. Vamos a lo largo de nuestras vidas como si tuviéramos libertad de elección, pero estamos realmente mucho más limitados de lo que pensamos. En realidad, somos personajes que vivimos según el libreto escrito por nuestro inconsciente. Nuestra elección de pareja, los intereses vocacionales e incluso nuestra búsqueda de pasatiempo no están seleccionados al azar; son modelados por las fuerzas inconscientes que interactúan dinámicamente.

Por ejemplo, una joven mujer descubrió durante la psicoterapia que la elección de su carrera de medicina había estado profundamente influida por hechos de su infancia y la reacción a éstos. Cuando tenía ocho años, su madre había sucumbido al cáncer. Como niña pequeña testigo de esta tragedia se sintió indefensa e impotente al mismo tiempo, y su decisión de ser médica estaba predeterminada en parte por un deseo inconsciente de obtener dominio y control sobre la enfermedad y la muerte. En un nivel inconsciente, convertirse en médica era un intento de dominar en forma activa un trauma vivido pasivamente. En un nivel consciente, la medicina representaba sólo un campo irresistible y fascinante.

Cuando la conducta humana se vuelve marcadamente sintomática, los límites de la libre elección se hacen más obvios. Un hombre que sólo puede lograr el orgasmo durante la masturbación al imaginar que un sádico musculoso lo humilla ha perdido la libertad de elegir sus fantasías sexuales. El psiquiatra dinámico aborda estos síntomas sabiendo que representan adaptaciones a las demandas de un libreto inconsciente contrahecho por una mezcla de impulsos, defensas, relaciones de objeto y alteraciones en el self. En conclusión, el comportamiento tiene un sentido.

Pero pocas veces el sentido es tan simple, claro y directo como en el ejemplo de la médica antes citado. Lo habitual es que un comportamiento o un síntoma sirva para varias funciones y solucione muchos problemas, una noción que Waelder (1930) definió como el principio de función múltiple. Él desarrolló este principio a partir de sus desacuerdos con el concepto más restringido de sobredeterminismo de Freud, que implicaba que va-

rios factores intrapsíquicos deben operar juntos para crear suficiente causa para un efecto específico (una conducta o un síntoma). Como lo señalara Sherwood (1969), "Freud sostuvo claramente que las causas del comportamiento eran *tanto* complejas (sobredeterminadas) *como* múltiples (en el sentido de ser conjuntos alternados de condiciones suficientes)" (p. 181). En otras palabras, ciertos comportamientos o síntomas en algunos momentos son causados por una constelación específica intrapsíquica de factores, pero en otras instancias son producidos por una multitud de otras fuerzas etiológicas. Es suficiente decir que la visión psicodinámica del comportamiento humano lo define como el resultado final de diversas fuerzas conflictivas que sirven a una variedad de funciones diferentes que corresponden a las demandas de la realidad y a las necesidades del inconsciente.

En cuanto al principio del determinismo psíquico, que es una noción fundamental, es preciso tener presente que puede haber excepciones. Una de ellas es que no todos los comportamientos o síntomas están determinados por los factores inconscientes. Cuando un paciente con enfermedad de Alzheimer se olvida el nombre de su esposa, no es un acto fallido. Cuando un paciente con crisis parciales complejas abrocha y desabrocha ritualísticamente su camisa durante el aura de su crisis, el síntoma puede ser atribuido a un foco irritativo del lóbulo temporal. La tarea del psiquiatra dinámico es evaluar cuáles de los síntomas y comportamientos pueden ser explicados por factores dinámicos o no.

Otra situación habitual es la de la experiencia con los pacientes que no hacen ningún esfuerzo para cambiar su comportamiento porque alegan ser víctimas pasivas de fuerzas inconscientes. Dentro del concepto de determinismo psíquico hay lugar para la elección. Aunque está mucho más restringido de lo que nos gustaría pensar, la intención consciente de cambiar puede ser un factor decisivo en la recuperación de los síntomas (S.A. Appelbaum, 1981). El psiquiatra dinámico debe estar alerta frente al paciente que justifica su enfermedad invocando el determinismo psíquico.

El pasado es el prólogo

El cuarto principio básico de la psiquiatría dinámica es que las experiencias de la infancia y la niñez son los determinantes cruciales de la personalidad adulta. Como dijera William Wordsworth, "El niño es el padre del hombre". El psiquiatra dinámico escucha atentamente cuando el paciente habla de sus recuerdos de la infancia, sabiendo que estas experiencias pueden desempeñar un papel crítico en los problemas presentes. Por cierto, la etiología y la patogénesis están frecuentemente relacionadas con los hechos que ocurrieron en la infancia, desde el punto de vista dinámico. En algunos ca-

sos, el trauma claramente ostensible, como el abuso físico o el incesto, lleva a alteraciones en la personalidad adulta. Con frecuencia, los patrones de interacción repetitivos y crónicos dentro de una familia son de gran significado etiológico.

El punto de vista dinámico también toma en consideración el hecho de que los infantes y niños perciben el ambiente a través de filtros altamente subjetivos que pueden distorsionar las cualidades reales de las figuras a su alrededor. Del mismo modo, algunos niños son constitucionalmente difíciles de criar sin importar cuán efectivos sean sus padres. La investigación ha revelado distintos temperamentos constitucionales en recién nacidos (Thomas and Chess, 1984). La etiología de algunas enfermedades psiquiátricas puede estar relacionada con la adaptación que se establece entre el temperamento del niño y el temperamento de la figura parental. Un niño hiperirritable puede funcionar razonablemente bien con una madre tranquila y de bajo perfil, pero comportarse muy mal con una madre muy ansiosa. Con este modelo de "buena adaptación" se evita culpar a los padres o a los hijos por los problemas psiquiátricos posteriores.

Con frecuencia se ha considerado que la tradición psicodinámica ha dado más importancia a la influencia de los factores ambientales en la producción de las enfermedades psiquiátricas sin atender a los factores constitucionales. Sin embargo, desde el comienzo del psicoanálisis, Freud siempre reconoció la convergencia de la naturaleza y la crianza:

> El psicoanálisis se ocupó bastante de los factores accidentales en la etiología y muy poco de los constitucionales; pero eso ocurrió porque pudo contribuir con algo nuevo a los primeros y porque, para empezar, de los últimos sabía lo mismo que de los primeros. Nos rehusamos a postular cualquier contraste en principio entre los dos conjuntos de factores etiológicos; por el contrario, creemos que los dos conjuntos actúan a la vez produciendo los resultados observados (1912/1958, p. 99).

El proceso de desarrollo es un continuo interjuego entre los rasgos heredados y los factores ambientales que moldean a esos rasgos. Por cierto, los estudios de gemelos (Bouchard y col., 1990) sugieren que, en parte, los gemelos idénticos son tan similares porque tienden a producir y buscar ambientes muy similares. Los infantes que nacen con temperamentos iguales son capaces de producir respuestas parentales similares. Erik Erikson (1963) observó: "Los bebés controlan y hacen crecer a sus familias tanto como son controlados por ellas; de hecho, podríamos decir que la familia cría a un bebé por ser ésta criada por él " (p. 69).

Las teorías del desarrollo han sido siempre el centro de la psiquiatría dinámica. Freud postuló que el niño pasa a través de tres estadios psicosexuales principales en su camino a la madurez: el oral, el anal y el genital; cada uno de ellos está particularmente asociado con una zona del cuerpo en la

que Freud creyó que estaba concentrada la libido o la energía sexual del niño. A raíz de un trauma del ambiente, de factores constitucionales, o de ambos, el niño puede quedar detenido en su desarrollo en el estadio oral o anal, lo que da como resultado una fijación que se mantiene hasta la vida adulta. Frente al estrés, el adulto puede regresar a esa fase del desarrollo más primitiva, y manifestar la organización mental de gratificación instintiva asociada con dicha fase. Si bien Freud reconstruyó el desarrollo infantil en forma retrospectiva basado en reportes de pacientes adultos en psicoanálisis, subsecuentes investigadores psicoanalíticos estudiaron el desarrollo prospectivo a través de la observación de infantes y niños. Estos estudios han llevado al desarrollo de teorías más elaboradas de personalidad normal y anormal y a un mayor énfasis en la naturaleza de la relación del niño con los otros como opuesta a las vicisitudes de las energías instintivas. Estas teorías se debatirán con mayores detalles en el capítulo 2.

Transferencia

La persistencia de patrones infantiles de organización mental en la vida adulta implica que el pasado se está repitiendo a sí mismo en el presente. Probablemente el ejemplo más convincente de ésto es el concepto psicodinámico central de transferencia, en la que el paciente experimenta al médico como una figura significativa de su pasado. Las cualidades de esta figura del pasado serán atribuidas al médico y los sentimientos asociados a esta figura serán experimentados de la misma manera con el médico. El paciente, inconscientemente, revive la relación pasada, en vez de recordarla, y al hacer esto introduce en el tratamiento un caudal de información acerca de sus relaciones pasadas.

Aunque el concepto de transferencia está por lo habitual asociado con el psicoanálisis o con la psicoterapia, la relación terapéutica es simplemente un ejemplo de un fenómeno más general. Como Brenner (1982) lo expusiera: "*Cada* relación de objeto es una nueva adición de la primera, afectos definitivos de la infancia... La transferencia es omnipresente, se desarrolla en cada situación psicoanalítica porque se desarrolla en cada situación en la que otra persona es importante en la vida de uno" (pp. 194-5). Contribuciones más recientes al entendimiento de la transferencia admiten que las características *reales* del terapeuta contribuyen siempre a la naturaleza de la transferencia (Hoffman, 1998; Renik, 1993). En otras palabras, si un terapeuta permanece callado y distante del paciente, la transferencia puede mostrar a ese terapeuta como frío, alejado y desconectado. Si bien la transferencia proviene en parte de experiencias infantiles tempranas, está influida por el comportamiento actual del terapeuta. De este modo, cada relación

en el contexto clínico es una mezcla de la relación real y el fenómeno de la transferencia.

Algunos psicoanalistas argumentan que hay dos dimensiones de la transferencia: 1) la dimensión repetitiva, en la que el paciente teme y espera que el analista se comporte como sus padres lo hicieron, y 2) la dimensión de objeto del self, en la que el paciente espera una experiencia cicatrizante o correctiva que faltó en la niñez (Storolow, 1995). Estos aspectos de la transferencia oscilan entre el ahora y el antes del paciente.

El psiquiatra dinámico reconoce la intensidad del fenómeno de la transferencia y entiende que los problemas de relación de los cuales se queja el paciente se van a manifestar frecuentemente en la relación del paciente con el terapeuta. Lo que es único acerca de la relación médico-paciente en la psiquiatría dinámica *no* es la presencia de la transferencia, sino el hecho de que ésta ofrece un material terapéutico que hay que entender. Por eso, cuando sus pacientes los desprecian, no los rechazan como lo harían otras personas. Intentan, en cambio, determinar qué relación anterior del paciente se está repitiendo en el presente y en qué pueden estar contribuyendo sus características actuales a la situación. Por eso se dice que los psiquiatras dinámicos se conocen más por lo que *no hacen* que por lo que hacen.

Contratransferencia

En principio de largo alcance abrazado por los que practicamos la psiquiatría dinámica es que básicamente somos más semejantes a nuestros pacientes que lo que diferimos de ellos. Los mecanismos psicológicos en los estados patológicos son meras extensiones de los principios involucrados en el funcionamiento normal. El médico y el paciente son seres humanos. De la misma manera que los pacientes tienen transferencia, los terapeutas tienen contratransferencia. Como cada relación actual es una nueva adición de relaciones pasadas, deviene lógicamente que la contratransferencia en el psiquiatra y la transferencia en el paciente son esencialmente procesos idénticos, cada uno experimenta en forma inconsciente al otro como a alguien del pasado. La diferencia consiste en cómo se manejan los sentimientos en el encuentro terapéutico (Brenner, 1982). Mientras que la transferencia es discutida y analizada como parte del proceso terapéutico, la contratransferencia es controlada por la vigilancia interna constante del psiquiatra.

El concepto de contratransferencia ha sufrido una considerable evolución desde su concepción (Hamilton, 1988; Kernberg, 1965). La definición limitada de Freud (1912/1958) se refería a la transferencia del analista al paciente o a la respuesta del analista frente a la transferencia del paciente. En esta conceptualización estaba implícita la emergencia de conflictos irre-

sueltos del inconsciente del analista. Winnicott (1949), sin embargo, notó una forma diferente de contratransferencia en su trabajo con los pacientes psicóticos y con los desórdenes severos de la personalidad. Denominó al sentimiento *odio objetivo,* ya que no era una reacción proveniente de conflictos inconscientes irresueltos en el terapeuta sino más bien una reacción natural al comportamiento violento o extraño del paciente. Es objetivo en el sentido de que virtualmente cualquiera reaccionaría de la misma manera frente al comportamiento provocativo del paciente.

Como Kernberg (1965) predijo, esta definición más amplia de la contratransferencia como una reacción emocional total, consciente y apropiada, del terapeuta hacia el paciente está ganando mayor aceptación, en particular porque ayuda a caracterizar el trabajo con los pacientes con severos trastornos de la personalidad, que constituyen un segmento común en incremento en la práctica del psiquiatra dinámico. Esta definición sirve para atenuar la connotación peyorativa de la contratransferencia —problemas irresueltos en el terapeuta que requieren más análisis— y reemplazarlo con la conceptualización que ve la contratransferencia como una herramienta mayor de diagnóstico y tratamiento que informa al terapeuta en gran medida acerca del mundo interno del paciente. En este libro intentaré clarificar qué sentido de la contratransferencia —sea el estrecho o el amplio— se está utilizando en cada instancia.

Como la definición de contratransferencia ha continuado evolucionando, en la actualidad se la considera por lo general como incluyendo tanto las características limitadas como las características totalizadoras, o amplias. La mayoría de las perspectivas teóricas consideran que la contratransferencia implica una reacción creada conjuntamente, en el terapeuta, por contribuciones de su pasado y por sentimientos *inducidos* por el comportamiento del paciente (Gabbard, 1995). En algunos casos, el énfasis puede estar más en las contribuciones del terapeuta que en las del paciente; en otros, puede darse lo opuesto. La contratransferencia es, a la vez, una fuente de información valiosa acerca del mundo interno del paciente y una interferencia con el tratamiento.

Resistencia

El último gran principio de la psiquiatría dinámica comprende el deseo del paciente de preservar el *statu quo*, es decir, oponerse a los esfuerzos del terapeuta por producir insight y cambio. En sus escritos tempranos acerca de la técnica, Freud (1912/1958) ya había notado estas fuerzas opositoras poderosas: "La resistencia acompaña al tratamiento en todo momento. Cada asociación, cada acto de la persona en tratamiento cuenta con la resistencia

y representa un compromiso entre las fuerzas que están luchando por la recuperación y las fuerzas opositoras" (p.103). Las resistencias al tratamiento son tan omnipresentes como lo es el fenómeno de la transferencia y puede tomar múltiples formas: llegar tarde a las citas, negarse a tomar la medicación, olvidarse los consejos o interpretaciones del psiquiatra, estar en silencio durante las sesiones, hablar de hechos irrelevantes durante las sesiones u olvidarse de pagar los honorarios del terapeuta, para nombrar sólo algunas. La resistencia puede ser consciente, preconsciente o inconsciente. Toda resistencia tiene en común el intento de evitar sentimientos displacenteros, sea enojo, culpa, odio, amor (si es dirigido a un objeto prohibido como el terapeuta), envidia, vergüenza, dolor, ansiedad, o alguna combinación de éstos.

La resistencia defiende la enfermedad del paciente. Los mecanismos de defensa característicos del paciente destinados a protegerlo de los afectos displacenteros vienen a la luz durante el tratamiento dinámico. De hecho, la resistencia puede ser definida como las defensas del paciente tal como se manifiestan a sí mismas en el tratamiento psicodinámico (Greenson,1967). La diferencia entre resistencia y mecanismos de defensa es simplemente que la primera puede ser observada, mientras que los últimos deben ser inferidos (Thomä y Kächele, 1987). La fuerza de la defensa o de la resistencia es necesariamente proporcional a la fuerza del impulso subyacente. Como cierta vez observó Ralph Waldo Emerson: "Cuanto más alto hablaba de su honor, más rápido contábamos nuestras cucharas".

El psiquiatra dinámico sabe que va a encontrar resistencia al tratamiento y está preparado para abordar este fenómeno como parte y carga del proceso terapéutico. Mientras que otros terapeutas pueden enojarse cuando sus pacientes no cumplen con los tratamientos prescriptos, los psiquiatras dinámicos están curiosos por saber qué es lo que la resistencia está protegiendo y qué situación pasada se está recreando. A pesar de la connotación de la resistencia como un obstáculo que debe ser removido para conducir el tratamiento, en sentido amplio, entender la resistencia *es* el tratamiento. Freud tendió a utilizar la resistencia para referirse a dos tipos diferentes de fenómenos: 1) el bloqueo de las asociaciones libres del paciente y 2) la revelación de una relación de objeto interno altamente significativa del pasado del paciente trasladada al momento presente con el terapeuta (Friedman, 1991). La manera en la que el paciente se resiste es probablemente una recreación de una relación pasada que influye en una variedad de relaciones en el presente. Por ejemplo, los pacientes que durante su niñez se rebelaban contra sus padres pueden inconscientemente rebelarse contra su médico así como contra otras figuras de autoridad. El psiquiatra dinámico ayuda al paciente a comprender estos patrones de modo que puedan hacerse conscientes del todo.

Mente y cerebro en Psiquiatría

Uno de los desarrollos más desafortunados en la psiquiatría contemporánea es la polarización entre psiquiatras de orientación biológica y psiquiatras de orientación dinámica. En la raíz de este conflicto yace el viejo problema mente-cuerpo. ¿La etiología de la enfermedad mental se encuentra en el cerebro o en la mente? ¿El tratamiento de la enfermedad mental debe ser somático o psicoterapéutico? El mayor problema en el debate de estas fracciones polarizadas son las preguntas planteadas. No es una situación de "uno u otro" sino más bien de "tanto uno como otro". Tanto el psiquiatra dinámico que descuida la dimensión biológica de la experiencia como el psiquiatra con orientación biológica que abandona el reino psicológico son culpables del reduccionismo de una mente estrecha.

Relacionada con esta desafortunada tendencia a la dicotomía se encuentra una visión de tratamiento ampliamente sostenida pero pobremente apoyada: a saber, que la psicoterapia es un tratamiento para los desórdenes "de origen psicológico", mientras que los desórdenes "de base biológica" deben ser tratados con medicación (Gabbard, en prensa). Esta conceptualización se basa en el dualismo cartesiano que fragmenta al paciente en mente y cerebro. Si bien estos dos dominios tienen sus propios lenguajes y pueden ser separados con propósito de una discusión, están siempre integrados. Lo que llamamos "mente" puede ser entendido como la actividad del cerebro (Andreasen, 1997), aunque la complejidad de la subjetividad única de la persona no se puede reducir a la química y a la fisiología (Searle, 1992). Los fenómenos mentales surgen del cerebro, pero la experiencia subjetiva también afecta el cerebro.

La polarización de la psiquiatría en biológica y psicodinámica es irónica porque ahora nos encontramos a punto de lograr una comprensión sofisticada de la interacción entre el cerebro y el ambiente que puede llevar a estrategias de tratamiento verderamente integradas. La conciencia creciente de que el cerebro es uno de los órganos más plásticos del cuerpo nos permite comenzar a conceptualizar un modelo de psicoterapia informada neurobiológicamente que refleja la naturaleza dinámica de la interacción genético-ambiental.

El estudio intenso de las contribuciones genéticas a los desórdenes mentales ha llevado a los investigadores a concluir que los patrones mendelianos de herencia nítidamente previsibles no se aplican a la enfermedad mental. La expresión variable y la penetrancia incompleta son típicas de los desórdenes mayores, sugiriendo que el ambiente y los factores del desarrollo deben interactuar con los genes para producir la enfermedad mental. Por cierto, los estudios de plasticidad cerebral han demostrado que una vez que los genes son activados por procesos de desarrollo celular, la tasa de expresión de estos ge-

nes se encuentra altamente regulada por señales del ambiente a lo largo de la vida (Hyman, 1999).

Los modelos experimentales de animales han sido de un considerable valor heurístico en la comprensión de los mecanismos involucrados en la interacción entre genes y ambiente. En una serie de experimentos innovadores con el caracol marino *Aplysia,* Kandel demostró cómo las conexiones sinápticas pueden ser permanentemente alteradas y fortalecidas a través de la regulación de la expresión genética en conexión con el aprendizaje que proviene del ambiente. (Kandel, 1979, 1983, 1998.) El número de sinapsis se duplica o triplica como resultado del aprendizaje en este organismo. Kandel postuló que la psicoterapia puede provocar cambios similares en la sinapsis del cerebro. De la misma manera que el psicoterapeuta conceptualiza las representaciones del self y de los objetos como maleables a través de la intervención psicoterapéutica, Kandel notó que el cerebro en sí mismo es una estructura plástica y dinámica. Si la psicoterapia es considerada una forma de aprendizaje, entonces el proceso de aprendizaje que ocurre en la psicoterapia puede producir alteraciones de la expresión genética y así alterar la fuerza de las conexiones sinápticas. La secuencia de un gen —la función de plantilla— no puede ser alterada por la experiencia del ambiente, pero la función de transcripción de un gen —la habilidad de un gen para dirigir la síntesis de proteínas específicas— es ciertamente sensible a factores ambientales y regulada por esas influencias.

Estudios con especies de mamíferos también han demostrado la plasticidad del cerebro en respuesta al input del ambiente. Las ratas que son criadas en un ambiente social, que requiere un aprendizaje complejo para sobrevivir, tienen un número significativamente mayor de sinapsis por neuronas comparadas con las ratas que se crían en aislamiento (Greenough y col., 1987).

El impacto de los factores ambientales en la expresión genética explica el motivo de las diferencias genotípicas entre gemelos idénticos y la discordancia para muchas enfermedades. Dos niños criados en el mismo grupo familiar pueden experimentar un ambiente muy distinto. Los estudios de etiología y patogénesis han mostrado en forma repetida que el *ambiente familiar no compartido* puede ser un factor crucial en la determinación de qué niño de la familia se enfermará (Reiss y col., 1995). Una dimensión de esta construcción se relaciona con la manera en que los niños en la misma familia reciben diferente trato de sus padres lo que da como resultado distintos desenlaces en cuanto a su salud psicológica. Más aún, la dotación genética individual influye en el tipo de parentesco que él o ella reciben, y el input que aportan estos padres y otras figuras del ambiente durante el desarrollo puede, a su turno, influir en la ulterior lectura del genoma. Obviamente el cerebro no es una pantalla en blanco, y el impacto de los factores

ambientales depende de la dotación genética básica del individuo. Sin embargo, la actividad derivada del ambiente parece que dirige el desarrollo de las dendritas de modo tal que ellas se adaptan a esquemas cognitivos para la construcción de representaciones mentales.

Las conexiones neuronales entre la corteza, el sistema límbico y el sistema nervioso autónomo llegan a enlazarse en circuitos de acuerdo con experiencias específicas del organismo en desarrollo. De este modo, los circuitos de la emoción y la memoria están ligados por patrones uniformes de conexión resultantes de los estímulos provenientes del ambiente. Estos patrones del desarrollo pueden ser resumidos de la siguiente manera: las neuronas que "disparan juntas se enlazan juntas" (Schatz, 1992, p. 64).

Hay evidencia preliminar en especies inferiores de que los códigos sociales que proporciona el ambiente pueden influir en la manera en que un neurotransmisor específico afecta al organismo. Los investigadores han identificado una neurona en el cangrejo cuya respuesta al neurotransmisor serotonina difiere en forma dramática según la escala social del animal (Yeh y col., 1996). Esta neurona particular controla el reflejo de latigazo de la cola en el cangrejo, que es relevante para la respuesta lucha/huida. En un animal dominante, la serotonina hace que las neuronas seguramente se disparen. Sin embargo, el mismo neurotransmisor puede suprimir el disparo neuronal en animales subordinados. La respuesta a la serotonina no está codificada de modo permanente. Si la posición social del animal cambia, el efecto de la serotonina en la neurona también cambia. Por ejemplo, cuando dos cangrejos previamente subordinados fueron puestos juntos, al final uno se convirtió en dominante. Cuando ese animal fue testeado, su respuesta a la serotonina fue coherente con la de los animales dominantes (es decir, la serotonina estimulaba el reflejo del látigo en la cola más que suprimirlo). Estos hallazgos sugieren que la percepción de la posición de uno en la relación con los otros puede influir en la actividad de los neurotransmisores y sus efectos en el cerebro.

Las alteraciones en las relaciones han demostrado ser productoras de cambios bioquímicos duraderos en los monos rhesus. Suomi (1991) encontró que los infantes de monos rhesus que eran separados de sus madres desarrollaban anormalidades en la conducta que sugerían una variedad de ansiedad social. Estos infantes podían sobreponerse de sus dificultades en el comportamiento cuando se exponían a pares que habían sido criados por sus propias madres. Sin embargo, las anormalidades en la conducta retornaban cuando se encontraban en situaciones nuevas o de estrés. En la investigación de Suomi, los infantes criados por pares mantenían mayores niveles de cortisol y de hormona adrenocorticotrofina (ACTH) en respuesta a la separación y menores niveles de norepinefrina en el líquido cefalorraquídeo. También tenían altos niveles de 3-metoxi-4- hidroxifenilglicol (MHPG).

Una demostración aún más fuerte de cómo las interacciones con las figuras de la crianza en el ambiente pueden influir en la vulnerabilidad genética provino de una investigación al respecto en el laboratorio de Suomi. Cerca del 20% de los infantes de la colonia de monos que fueron criados por sus madres, no obstante, reaccionaron a separaciones cortas con incremento de los niveles de cortisol y ACTH, reacciones depresivas, y exagerado recambio de norepinefrina. Esta vulnerabilidad pareció ser genética. Sin embargo, cuando otras madres en crianza dentro de la colonia de los monos fueron ubicadas con estos infantes, la vulnerabilidad congénita a la ansiedad de separación desaparecía. Estas monos finalmente ascendían al tope de la jerarquía social de la colonia, sugiriendo que "las supermamás" ayudaron a los jóvenes monos a desarrollar su sensibilidad innata en una dirección adaptativa que les permitió estar más acordes con los códigos sociales y responder a estos códigos de un modo aventajado para ellos.

El trauma moderado también ha sido estudiado en primates y parece producir cambios bioquímicos y conductuales específicos. Rosenblum y Andrews (1994) asignaron al azar monos infantes a madres normales o a madres temporariamente convertidas en ansiosas a través de un esquema imprevisible de alimentación. Aquellos que fueron reunidos con las madres ansiosas mostraron una capacidad disminuida para la interacción social normal y fueron subordinados socialmente. No obstante, los cambios no se manifestaron hasta la adolescencia, confirmando la noción psicoanalítica de que las alteraciones en las etapas tempranas del desarrollo pueden producir cambios psicopatológicos en los períodos posteriores del desarrollo. Estos cambios de conducta también se asociaron a alteraciones serotoninérgicas y noradrenérgicas. Dado que las influencias genéticas fueron controladas por la distribución al azar, los hallazgos sugieren que la distracción y la ansiedad en la madre resultaron fundamentales en los cambios identificados.

Datos de investigación de este tipo sugieren que hay ventanas en el tiempo en las cuales un gen es dependiente de cierto tipo de influencia ambiental para determinar su expresión. Los investigadores han encontrado ventanas similares en el desarrollo del ser humano para períodos de mayor cambio estructural en la formación del cerebro (Ornitz, 1991; DB Perry y col., 1995; Pynoos y col., 1997). Bremner y col. (1997) demostraron que adultos que padecían trastorno por estrés postraumático, que habían experimentado en la infancia abuso físico y sexual, tenían reducido en gran medida el volumen del hipocampo izquierdo comparado con sujetos de control. Es posible que las experiencias traumáticas durante períodos inestables del desarrollo cerebral puedan producir una forma de regresión a un estado temprano de función y estructura neuronales (Pynoos y col., 1997).

Las implicancias de esta investigación nos permiten ampliar nuestra comprensión de las intervenciones psiquiátricas considerándolas a todas

ellas como biopsicosociales. En otras palabras, los medicamentos ejercen un "efecto psicológico" además de un impacto sobre el cerebro, y las intervenciones psicoterapéuticas afectan el cerebro además del impacto "psicológico".

Investigadores en Finlandia mostraron que la psicoterapia dinámica puede tener un impacto significativo sobre el metabolismo de la serotonina (Viinamäki y col., 1998). Al comienzo de un proceso psicoterapéutico planeado a un año de duración, se efectuó una tomografía computarizada por emisión de fotón único (SPECT) a un varón de 25 años con trastorno borderline de la personalidad y depresión. Otro hombre con problemas similares también fue sometido a estudio por imágenes pero no recibió psicoterapia ni otro tratamiento. La imagen inicial del SPECT mostró que los dos pacientes tenían reducción marcada de la recaptación de serotonina en el área medial prefrontal y en el tálamo, comparado con 10 sujetos de control sanos. Luego de un año de terapia psicodinámica, la repetición del SPECT mostró que el paciente que recibió psicoterapia tenía una recaptación normal de serotonina, mientras que el paciente control que no recibió psicoterapia continuó con una reducción marcada en la recaptación de serotonina. Dado que el paciente que recibió psicoterapia no tomó medicación junto con la terapia, este hallazgo sugiere que la psicoterapia psicodinámica por sí misma debe de haber normalizado el metabolismo de la serotonina.

Un corolario de esta visión es que de la misma manera como la experiencia mental puede afectar la biología, también, así, puede la biología influir en la psicología. Como lo han sugerido Roose y Pardes (1989), el muy conocido fenómeno de "sazonamiento" de la edad media de la vida, asociado al cambio de defensas más maduras (Vaillant, 1976), bien puede estar relacionado con el descenso dramático de los niveles de norepinefrina en el *locus coeruleus* que ocurre entre los 40 y 60 años.

Intrínseca a este modelo de relación mente-cerebro es la noción de que debemos diferenciar entre causalidad y significado. La psiquiatría que pierde el dominio del significado es irreflexiva. La presencia de síntomas generados biológicamente de ninguna manera disminuye la importancia del significado. Los conflictos psicodinámicos preexistentes pueden añadirse a los síntomas determinados biológicamente, con la resultante de que los síntomas funcionan entonces como un vehículo para la expresión de los conflictos (Gabbard, 1992). Consideremos una analogía: cuando se coloca un imán debajo de un papel que contiene laminillas de hierro, las laminillas se alinearán en formación y seguirán el movimiento del imán a lo largo de la superficie del papel. De manera similar, las cuestiones psicodinámicas frecuentemente se apropian de las fuerzas biológicas, similares al imán, para sus propios fines. Las alucinaciones auditivas son generadas por alteraciones en los neurotransmisores en las personas con esquizofrenia, pero el con-

tenido de las alucinaciones suelen tener significado específico basado en los conflictos psicodinámicos del paciente.

Otra área en la que un abordaje psicodinámico trabaja de manera sinérgica con la fármacoterapia es el reino del no-cumplimiento con el tratamiento. La falla en el cumplimiento con regímenes farmacológicos puede a menudo ser entendida a lo largo de lineamientos convencionales en las cuestiones de la transferencia, la contratransferencia y la resistencia. Se ha acumulado una cantidad considerable de literatura referida a la práctica de la farmacoterapia dinámica (PS Appelbaum y Gutheil, 1980; Book, 1987; Docherty y Fiester, 1985; Docherty y col., 1997; Gutheil, 1977, 1982; Karasu, 1982; Ostow, 1983; Thompson y Brodie, 1981; Wylie y Wylie, 1987) y ha habido un amplio consenso en que los significados psicodinámicos de la medicación pueden plantear formidables obstáculos al cumplimiento de los regímenes de medicación. En el capítulo 5 consideraré los abordajes dinámicos de la farmacoterapia en mayor detalle.

El rol del psiquiatra dinámico en la experiencia contemporánea

En una era en la que impresionantes avances en las neurociencias ocurren casi semanalmente, la psiquiatría dinámica ha perdido algo de su brillo. Sólo una generación atrás, psiquiatras dinámicos y psicoanalistas disfrutaban de un prestigio sin paralelo. Desde entonces han sido eclipsados por los investigadores orientados biológicamente, cuya contribución al campo está fuera de cuestionamiento. Sin embargo, más allá del alboroto de las proclamaciones optimistas acerca de la base genética y bioquímica de todas las enfermedades mentales, se puede escuchar otro clamor, uno que está creciendo en intensidad. Grupos de residentes en psiquiatría de programas de orientación biológica se quejan de que saben todo acerca de los neurotransmisores pero que no saben cómo hablar a sus pacientes. Practicantes privados recientemente entrenados piden a los analistas por consulta y supervisión cuando sus pacientes fallan en responder a la medicación. Incluso los pacientes están comenzando a exigir que se los escuche en lugar de que se los medique.

Los avances en cualquier campo científico se adaptan a un patrón predecible: una ráfaga inicial de excitación es seguida por una sombría desilusión. Nuestro propio campo de la psiquiatría no es una excepción en este aspecto. El entusiasmo por el psicoanálisis posterior a la segunda guerra mundial como panacea para una multitud de problemas sociales llevó a un desencanto amargo en la década de 1960. Los psiquiatras norteamericanos se están encontrando en la actualidad con las limitaciones inherentes de las

herramientas de la psiquiatría biológica. Por cierto, los avances en las neurociencias han mostrado en forma eminentemente clara a los investigadores clínicos que la dimensión psicosocial debe ser tomada en cuenta para comprender por completo la patogénesis y el tratamiento.

El entrenamiento en psiquiatría dinámica amplía en forma significativa el alcance de la habilidad del clínico. Una ventaja real del abordaje dinámico es su atención en el rol de los factores de personalidad en la enfermedad. De hecho, la personalidad y su influencia en el paciente es un área principal de la habilidad de los psiquiatras dinámicos (Michels, 1988). Como S. Perry y col. (1987) lo argumentaran persuasivamente, desde que cada tratamiento comprende el manejo terapéutico y la modificación de la personalidad del paciente, es necesaria una evaluación psicodinámica a todos los pacientes y no sólo a los derivados para psicoterapia psicoanalítica a largo plazo. Las resistencias caracterológicas al tratamiento con frecuencia atentan contra el programa de medicación designado para mantener al paciente en remisión. Los síntomas se hallan encajados en la estructura del carácter, y el psiquiatra dinámico reconoce que en muchos de los casos no es posible tratar los síntomas sin, primero, abordar la estructura del carácter.

El abordaje terapéutico dinámico no es ciertamente necesario para todos los pacientes psiquiátricos. Aquellos que responden bien a la medicación, la terapia electroconvulsiva o la desensibilización conductual pueden no requerir los servicios de un psiquiatra dinámico. Como sucede con todas las otras escuelas en psiquiatría, el abordaje psicoterapéutico dinámico no puede servir para todas las enfermedades psiquiátricas y todos los pacientes.

Un abordaje terapéutico dinámico estricto debería probablemente ser reservado para aquellos pacientes que más lo necesitan y que no responderán a cualquier otra intervención. Sin embargo, un abordaje *informado dinámicamente* para la mayor parte —si no para todos— de los pacientes enriquecerá la práctica del psiquiatra y afinará el sentido de dominio del clínico sobre los misterios de la psiquis humana. También ayudará al psiquiatra dinámico a identificar y comprender los problemas diarios de la contratransferencia que interfieren en el diagnóstico y tratamiento efectivos. Langsley y Yager (1988), en una encuesta a psiquiatras de la práctica privada y académica, encontraron que la segunda habilidad que más se tenía en cuenta era la de "reconocer cómo los problemas contratransferenciales y las idiosincrasias personales influyen en las interacciones con los pacientes y ser capaces de tratarlas de manera constructiva" (p. 471). El abordaje dinámico es el único que tiene en cuenta sistemáticamente las contribuciones conscientes e inconscientes del psiquiatra al proceso de tratamiento y evaluación.

Bibliografía

Andreasen NC: Linking mind and brain in the study of mental illness: a project for a scientific psychopathology. Science 275:1586-1593, 1997

Appelbaum PS, Gutheil TG: Drug refusal: a study of psychiatric inpatients. Am J Psychiatry 137:340-346, 1980

Appelbaum SA: Effecting Change in Psychotherapy. New York, Jason Aronson, 1981

Bechara A, Tranel D, Damasio H, et al: Double association of conditioning and declarative knowledge relative to the amygdala and hippocampus in humans. Science 269: 1115-1118, 1995

Book HE: Some psychodynamics of non-compliance. Can J Psychiatry 32: 115-117, 1987

Bouchard TJ, Lykken DT, McGue M, et al: Sources of human psychological differences: the Minnesota study of twins reared apart. Science 250:223-228, 1990

Bowers JS, Schachter DL: Implicit memory and test awareness. J Exp Psychol Learn Mem Cogn 16:404-416, 1990

Bremner JD, Randall P, Vermetten E, et al: Magnetic resonance-imaging based measurement of hippocampal volume in posttraumatic stress disorder related to childhood physical and sexual abuse: a preliminary report. Biol Psychiatry 41:23-32, 1997

Brenner C: The Mind in Conflict. New York, International Universities Press, 1982

Docherty JP, Fiester SJ: The therapeutic alliance and compliance with psychopharmacology, in Psychiatry Update: American Psychiatric Association Annual Review, Vol 4. Edited by Hales RE, Frances AJ. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1985, pp 607-632

Docherty JP, Marder SR, Van Kammen DP, et al: Psychotherapy and pharmacotherapy: conceptual issues. Am J Psychiatry 134:529-533, 1977

Ellenberger HF: The Discovery of the Unconscious: The History and Evolution of Dynamic Psychiatry. New York, Basic Books, 1970

Erikson EH: Childhood and Society, 2nd Edition. New York, WW Norton, 1963

Freud S: The interpretation of dreams (1900), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vols 4,5. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1953, pp 1-627

Freud S: The psychopathology of everyday life (1901), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 6. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1960, pp 1-279

Freud S: The dynamics of transference (1912), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 12. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1958, pp 97-108

Freud S: The unconscious (1915), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 14. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1963, pp 159-215

Friedman L: A reading of Freud's papers on technique. Psychoanal Q 60:564-595, 1991

Gabbard GO: Psychodynamic psychiatry in the "decade of the brain." Am J Psychiatry 149:991-998, 1992

Gabbard GO: Countertransference: the emerging common ground. Int J Psychoanal 76:475-485, 1995

Gabbard GO: A neurobiologically informed perspective on psychotherapy. Br J Psychiatry (in press)

Greenough WT, Black JE, Wallace CS: Experience and brain development. Child Dev 58:539-559, 1987

Greenson RR: The Technique and Practice of Psychoanalysis. Universities Press, 1967

Gutheil TG: Psychodynamics in drug prescribing. Drug Therapy 2:35-40. 1977

Gutheil TG: The psychology of psychopharmacology. Bull Menninger Clin 46:321-330, 1982

Hamilton NG: Self and Others: Object Relations Theory in Practice. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1988

Hoffman IZ: Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process: A Dialectical Construdivist View. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1998

Hyman SE: Looking to the future: the role of genetics and molecular biology in research on mental illness, in Psychiatry in the New Millennium. Edited by Weissman S, Sabshin M, Eist H. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999, pp 101-122

Kandel ER: Psychotherapy and the single synapse: the impact of psychiatric thought on neurobiologic research. N Engl J Med 301:1028-1037, 1979

Kandel ER: From metapsychology to molecular biology: explorations into the nature of anxiety. Am J Psychiatry 140:1277-1293, 1983

Kandel ER: A new intellectual framework for psychiatry. Am J Psychiatry 155:457-469, 1998

Karasu TB: Psychotherapy and pharmacotherapy: toward an integrative model. Am J Psychiatry 139:1102-1113, 1982

Kernberg OF: Notes on countertransference. J Am Psychoanal Assoc 13:38-56, 1965

Langsley DG, Yager J: The definition of a psychiatrist: eight years later. Am J Psychiatry 145:469-475, 1988

Michels R: The future of psychoanalysis. Psychoanal Q 57: 167-185, 1988

Nemiah JC: Foundations of Psychopathology. New York, Oxford University Press, 1961, p4.

Ornitz EM: Developmental aspects of neurophysiology, in Child and Adolescent Psychiatry A Comprehensive Textbook, 2nd Edition. Edited by Lewis E. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1991, pp 39-51

Ostow M: Interactions of psychotherapy and pharmacotherapy (letter). Am J Psychiatr 140:370-371, 1983

Perry DB, Pollard RA, Blakeley TL, et al: Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and "use-dependent" development of the brain: how "states" become "traits." Infant Mental Health Journal 16:271-291, 1995

Perry S, Cooper AM, Michels R: The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. Am J Psychiatry 144:543-550, 1987

Pynoos RA, Steinberg AM, Ornitz EM, et al: Issues in the developmental neurobiology of traumatic stress, in Psychobiology of Posttraumatic Stress Disorder. Edited by Yehuda R, McFarlane AC. New York, New York Academy of Sciences, 1997, pp 176-193

Reiss D, Hetherington EM, Plomin R, et al: Genetic questions for environmental studies: differential parenting and psychopathology in adolescence. Arch Gen Psychiatry 52:925-936, 1995

Renik O: Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. Psychoanal Q 62:553-571, 1993

Roose SP, Pardes H: Biological considerations in the middle years, in The Middle Years: New Psychoanalytic Perspectives. Edited by Oldham JM, Leibert RS. New Haven, CT, Yale University Press, 1989, pp 179-190

Rosenblum LA, Andrews MW: Influences of environmental demand on maternal behavior and infant development. Acta Paediatr Suppl 397:57-63, 1994

Schatz CJ: The developing brain. Sci Am 267:60-67, 1992

Searle JR: The Rediscovery of the Mind. Cambridge, MA, MIT Press, 1992

Sherwood M: The Logic of Explanation in Psychoanalysis. New York, Academic Press, 1969

Shevrin H, Bond J, Brakel LA, et al: Conscious and Unconscious Processes: Psychodynamic, Cognitive, and Neurophysiological Convergences. New York, Guilford, 1996

Squire LR: Memory and Brain. New York, Oxford University Press, 1987

Stolorow RD: An intersubjective view of self psychology. Psychoanalytic Dialogues 5:393-399, 1995

Suomi SJ: Early stress and adult emotional reactivity in rhesus monkeys, in Childhood Environment and Adult Disease (CIBA Foundation Symposium No. 156). Edited by Bock GR and CIBA Foundation Symposium Staff. Chichester, England, Wiley, 1991, pp 171-188

Thäma H, Kächele H: Psychoanalytic Practice, Vol 1: Principles. Translated by Wilson M, Roseveare D. New York, Springer-Verlag, 1987

Thomas A, Chess S: Genesis and evolution of behavioral disorders: from infancy to early adult life. Am J Psychiatry 141:1-9, 1984

Thompson EM, Brodie HKH: The psychodynamics of drug therapy. Current Psychiatric Therapies 20:239-251, 1981

Vaillant GE: Natural history of male psychological health, V: the relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment. Arch Gen Psychiatry 33:535-545, 1976

Viinamäki H, Kuikka J, Tiihonen J, et al: Change in monoamine transporter density related to clinical recovery: a case-control study. Nordic Journal of Psychiatry 52:39-44, 1998

Waelder R: The principle of multiple function: observations on overdetermination, in Psychoanalysis: Observation, Theory, Application. Edited by Gutman SA. New York, International Universities Press, 1930, pp 68-83

Watson JB: Behaviorism (1924). New York, WW Norton, 1930

Weinberger J, Hardaway R: Separating science from myth in subliminal psychodynamic activation. Clin Psychol Rev 10:727-756, 1990

Westen D: Mind, Brain, and Culture, 2nd Edition. New York, Wiley, 1999a

Westen D: The scientific status of unconscious processes: is Freud really dead?, J. Am Psychoanal Assoc 47:1061-1106, 1999b

Winnicott DW: Hate in the counter-transference. Int J Psyckoanal 30:69-74, 1949

5019

Wylie HW Jr, Wylie ML: An effect of pharmacotherapy on the psychoanalytic process report of a modified analysis. Am J Psychiatry 144:489-492, 1987

Yeh SR, Fricke RA, Edwards DH: The effect of social experience on serotonergic modulation of the escape circuit of crayfish. Science 271: 366-369, 1996

50194

CAPÍTULO 2

Las bases teóricas de la psiquiatría dinámica

Nada es tan práctico como una buena teoría.

Kurt Lewin

El psiquiatra que sale a navegar por las oscuras aguas del inconsciente sin una teoría, del mismo modo que un navegante sin su sextante, rápidamente se encontrará perdido en medio del mar. La teoría psicoanalítica es la base de la psiquiatría dinámica. Trae orden al aparentemente caótico mundo interno del paciente. Le permite al psiquiatra suplir y trascender el nivel descriptivo de categorizar síntomas y aplicar etiquetas diagnósticas. Provee un medio para adentrarse en el interior cavernoso de la mente y comprenderlo. La teoría no sólo guía a los clínicos hacia la comprensión diagnóstica, también les informa respecto de la elección de tratamiento para cada paciente. La comprensión teórica ayuda al psiquiatra dinámico a decidir qué decir, cuándo decirlo, cómo decirlo y qué conviene callar.

La psiquiatría dinámica contemporánea abarca por lo menos cuatro amplios marcos teóricos de referencia psicoanalíticos: 1) la psicología del yo, que deriva de la teoría psicoanalítica clásica de Freud; 2) la teoría de las relaciones objetales, que deriva del trabajo de Melanie Klein y miembros de la "Escuela Inglesa" incluyendo a Fairbairn, Winnicott y Balint; 3) la psicología del self, creada por Heinz Kohut y elaborada por muchos seguidores; y 4) perspectivas posmodernas, un grupo de teorías laxamente relacionadas, que incluyen el constructivismo, la intersubjetividad, las teorías interpersonales y el modelo conflictivo-relacional.

Aunque se han escrito volúmenes acerca de cada una de estas escuelas de pensamiento, aquí simplemente examinaremos los aspectos destacados de los cuatro marcos teóricos referenciales. En los siguientes capítulos las teorías serán "explayadas" para ilustrar su aplicación a las situaciones clínicas.

Psicología del yo

En los primeros años de su trabajo como investigador psicoanalítico, Freud estaba fuertemente influido por el modelo topográfico (descrito en el cap.1). Los síntomas histéricos eran vistos como el resultado de recuerdos reprimidos de hechos o ideas. Freud hipotetizó que la intervención psicoterapéutica podría levantar esta represión, despertando el recuerdo del suceso. A su vez, una descripción verbal detallada de la idea o hecho patógeno recordado, acompañada por un afecto intenso, llevaría a la desaparición del síntoma. Por ejemplo, el brazo paralizado de un hombre podría ser el resultado de un deseo reprimido de golpear a su padre. De acuerdo con este modelo, este hombre joven podría recobrar el uso de su brazo recuperando el deseo desde su inconsciente, verbalizándolo y expresando el enojo hacia su padre. Este método catártico, también conocido como abreacción, hace consciente el recuerdo patogénico inconsciente.

Pero el modelo topográfico pronto comenzó a fallarle a Freud. Una y otra vez aparecían resistencias en los pacientes frente a sus maniobras terapéuticas. Algunos recuerdos no podían ser traídos de vuelta a la conciencia. Los mecanismos de defensa responsables de esta resistencia eran en sí mismos inconscientes y por lo tanto inaccesibles. Estas observaciones condujeron a Freud a concluir que el yo tiene tanto componentes conscientes como inconscientes.

En El yo y el ello, Freud (1923/1961) presentó su teoría estructural tripartita de yo, ello y superyó. Para el modelo estructural, que suplantó al modelo topográfico, el yo era distinto de las pulsiones instintivas. El aspecto consciente del yo era el órgano ejecutor de la psiquis, responsable de la toma de decisiones y de la integración de los datos perceptuales. El aspecto inconsciente del yo contenía mecanismos de defensa, como la represión, que eran necesarios para contrarrestar las poderosas pulsiones albergadas en el ello, específicamente, la sexualidad (libido) y la agresión.

El ello es una instancia intrapsíquica del todo inconsciente que está solo interesada en descargar tensión. El ello está controlado tanto por los aspectos inconscientes del yo y por la tercera instancia del modelo estructural: el superyó. En su mayor parte, el superyó es inconsciente, pero hay aspectos de él que son verdaderamente conscientes. Esta instancia incorpora la conciencia moral y el ideal del yo. La primera proscribe (p. ej., dicta

qué es lo que uno *no* debería hacer de acuerdo con los valores parentales y sociales internalizados), y el último *prescribe* (p. ej., dicta qué es lo que uno debería hacer o ser). El superyó tiende a ser más sensible a la lucha del ello y por este motivo está más inmerso en el inconsciente que el yo (fig. 2-1).

La psicología del yo conceptualiza el mundo intrapsíquico como un lugar de conflictos entre las instancias. El superyó, el yo y el ello luchan entre sí en la medida en que la sexualidad y la agresión pugnan por expresarse y descargarse. El conflicto entre las instancias produce angustia. La ansiedad señal (Freud, 1926/1959) avisa al yo que se requiere un mecanismo de defensa. El mecanismo de la formación del síntoma neurótico puede ser comprendido de esta manera. El conflicto produce angustia, que resulta en defensa y lleva a un compromiso entre el ello y el yo. Un síntoma, entonces, es una formación de compromiso que defiende contra el deseo proveniente del ello y también gratifica al deseo de una manera encubierta.

Un contador con trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad vivía preocupado porque creía que su jefe se podía enojar con él. Así, estaba siempre resentido en secreto con su jefe. Pero su ansiedad por este enojo del jefe en realidad era una proyección de su propio deseo de explotar frente a él y decirle todo lo que pensaba. Como una defensa inconsciente, se mostraba sumiso y adulador frente a su jefe para asegurarse de que se lo acusaría de que estaba enojado con él. El jefe encontraba esta conducta irritante, y como resultado había una tensión siempre presente entre ellos dos. En otras palabras, el estilo obsecuente del contador lo defendía contra el estallido de su propio enojo, pero también contenía una expresión atenuada de sus deseos agresivos debido a la reacción que producía en su jefe.

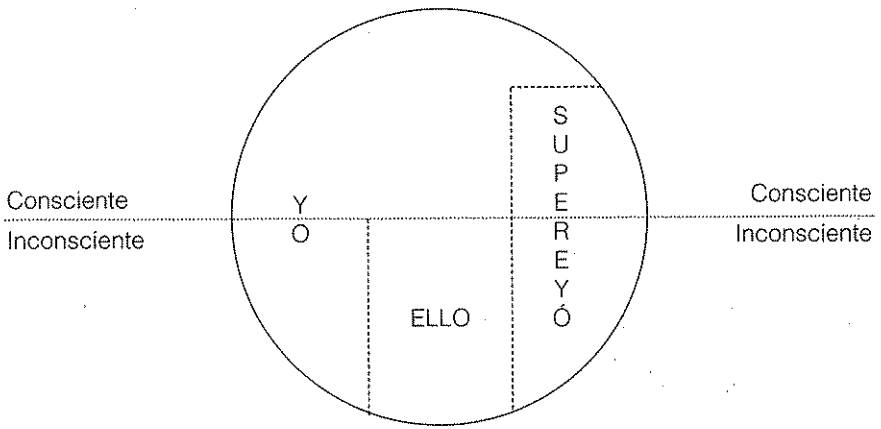


Fig. 2-1. El modelo estructural.
Nota. El preconsciente fue eliminado para lograr simplicidad.

Semejantes formaciones de compromiso son un proceso mental normal (Brenner, 1982). Los síntomas neuróticos representan sólo la variedad patológica. Los rasgos del carácter por sí mismos pueden ser formaciones de compromiso y pueden representar soluciones adaptativas y creativas al conflicto intrapsíquico.

Mecanismos de defensa

Freud reconoció la existencia de otros mecanismos de defensa, pero dedicó su mayor atención a la represión. Anna Freud, su hija, en un trabajo señero, *El yo y los mecanismos de defensa* (1936/1966), expandió su trabajo describiendo en detalle nueve mecanismos de defensa individuales: regresión, formación reactiva, anulación, introyección, identificación, proyección, vuelta contra sí mismo, transformación en lo contrario y sublimación. Ella reconoció además, las implicancias que este intenso escrutinio de las operaciones defensivas del yo tenía para el tratamiento. El psicoanalista ya no podía seguir ocupado en descubrir deseos inaceptables provenientes del ello. Debía prestar atención a las vicisitudes de los esfuerzos defensivos demostrados por el yo, que se manifestarían como resistencias en el tratamiento.

Al trasladar el énfasis del psicoanálisis desde las pulsiones hacia las defensas del yo, Anna Freud anticipó el movimiento del psicoanálisis y la psiquiatría dinámica alejándose de la formación neurótica de los síntomas y acercándose a la patología del carácter. Ahora nosotros definimos parcialmente varias formas de trastorno de la personalidad de acuerdo con sus operaciones defensivas típicas. Por lo tanto, el psiquiatra dinámico debe estar ampliamente familiarizado con la extensa gama de los mecanismos de defensa debido a su utilidad en la comprensión tanto de los problemas neuróticos como de los trastornos de la personalidad.

Todas las defensas tienen en común la protección del yo frente a las demandas pulsionales del ello (Freud, 1926/1959). Algunos de los principales mecanismos de defensa neuróticos son: la represión, el desplazamiento, la formación reactiva, el aislamiento, la anulación, la somatización y la conversión.

1. *Represión.* Para Freud este era el principal mecanismo de defensa. Opera inconscientemente expulsando de la conciencia los deseos, sentimientos o fantasías inaceptables. Aunque la represión es utilizada por casi todos los neuróticos, es la que caracteriza a la personalidad histérica de nivel superior (véase cap. 18).
2. *Desplazamiento.* Esta defensa es un proceso inconsciente por el cual sentimientos adheridos a una fuente son redirigidos hacia otra. La transferencia es un ejemplo obvio del desplazamiento, ya que los sentimien-

tos por una persona del pasado son transferidos a una figura en el presente. Las fobias son el ejemplo clásico de esta defensa, porque la ansiedad asociada con una fuente inconsciente es redirigida a un sustituto consciente, generalmente inofensivo en y por sí mismo. El desplazamiento es también uno de los mecanismos principales de camuflaje en los sueños, en donde la angustia disminuye y el dormir está preservado al sustituir una figura cargada emocionalmente por otra neutral.

3. *Formación reactiva.* Esta defensa común está caracterizada por el alejamiento de un deseo o impulso inaceptable adoptando un rasgo de carácter que es diametralmente opuesto a éste. La formación reactiva es habitual en el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad.
4. *Aislamiento.* Este mecanismo, también típico de los pacientes obsesivo-compulsivos, separa el afecto de la idea. Un recuerdo traumático, por ejemplo, puede ser recuperado fácilmente pero será despojado de cualquier sentimiento intenso concomitante. El aislamiento por lo general opera junto con la intelectualización, cuya función es similar en cuanto a la evitación del afecto.
5. *Anulación.* Este mecanismo, característico de los pacientes obsesivo-compulsivos, se refiere a hacer y deshacer, involucra el pensamiento mágico, con una acción simbólica llevada a cabo para revertir o anular un pensamiento o acción inaceptables ya consumados. Un paciente tomó literalmente la superstición: "si te paras en una grieta, la espalda de tu madre romperás". Cada vez que, en forma inadvertida, se paraba en una grieta en la vereda, se daba vuelta para desandar sus pasos y repetirlos sin encontrarse con la grieta.
6. *Somatización.* Esta defensa, típica de los pacientes hipocondríacos, implica la transferencia de sentimientos dolorosos a partes del cuerpo. La psicoterapia con pacientes somatizadores suele ser frustrante porque sus sentimientos son inaceptables y las preocupaciones emocionales sólo se puede comunicar a través de las quejas somáticas.
7. *Conversión.* Es más común, aunque no siempre, que se lo asocie con la histeria. Este mecanismo se caracteriza por la representación simbólica de un conflicto intrapsíquico en términos físicos. Como en el caso del hombre joven con la parálisis histérica de su brazo (mencionado en el comienzo de este capítulo), la simbolización motora o sensitiva suele involucrar una defensa contra un deseo inaceptable.

Los mecanismos de defensa han sido clasificados de acuerdo con una jerarquía, desde los más inmaduros o patológicos hasta los más maduros o saludables (Vaillant, 1977). Las defensas primariamente neuróticas enumeradas antes son sólo una lista parcial. Algunos de los mecanismos de defensa más primitivos o inmaduros, incluyendo la escisión, la identificación proyectiva, la introyección y la negación, se tratarán más adelante en este

capítulo. Ninguno de nosotros carece de mecanismos de defensa, lo que avala una vez más el principio dinámico de que la salud mental y la enfermedad forman parte de un *continuum*. De hecho, el perfil de los mecanismos defensivos típicos de una persona es un buen barómetro de su salud psicológica. Vaillant (1977) destacó cuatro defensas maduras en particular: 1) *supresión: la expulsión consciente* (a diferencia de la represión, que es inconsciente) de la mente de pensamientos o sentimientos inaceptables; 2) *altruismo:* la subordinación de las propias necesidades e intereses a las necesidades e intereses de los otros; 3) *sublimación*: un proceso inconsciente por el cual las pulsiones o deseos conscientemente inaceptables son canalizados a través de alternativas socialmente aceptables (p. ej., transformar el deseo de apuñalar a un hermano rival en una carrera quirúrgica); 4) *humor:* la habilidad para reírse de sí mismo y de la situación en la que uno se encuentra, una parte invaluable de la salud mental.

Aspectos adaptativos del yo

La importancia del yo para la psiquis no está limitada a sus operaciones defensivas. Heinz Hartmann se erigió en uno de los mayores contribuyentes a la psicología del yo contemporánea al ocuparse de los aspectos no defensivos del yo. Apartó al yo del ello y lo ubicó en el mundo exterior. Hartmann (1939/1958) insistió en que había "un área del yo libre de conflicto" que se desarrolla en forma independiente de las fuerzas y conflictos del ello. Dado un "ambiente esperable promedio", ciertas funciones autónomas del yo presentes al nacer pueden florecer sin ser impedidas por el conflicto. Ésta son el pensamiento, el aprendizaje, la percepción, el control motor y el lenguaje, para nombrar algunos pocos. La visión *adaptativa* de Hartmann, entonces, es una consecuencia de su concepto de la existencia de un área del yo, autónoma y libre de conflicto. Hartmann creía que través de la neutralización de las energías sexuales y agresivas, incluso algunas defensas podían perder su conexión con las fuerzas instintivas del ello y convertirse secundariamente en autónomas y adaptativas.

David Rapaport (1951) y Edith Jacobson (1964) continuaron el trabajo de Hartmann y afinaron con más precisión sus contribuciones seminales a la psicología del yo. Es común actualmente para los clínicos considerar las funciones, las fortalezas y las debilidades del yo como parte de su habitual evaluación psicodinámica del paciente. Bellak y col. (1973) sistematizaron las funciones del yo en escalas utilizadas tanto para la investigación como para la evaluación clínica. Las más importantes de estas funciones del yo incluyen: prueba de realidad, control de impulsos, procesos del pensamiento, juicio, funciones sintético-integrativas, dominio-competencia, y autonomía primaria y secundaria (posterior a Hartmann).

Teoría de las relaciones objetales

Para la psicología del yo las pulsiones (p. ej., sexualidad y agresión) son primarias, mientras que las relaciones objetales son secundarias. (Es una tradición bien establecida, aunque quizá desafortunada, la de usar en los escritos psicoanalíticos el término *objeto* para referirse a *persona*. A pesar de las connotaciones algo peyorativas de *objeto*, seguiré utilizando este término en función de la coherencia y la claridad.) En otras palabras, lo más urgente para el bebé es la descarga de tensión por la presión de las pulsiones. Pero, por otro lado, la teoría de las relaciones objetales sostiene que las pulsiones emergen en el contexto de una relación (p. ej., la díada madre-bebé) y por lo tanto jamás se pueden separar una de la otra. Y algunos teóricos de las relaciones objetales (Fairbairn, 1952) sugerirían incluso que las pulsiones están primariamente ensambladas para la búsqueda objetal más que para la reducción de la tensión.

Para decirlo en términos más simples, la teoría de las relaciones objetales comprende la transformación de las relaciones interpersonales en representaciones internalizadas de las relaciones. A medida que los niños se desarrollan, no internalizan simplemente un objeto o una persona; internalizan más bien una *relación* completa (Fairbairn, 1940/1952, 1944/1952). Un prototipo de experiencia positiva de amor se forma durante los períodos de lactancia del infante (Freud 1905/1953). Este prototipo incluye una experiencia positiva de sí mismo (el lactante), una experiencia positiva del objeto (la madre atenta y cuidadora), y una experiencia afectiva positiva (placer, saciedad). Cuando el hambre retorna y la madre del bebé no está inmediatamente disponible, se produce un prototipo de experiencia negativa, incluyendo una experiencia negativa de sí mismo (el infante demandante y frustrado), un objeto desatento y frustrante (la madre no disponible), y una experiencia afectiva negativa de enojo y tal vez de terror. Finalmente, estas dos experiencias son internalizadas como dos conjuntos opuestos de relaciones objetales que consisten en una representación de sí mismo, una representación de objeto y un afecto ligando a estas dos (Ogden, 1983).

La internalización de la madre del infante, comúnmente referida como introyección (Schafer, 1968), tiene su comienzo con las sensaciones físicas asociadas a la presencia de la madre durante la lactancia pero no se vuelven significativas hasta que se desarrolla un límite entre lo interno y lo externo. Alrededor del 16° mes de vida, imágenes aisladas de la madre gradualmente entran en coalescencia formando una representación mental permanente (Sandler y Rosenblatt, 1962). Al mismo tiempo se forma una representación del sí mismo permanente, primero como una representación del cuerpo y luego como un conjunto de sensaciones y experiencias percibidas como pertenecientes al infante.

La representación de objeto positivamente coloreada o "buena" comienza como la realización alucinatoria del deseo que surge a partir del ansia del infante hambriento por su madre (Schafer, 1968) y es luego transformada en una presencia interna a medida que se desarrolla el aparato cognitivo-/perceptual del infante. Una gran fuerza motivacional en la introyección de los aspectos positivos, amados de la madre parece ser el temor del infante de perder a la madre (Schafer, 1968). Las razones para la introyección o "meter adentro" los aspectos negativos "malos" de la madre son mucho más complejas. Los posibles factores motivacionales incluyen la fantasía de controlar al objeto al contenerlo dentro de uno mismo (Segal, 1964), lo que genera una sensación de dominio a través de las repetidas experiencias traumáticas con el objeto (Schafer, 1968) y preferir tener un objeto "malo" antes que no tener ninguno. La experiencia clínica sugiere que un apego intenso al objeto hostil internalizado puede también estar conectado con el anhelo de una relación más positiva con el objeto (Meissner, 1981). Más aún, el objeto que ha sido introyectado no necesariamente se correlaciona con el objeto real externo. Por ejemplo, una madre que no está disponible para alimentar al bebé que demanda puede simplemente estar ocupada con un hermano mayor, pero es *experimentada* e *introyectada* por él como hostil, rechazante y no disponible. Para la teoría de las relaciones objetales lo importante es que *no* hay una correlación uno-a- uno entre el objeto real y la representación del objeto internalizado.

La teoría de las relaciones objetales también ve al conflicto en forma diferente de como lo hace la psicología del yo. El conflicto inconsciente no es meramente una lucha entre un impulso y una defensa; es también un choque entre pares opuestos de unidades de relaciones de objeto interno (Kernberg 1983; Ogden 1983; Rinsley 1977). Esto significa que, en cualquier momento diferentes constelaciones de representaciones del sí mismo, de representaciones de objeto y de afectos compiten entre sí por el centro del escenario en el teatro intrapsíquico de las relaciones de objeto interno.

La internalización de relaciones de objeto siempre implica una escisión del yo en suborganizaciones inconscientes (Ogden, 1983). Éstas comprenden dos grupos:

> 1) suborganizaciones del sí mismo pertenecientes al yo, esto es, aspectos del yo en los cuales la persona experimenta más plenamente sus ideas y sentimientos como de su pertenencia, y .2) suborganizaciones de objeto pertenecientes al yo a través de las cuales los significados son generados en un modo basado en una identificación de un aspecto del yo con el objeto. Esta identificación con el objeto es tan exhaustiva que el sentido original que la propia persona tiene de sí mismo casi se pierde totalmente (Ogden, 1983, p. 227).

Este modelo muestra claramente la influencia de la noción de superyó de Freud, que por lo general se experimenta como si fuera un "cuerpo extraño" (esto es, una suborganización de objeto perteneciente al yo que controla lo que está haciendo una suborganización del sí mismo perteneciente al yo). El modelo de Ogden también provee un camino desde lo intrapsíquico a lo interpersonal. En este marco, la transferencia puede ser vista como tomando una de dos formas: tanto el rol de la subdivisión del sí mismo del yo como el rol de la subdivisión de objeto del yo pueden ser externalizados sobre el terapeuta, proceso que se discutirá en detalle más adelante en este capítulo.

Una perspectiva histórica

Originada en Gran Bretaña, la teoría de las relaciones objetales ha florecido allí y en América del Sur. Sólo recientemente se ha arraigado en los Estados Unidos. Melanie Klein es generalmente vista como la fundadora del movimiento de las relaciones objetales. Emigró de Budapest, y luego de Berlín, a Inglaterra en 1926, donde su teoría del desarrollo infantil temprano se volvió muy controvertida. Fue influida por Freud, pero también abrió nuevos campos centrando su atención en los objetos internos. A través del trabajo psicoanalítico con niños, desarrolló una teoría basada fuertemente en la fantasía intrapsíquica inconsciente y que limitó los estadios evolutivos clásicos al primer año de vida. El complejo de Edipo, por ejemplo, para Klein coincidía, aproximadamente, con el destete en la última mitad del primer año de vida.

En los primeros meses de vida, de acuerdo con Klein, el bebé experimenta un terror primitivo de aniquilación conectado con lo que Freud llamó el instinto de muerte. Como una manera de defenderse contra este terror, el yo sufre una escisión, en la que todo "lo malo"o la agresión derivada del instinto de muerte, es rechazada y proyectada a la madre. El infante vive entonces con el miedo a la persecución materna, el cual puede ser concretizado como un miedo a que la madre entre en su interior y destruya cualquier bondad (derivada de la libido) que también ha sido escindida y protegida dentro del infante. Este último temor es la ansiedad primaria de lo que Klein (1946/1975) denominó la *posición esquizo-paranoide*. Este modo temprano de organizar la experiencia obtuvo su nombre de los importantes mecanismos de defensa de escisión del yo ("esquizoide") y de proyección ("paranoide"). Por cierto, la proyección y la introyección son cruciales para comprender la posición esquizo-paranoide. Estos mecanismos se utilizan para separar lo más posible "lo bueno " y "lo malo" (Segal, 1964). Luego de que los objetos persecutorios, o malos, han sido proyectados sobre la madre para separarlos de los objetos buenos o idealizados, pueden

ser reintroyectados (esto es, retomados hacia adentro) para controlarlos y dominarlos. Concomitantemente, los objetos buenos pueden ser proyectados para mantenerlos a salvo de lo "malo", que ahora se encuentra dentro.

Estos ciclos oscilantes de proyección e introyección continúan hasta que el infante comienza a darse cuenta de que la madre "mala" y la madre "buena" no son en realidad diferentes, sino más bien la misma persona. A medida que los niños integran las dos partes del objeto en un objeto total, comienzan a sentirse perturbados porque sus fantasías sádicas destructivas hacia la madre pueden haberla destruido. Esta recién adquirida preocupación por la madre como un objeto total es denominada *ansiedad depresiva* por Klein y anuncia el arribo de la *posición depresiva*. Este modo de experiencia comprende la preocupación de que uno puede dañar a otros, en contraste con la posición esquizo-paranoide, en la que la preocupación es que uno será dañado por otros. La culpa se convierte en una parte fundamental de la vida afectiva del infante, quien intenta resolverla a través de la *reparación*. Este proceso puede comprender actos hacia la mamá que son destinados a reparar el "daño" infligido a ella en la realidad o en la fantasía. Klein remodela el complejo de Edipo como un esfuerzo para resolver las ansiedades depresivas y la culpa a través de la reparación.

La formulaciones de Klein han sido criticadas por apoyarse exclusivamente en la fantasía, minimizando de este modo la influencia de personas reales en el ambiente, y por enfatizar en demasía el instinto de muerte –un concepto ampliamente desconsiderado por los psicoanalistas teóricos contemporáneos– y por atribuir formas sofisticadas adultas de cognición a los infantes en su primer año de vida. Sin embargo, su desarrollo brillante de la posición esquizo-paranoide y la posición depresiva es de extraordinario valor clínico, especialmente si vemos estas posiciones como dos modos de generar experiencia, que actúan a lo largo de la vida y que crean un interjuego dialéctico en la mente, en vez de verlos como fases del desarrollo a través de las cuales se pasa o se crece (Ogden, 1986). Esta conceptualización de modos de experiencia, que actúan a lo largo de la vida, disminuye la significancia de los tiempos del desarrollo establecidos por Klein.

Para Klein, las pulsiones eran fenómenos psicológicos realmente complejos íntimamente ligados a relaciones de objeto específicas. Más que originadas en el cuerpo, las pulsiones eran vistas como usando simplemente el cuerpo como un vehículo para la expresión (Greenberg y Mitchell, 1983). Además, las pulsiones no buscaban simplemente la reducción de la tensión sino que se dirigían a objetos específicos por razones específicas. Durante la década de los cuarenta, ésta y otras posturas sostenidas por Klein provocaron un áspero debate en la British Psychoanalytic Society. Anna Freud fue la principal Némesis de Klein, y cuando un cisma finalmente rompió la sociedad, un segmento, conocido como el Grupo B, siguió el liderazgo de An-

na Freud, mientras que el Grupo A se mantuvo leal a Klein. Un tercer segmento, el Grupo Intermedio, se rehusó a tomar partido. Aunque estos grupos todavía existen en la actualidad, sus bordes son mucho más permeables, y una considerable fertilización cruzada ha ocurrido a lo largo de la segunda mitad del siglo. El Grupo Intermedio, hasta cierto grado influido por el pensamiento de Klein, creó la teoría de las relaciones objetales tal como la conocemos hoy (Kohon 1986). Los individuos asociados a este tercer segmento no se designaron oficialmente a sí mismos como un grupo hasta 1962, cuando empezaron a ser conocidos como los "Independientes". Entre las figuras claves de los Independientes, algunas veces referida como la Escuela Inglesa de las relaciones objetales (Sutherland, 1980), estaban D.W-.Winnicott, Michael Balint, W.R.D. Fairbairn, Paula Heimann, Margaret Little y Harry Guntrip. Este grupo dominó la sociedad inglesa en términos de números luego de los Debates Controversiales de 1943 y 1944 (véase King y Steiner, 1992), si bien no había una figura central que hubiera publicado una teoría coherente (Tuckett, 1996). Aunque, de hecho, había diferencias significativas en los escritos de estos pensadores, sus trabajos compartían temas en común. Todos estaban preocupados acerca del desarrollo temprano previo al complejo de Edipo, y todos se ocupaban más de las vicisitudes de las relaciones de objeto interno que de la teoría de las pulsiones. Más aún, como Klein y a diferencia del Grupo B, ellos tendieron a tratar pacientes más enfermos con métodos psicoanalíticos; quizá por esta razón tuvieron un contacto cercano con los estados mentales primitivos.

Los Independientes sirvieron para contrabalancear el excesivo énfasis de Klein en la fantasía destacando la influencia del ambiente temprano en el bebé. Winnicott (1965), por ejemplo, acuñó el término *madre suficientemente buena* para caracterizar los requerimientos mínimos del ambiente necesitados por el infante para seguir el desarrollo normal. Balint (1979) describió el sentimiento que padecían muchos pacientes de que algo había estado ausente, lo que él denominó *falta básica*. Esta carencia se debía al fracaso de la madre en responder a las necesidades básicas del niño. Fairbairn (1963), tal vez el más divorciado de la teoría de las pulsiones, vio la etiología de las dificultades de sus pacientes esquizoides no en la frustración de la pulsión sino más bien en el fracaso de sus madres en proveer experiencias que los reaseguraran de que eran realmente amados por ellos mismos. Él creyó que los instintos o pulsiones no estaban al servicio de la búsqueda del placer sino más bien al servicio de la búsqueda del objeto.

Estos pensadores estaban impresionados con el hecho de que una teoría del *déficit*, como también una teoría del conflicto, era necesaria para una comprensión psicoanalítica completa del ser humano. Los analistas tienen otra tarea además del análisis del conflicto. Ellos también sirven como un nuevo objeto a ser internalizado por sus pacientes para apuntalar las estructuras intrapsíquicas deficientes. Este punto es crucial para una teoría clíni-

ca de las relaciones objetales; las relaciones de objeto interno del paciente no son grabadas en granito; ellas están abiertas a la modificación a través de nuevas experiencias. Este punto de vista es incluso reconocido en cierta medida por los que proponen la psicología clásica del yo, como Blum, quien adscribe a Stone (1967) apuntando: "Aún en el análisis de adultos el rol del analista como un nuevo objeto real más que como el objeto de la transferencia debe ser considerado junto con la identificación con el analista y las actitudes analíticas" (Blum, 1971; p. 51).

Otro concepto clave emergente de la Escuela Inglesa es que un infante tiene una tendencia congénita a crecer hacia la realización personal (Summers 1999). Winnicott, en particular, sintió que había un *verdadero self* cuyo crecimiento podía ser facilitado o impedido por las respuestas de la madre y otras figuras en el ambiente. Bollas (1989) amplía este concepto argumentando que la motivación primordial dentro del niño es la necesidad de convertirse en sí mismo, lo cual es facilitado por la capacidad de la madre de permitir al niño expresar su verdadero self en interacción con ella. Cuando la madre no cumple con esta función puede contribuir al desarrollo en el niño de un *falso self* al servicio de acomodarse a las necesidades o deseos de la madre.

Self y yo

Mientras que los psicólogos del yo tienden a minimizar la significación del self en su prosecución de una exhaustiva comprensión del yo, los teóricos de las relaciones objetales, debido a su focalización sobre el self en su relación con los objetos, han buscado clarificar más aún el lugar del self en el aparato psíquico. Algunos teóricos norteamericanos, incluyendo a Kernberg, Mahler y Edith Jacobson, han trabajado para integrar la teoría de las relaciones objetales con la psicología del yo, considerando la relación del yo y el self.

Pocos conceptos en el discurso psicoanalítico moderno son más controvertidos que el self. Esta discusión tiene sus raíces históricas en el uso ambiguo que Freud daba a *Ich*. Literalmente traducido del alemán como "yo", el término era usado por Freud con dos connotaciones diferentes. A veces, *Ich* se refería a una estructura intrapsíquica impersonal, mientras que otras veces denotaba claramente la autoexperiencia personal del individuo (Kernberg, 1982; Meissner, 1986). La traducción ulterior de Strachey de *Ich* como "yo" en la Standard Edition de la obra de Freud influyó profundamente en esta controversia. El yo fue asociado definitivamente con la teoría estructural tripartita como una de las tres instancias intrapsíquicas impersonales. El otro uso que Freud le daba al término para referirse a la experiencia personal se perdió en la estandarización del significado impersonal.

Hartmann (1950/1964) separó aún más los dos significados de *Ich* diferenciando al yo y al self de acuerdo con sus contextos de interacción. En esta teoría, el yo interactuaba con otras instancias intrapsíquicas, el ello y el superyó, mientras que el self interactuaba con los objetos. Aunque los críticos creen que este desarrollo histórico empaña la distinción entre conceptos psicoanalíticos y sociológicos (Kernberg, 1982), otros teóricos encuentran que esta clarificación establece un marco para el desarrollo de la teoría de las relaciones objetales. En otras palabras, el self evoluciona como el resultado de interacciones con objetos significativos en el ambiente y con los correspondientes objetos internos (Meissner, 1986).

Otra controversia mayor alrededor del self es si se refiere a una representación intrapsíquica del individuo o a una fuente de acción y entidad en su propio derecho. La tendencia entre los pensadores de la psicología del yo ha sido ver al self como representacional más que como una fuente de actividad autónoma subjetiva (Meissner, 1986). Sin embargo, numerosos autores (Guntrip, 1968, 1971; Meissner, 1986; Schafer, 1976; Sutherland, 1983) han expresado preocupación porque la teoría estructural y el modelo del self como una representación intrapsíquica proveen pequeñas bases para un concepto del self que incluya experiencia subjetiva o entidad personal. La teoría estructural, por su propia índole, está orientada a funciones específicas que son impersonales por naturaleza. Sutherland (1983), por ejemplo, sostuvo que una característica básica del self es su rol de iniciador de actividad con el ambiente, en una lucha tendiente hacia la unidad y afinidad.

Hay lugar para el self como representación y para el self como instancia. De hecho, el self puede ser visto como encajado en el yo y definido como el producto final de la integración de las varias representaciones de sí mismo (Kernberg, 1982). Sin embargo, este producto final integrado no debe ser considerado como continuo, invariable (Bollas, 1987; Mitchel, 1991; Ogden, 1989; Schafer, 1989). Aunque frecuentemente deseamos mantener una ilusión de un self continuo, la realidad es que todos estamos compuestos de múltiples selfs discontinuos que están constantemente siendo modelados y definidos por las relaciones, reales y fantaseadas, con los otros. Schafer (1989) ha entendido este fenómeno como un conjunto de selfs narrativos o líneas de cuento que nosotros desarrollamos para proveer una explicación emocionalmente coherente de nuestras vidas. Mitchell (1991) ha observado que una paradoja del trabajo psicoanalítico es que a medida que los pacientes aprenden a tolerar estas múltiples facetas de ellos mismos, comienzan a experimentarse a sí mismos como más estables y coherentes.

Mecanismos de defensa

En la sección precedente sobre psicología del yo hemos considerado varios mecanismos de defensa neuróticos. Ajustándonos a la tendencia histórica de asociar la teoría de las relaciones objetales con los pacientes más profundamente alterados, en esta sección discutiremos sobre un número de mecanismos de defensa más primitivos característicos de los trastornos de la personalidad y de la psicosis: escisión, identificación proyectiva, introyección, y negación.

Escisión. Este mecanismo es un proceso inconsciente que separa activamente los sentimientos contradictorios, las representaciones del self o las representaciones de objeto. Aunque Freud (1927/1961, 1940/1964) hizo referencias dispersas a la escisión, fue Klein (1946/1975) quien la colocó en el lugar de piedra fundamental de la supervivencia emocional durante los primeros meses de vida. La escisión permite al infante separar lo bueno de lo malo, lo placentero de lo displacentero, el amor del odio, para preservar experiencias positivas, afectos, representaciones del self y representaciones de objeto, en compartimientos mentales aislados y seguros, libres de la contaminación por contrapartes negativas. La escisión puede ser vista como un modo biológico básico de ordenar la experiencia, por el cual lo amenazante es separado de lo amenazado; y es secundariamente elaborado en una defensa psicológica (Ogden, 1986). También es una causa fundamental de la debilidad del yo (Kernberg, 1967, 1975). La integración de derivados pulsionales libidinales y agresivos asociados con los introyectos "buenos" y "malos" sirve para neutralizar la agresión. La escisión previene esta neutralización y de esta manera priva al yo de una fuente esencial de energía para el crecimiento.

En la visión de Kernberg, la escisión está caracterizada por ciertas manifestaciones clínicas: 1) la expresión alternada de actitudes y comportamientos contradictorios, las que el paciente considera con falta de preocupación y blanda negación; 2) falta de control de los impulsos en forma selectiva; 3) la compartimentalización de cada uno en el ambiente en campos "todo bueno" y "todo malo", lo que frecuentemente es referido como idealización y devaluación; y 4) la coexistencia de representaciones del self contradictorias que alternan una con otra. Aunque para Kernberg la escisión era la operación defensiva clave en los pacientes con trastorno borderline de la personalidad, este mecanismo puede ser observado a veces en todos los pacientes (Rangell, 1982) y no diferencia claramente a los pacientes borderline de aquellos con otros trastornos de la personalidad (Allen y col., 1988). Kernberg distinguió entre los caracteres neuróticos y los caracteres borderlines en parte sobre la base de que éstos últimos utilizan con preferencia la escisión en vez de la represión, pero la investigación empírica sugiere que estas dos defensas operan independientemente y pueden coexistir en el mismo individuo (Perry y Cooper, 1986).

Identificación proyectiva. Éste es un proceso inconsciente de tres pasos por el cual aspectos inaceptables de uno son atribuidos a otro (veánse figs. 2-2, 2-3 y 2-4) (Ogden, 1979) y son los siguientes:

1. El paciente proyecta una representación del self o del objeto sobre el terapeuta.
2. El terapeuta inconscientemente se identifica con aquello que es proyectado y comienza a sentirse o comportarse como la representación del objeto o del self proyectado en respuesta a la presión interpersonal ejercida por el paciente (este aspecto del fenómeno es frecuentemente referido como *contraidentificación proyectiva* [Grinberg, 1979]).
3. El material proyectado es "procesado psicológicamente" y modificado por el terapeuta, quien lo devuelve al paciente vía reintroyección. La modificación del material proyectado, a su vez, modifica la correspondiente representación del self o del objeto y el patrón de relación interpersonal.

Estos tres pasos son presentados en una manera artificialmente lineal para que resulten más claros. Pero, Ogden (1992) enfatizó que estos aspectos no son realmente lineales, sino que en realidad deberían ser conceptualizados como creando una dialéctica en la que el paciente y el analista entran en una relación en la cual están simultáneamente separados pero también "en relación uno" con el otro. Una subjetividad única se crea a través de esta dialéctica de interpenetración de subjetividades. No obstante, la transferencia y la contratransferencia pueden ser correlacionadas con los pasos 1 y 2, respectivamente. En esta consideración, la identificación proyectiva tiene una dimensión interpersonal además de su rol como mecanismo de defensa intrapsíquico. La escisión y la identificación proyectiva son mecanismos altamente interrelacionados que trabajan en forma conjunta para mantener separados "lo bueno" y " lo malo" (Grotstein, 1981). El elemento interpersonal inherente en la definición de Ogden de identificación proyectiva deriva de la conceptualización de Bion (1962) del terapeuta como un contenedor de las proyecciones del paciente, así como la madre contiene las proyecciones del infante.

En Londres, los analistas kleinianos contemporáneos ven la identificación proyectiva de manera un tanto diferente. Ellos están más inclinados a conceptualizar la defensa como involucrando la proyección, no como una parte del paciente, sino más bien como una fantasía de una relación de objeto (Feldman 1997) En este aspecto, la transformación del blanco de la proyección no es absolutamente necesaria. No obstante, está emergiendo un consenso creciente entre los kleinianos de que el analista o el terapeuta está siempre influenciado hasta cierto grado por lo que el paciente está proyectando y que cierto grado de respuesta a los "codazos" del paciente para actuar de acuerdo con sus proyecciones puede ayudar al analista a estar

conscientemente alerta de lo que está siendo proyectado (Joseph, 1989; Spillius, 1992).

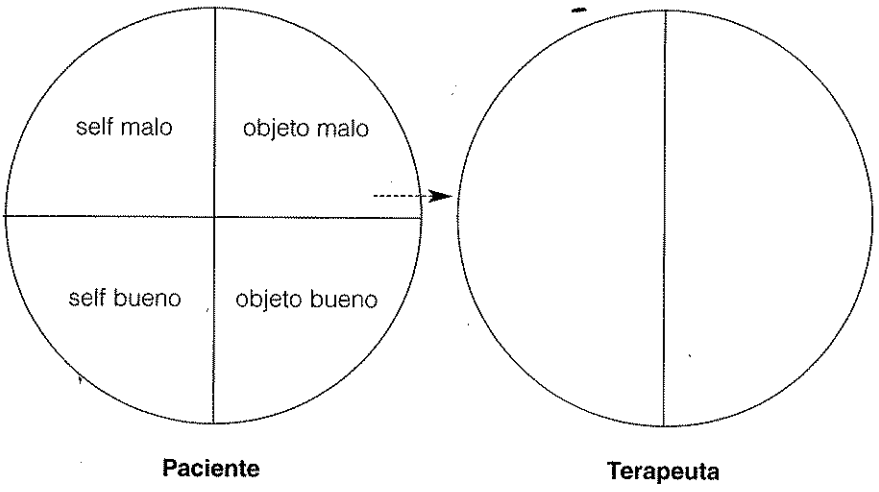


Fig. 2-2. La identificación proyectiva - Paso 1. El paciente niega y proyecta el objeto interno malo sobre el terapeuta.

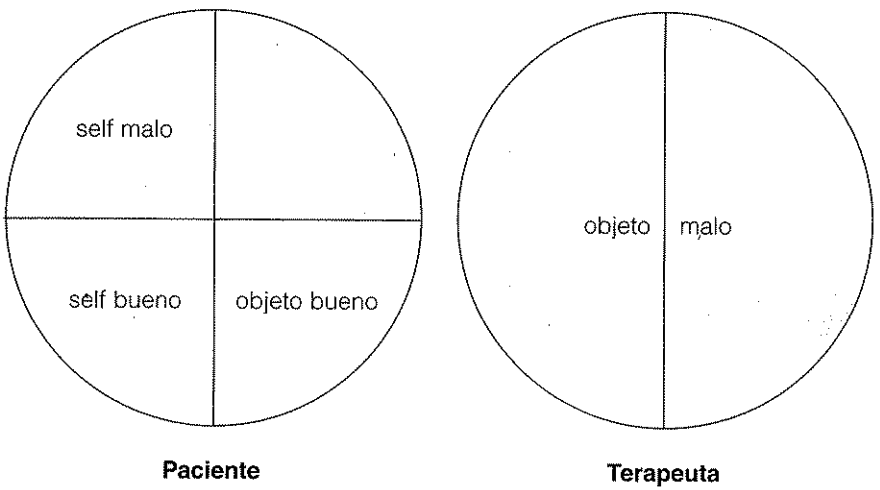


Fig. 2-3. La identificación proyectiva - Paso 2. El terapeuta comienza inconscientemente a sentirse y/o comportarse como el objeto interno malo proyectado en respuesta a la presión interpersonal ejercida por el paciente (contraidentificación proyectiva).

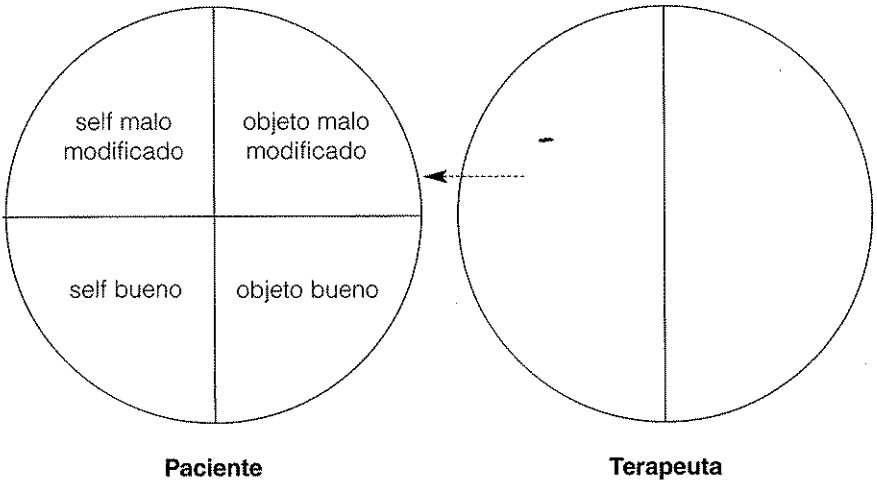


Fig. 2-4. La identificación proyectiva - Paso 3. El terapeuta contiene y modifica el objeto malo proyectado, que es luego reintroyectado por el paciente y asimilado (identificación introyectiva).

Analistas de una orientación más clásica (Chused, 1991; Jacobs, 1986; McLaughlin, 1991) han reconocido que las *actuaciones* contratransferenciales son inevitables. También han reconocido que las actuaciones son frecuentemente evocadas por el esfuerzo del paciente para transformar al analista en el objeto u objetos de la transferencia. Esta visión es notablemente similar a la identificación proyectiva. Chused (1991), por ejemplo, notó: "Las actuaciones ocurren cuando un intento de actualizar una fantasía transferencial produce como respuesta una reacción contratransferencial." (p.29). En realidad, tanto los kleinianos como los psicólogos del yo coinciden en que la contratransferencia es una creación conjunta que involucra contribuciones tanto del paciente como del terapeuta (Gabbard, 1995). El paciente evoca ciertas respuestas en el terapeuta, pero son los conflictos personales del terapeuta y sus representaciones internas del self y de objeto lo que determinan la forma final de la respuesta contratransferencial. En otras palabras, el proceso requiere un "gancho" en el receptor de la proyección para que ésta quede adherida. Algunas proyecciones integran un mejor empalme con el receptor que el que logran otras (Gabbard, 1995).

Confinar el concepto de identificación proyectiva a un mecanismo de defensa es excesivamente limitante. Debido al componente interpersonal, también se lo puede considerar como 1) un medio de comunicación, en el cual los pacientes obligan al terapeuta a experimentar sentimientos similares a los de ellos; 2) un modo de relación de objeto; y 3) un camino para el cam-

bio psicológico, en el sentido de que la reintroyección de los contenidos proyectados luego de que ellos han sido modificados por el terapeuta provoca una modificación del paciente. Aunque este modelo de identificación proyectiva enfatiza lo que ocurre en un marco clínico, la identificación proyectiva también ocurre regularmente en situaciones no terapéuticas. En estos marcos no clínicos, las proyecciones pueden volver completamente distorsionadas, o "quedarles atragantadas al paciente", en vez de ser modificadas o contenidas.

La distinción entre proyección e identificación proyectiva es también un tanto controversial. Grotstein (1981) conceptualizó toda proyección como identificación proyectiva porque una identificación empática con el material proyectado es siempre retenida dentro del que proyecta. Para Grotstein, la proyección hacia afuera de algo dentro del self no tendría significado a menos que el individuo mantuviera alguna conexión con lo que es proyectado. Según la definición de Ogden, sin embargo, toda proyección no es identificación proyectiva. Los individuos paranoides pueden proyectar intenciones malevolentes sobre muchas personas con quienes nunca toman contacto. Simplemente evitan a esos individuos y se resguardan ellos mismos. La proyección se convierte en identificación proyectiva cuando el blanco de una proyección comienza a ser transformado por la proyección. Cuando los individuos paranoides comienzan a tener contacto directo con los objetos de sus proyecciones y comienzan a acusar a esas personas de motivos malevolentes, los blancos de las proyecciones probablemente se identifican con las proyecciones de "objeto malo" y empiezan a ponerse a la defensiva y enojados por las acusaciones injustas. Una tercera visión es sugerida por Kernberg (1987 b), quien disentía con la visión tradicional de la proyección como un mecanismo primitivo. Él vio la proyección como típica de los pacientes neuróticos de nivel superior. La describió como carente de empatía con el material proyectado, sin evocar en el terapeuta la conducta típica de los aspectos proyectados del paciente, y sin proceso de reintroyección. Según Kernberg, la identificación proyectiva es un proceso más primitivo, porque comprende límites más permeables entre self-otro en el sentido de que el material retorna al paciente más fácilmente que lo que lo hace en la proyección, donde el límite entre self-otro es firme.

Introyección. Este tercer mecanismo de defensa es un proceso inconsciente por el cual un objeto externo es tomado simbólicamente dentro de sí y asimilado como parte de uno mismo. Este mecanismo puede existir como una parte de la identificación proyectiva, donde lo que es tomado dentro de sí estaba originalmente proyectado, o puede existir en forma independiente como lo contrario de la proyección. Freud, clásicamente (1917/1963), definió la depresión como el resultado de la introyección de un objeto visto en forma ambivalente. El enojo depositado en este introyecto dentro del pa-

ciente deprimido resultaba en el autodesprecio y otros síntomas de la depresión. En el léxico contemporáneo de las relaciones de objeto, la introyección es diferenciada de la identificación como uno de los dos principales modos de internalización. Si un padre, por ejemplo, es *introyectado*, entonces el padre es internalizado como parte de la subdivisión de objeto del yo y es experimentado como una presencia interna que no altera sustancialmente la representación del self. Por otro lado, en la identificación, el padre es internalizado como parte de la subdivisión del sí mismo del yo y modifica materialmente la representación del sí mismo (Sandler, 1990).

Negación. El cuarto mecanismo de defensa, la negación, es una desautorización directa de datos sensoriales traumáticos. Mientras que la represión es por lo general usada como una defensa contra los deseos o impulsos *internos*, la negación es ordinariamente una defensa contra el mundo externo cuando esa realidad es abrumadora. Aunque asociado en primera instancia con la psicosis y los trastornos severos de la personalidad, este mecanismo también lo pueden usar personas sanas, sobre todo frente a eventos catastróficos.

Psicología del self

Kohut

Mientras que la teoría de las relaciones objetales enfatiza las relaciones *internalizadas* entre las *representaciones* del self y de objeto, la psicología del self coloca el acento en cómo las relaciones externas ayudan a mantener la autoestima y la cohesión del self. Derivado de los escritos seminales de Heinz Kohut (1971, 1977, 1984), este abordaje teórico ve al paciente como necesitando desesperadamente ciertas respuestas de otras personas para mantener un sentido de bienestar.

La psicología del self evolucionó a partir del estudio de Kohut de pacientes narcisísticamente perturbados en tratamiento psicoanalítico. Notó que estos pacientes parecían diferentes de los pacientes neuróticos clásicos que se presentaban para tratamiento con síntomas histéricos u obsesivo-compulsivos. En cambio, estos pacientes se quejaban de sentimientos de depresión o de insatisfacción en las relaciones interpersonales, nunca antes descritos (Kohut, 1971). Estaban también caracterizados por una autoestima vulnerable altamente sensible al desaire de los amigos, familia, amantes, colegas y otros. Kohut observó que el modelo estructural de la psicología del yo no parecía adecuado para explicar la patogénesis y la cura de los problemas de estos pacientes.

Kohut notó en estos pacientes dos tipos de transferencia: especular e idealizada. En la transferencia especular el paciente busca una respuesta de confirmación y validación por parte del analista, que Kohut asoció al "destello en los ojos de la madre" en respuesta al despliegue exhibicionista apropiado a esa fase por parte del niño pequeño, que llamó el *self grandioso-exhibicionista*. Estas respuestas de aprobación, de acuerdo con Kohut, son esenciales para el desarrollo normal porque proveen al niño un sentido de valor personal. Cuando una madre falla en empatizar con las necesidades que el niño tiene de esas respuestas especulares, el niño tiene gran dificultad en mantener un sentido de unidad y de autoestima. En respuesta a esta falla de empatía, su sentido de self se fragmenta y el niño intenta desesperadamente ser perfecto y "representar" para el progenitor para ganar la ansiada aprobación. Esta forma de "lucirse" es otra manifestación del self grandioso exhibicionista (Baker y Baker, 1987). El mismo fenómeno constituye la transferencia especular en los adultos que buscan tratamiento. El paciente adulto que "representa" para su terapeuta en un intento desesperado de ganar aprobación y admiración puede estar desarrollando una transferencia especular.

La transferencia idealizada, como lo implica su nombre, se refiere a una situación en la cual el paciente percibe al terapeuta como un padre todopoderoso cuya presencia calma y sana. El deseo de disfrutar del calor de la gloria reflejada por el terapeuta idealizado es una manifestación de esta transferencia. De la misma manera que el niño puede ser traumatizado por la falla empática de su madre quien no provee respuestas especulares al self grandioso exhibicionista de su niño, este mismo niño puede ser traumatizado por una madre que no empatiza con las necesidades del niño de idealizarla o que no provee un modelo digno de idealización.

En ambos casos, el paciente adulto que sufre de tales perturbaciones tempranas y que presenta estos tipos de disposiciones transferenciales está luchando con un self defectuoso o deficiente, uno que está congelado en el desarrollo hasta un punto en donde es altamente proclive a la fragmentación. Según Kohut, el modelo estructural del conflicto asociado a la psicología de yo no es suficiente para explicar estas necesidades narcisistas de especularse y de idealización. Más aún, él notó un tono peyorativo y moralizante en las actitudes de los analistas quienes abordaban el narcisismo desde el punto de vista clásico. Él creía que se había hecho mucho daño por seguir el modelo de Freud (1914/1963), que proponía una transición desde un estadio de narcisismo primario al amor de objeto como parte del proceso de maduración normal. La consecuencia del pensamiento de Freud era que uno debía "sobreponerse" a los esfuerzos narcisistas y preocuparse más por las necesidades de los otros.

Kohut creyó que este punto de vista era hipócrita. Sostenía que las necesidades narcisistas persisten a lo largo de la vida y que cotejan al desarro-

llo en el campo del amor de objeto. Postuló una teoría de *doble-eje* (fig. 2-5) que permitió la comprensión del desarrollo continuo tanto en el campo narcisista como en el campo del amor de objeto (Ornstein, 1974). A medida que los infantes maduran, intentan capturar la perfección perdida de la unión temprana madre-bebé usando una de las dos estrategias: el self grandioso, en el que la perfección es capturada dentro de sí, y la imagen parental idealizada, en la cual la perfección es asignada al progenitor. Estos dos polos constituyen el *self bipolar.* En su último libro (1984, después de su muerte), Kohut expandió esta conceptualización a un self *tripolar* agregando un tercer polo de necesidades de objetos del self, el gemelar o alterego. Este aspecto del self aparece en la transferencia como una necesidad de ser exactamente como el terapeuta. Tiene sus orígenes evolutivos en un deseo de fusión que es gradualmente transformado en conducta imitativa. Por ejemplo, un niño podría jugar a segar el pasto mientras su padre corta el césped. Este tercer polo del self tiene una utilidad clínica limitada comparada con los otros dos y es frecuentemente excluida en las discusiones sobre las transferencias de objetos del self. Si las fallas de empatía son típicas de las respuestas de los progenitores a estas estrategias, ocurre una detención en el desarrollo. Con una progenitura adecuada, por otro lado, el self grandioso es transformado en ambiciones saludables, y la imagen parental idealizada es internalizada como ideales y valores (Kohut, 1971). Por lo tanto, los terapeutas podrían empatizar con las necesidades narcisistas de sus pacientes como normales del desarrollo y no despreciarlas por inmaduras y egocéntricas. Mientras la teoría clásica de la psicología del yo conceptualiza que el paciente tiene deseos infantiles a los cuales debe renunciar, Kohut consideraba que los pacientes tienen *necesidades* que deben ser comprendidas y en parte encontradas en el tratamiento (Eagle, 1990). El primer libro de Kohut propuso esta formulación teórica como aplicable primariamente a la patología narcisista del carácter. Por la época en la que apareció su último libro (1984), había extendido sobremanera el alcance de la psicología del self:

> La psicología del self está ahora intentando demostrar... que todas la formas de psicopatología están basadas tanto en los defectos de la estructura del self, como en las distorsiones o las debilidades del self. Está tratando de mostrar, incluso, que todas estas fallas en el self se deben a las perturbaciones en las relaciones del self con los objetos del self en la niñez. (Kohut, 1984; p. 53).

El término *objeto del self* se convirtió en un término genérico para describir el rol que otras personas llevan a cabo para el self en respuesta a las necesidades especulares, de idealización y gemelares. Desde el punto de vista del crecimiento y desarrollo del self, los otros no son tenidos en cuenta como personas separadas sino más bien como objetos para gratificar estas

necesidades del self. En un sentido, entonces, los objetos del self pueden ser vistos más como funciones (p. ej., tranquilizadores, reaseguradores) que como personas. La necesidad de objetos del self no se supera nunca, según Kohut, más bien persiste a lo largo de la vida; necesitamos objetos del self en nuestro ambiente para la supervivencia emocional así como el oxígeno en la atmósfera para la supervivencia física (Kohut, 1984).

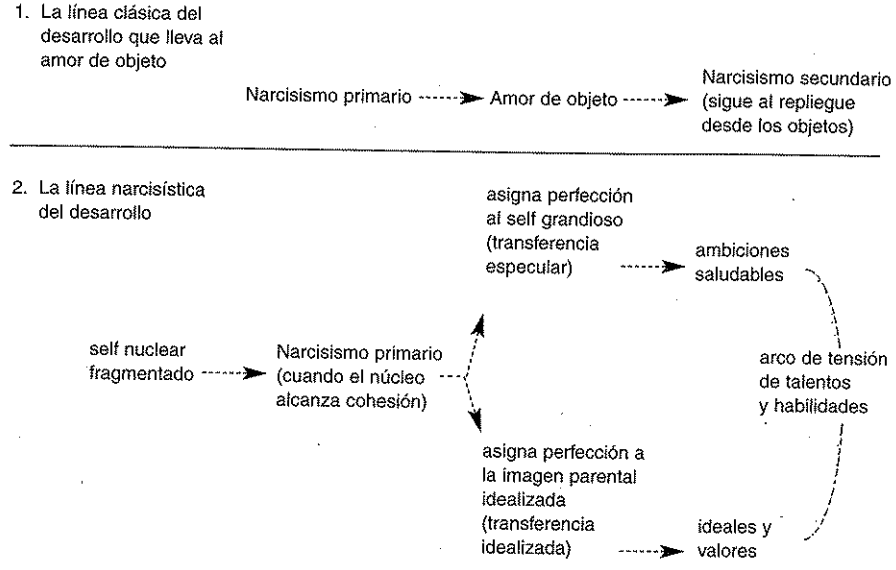


Fig. 2-5. La teoría del doble eje de Kohut (1971).

Una implicancia de la afirmación teórica final de Kohut es que la separación es un mito. Su visión difiere dramáticamente de la visión de relaciones de objeto de Mahler, la cual pivotea alrededor de la separación intrapsíquica, en que la psicología del self ve la separación entre el self y los objetos del self como imposible. Todos necesitamos a lo largo de la vida respuestas de otros que sean empáticas y afirmantes para mantener nuestra autoestima. La maduración y el crecimiento permiten un desplazamiento de la necesidad de objetos del self arcaicos hacia una habilidad para utilizar objetos del self más maduros y apropiados. En el marco clínico, el objetivo del tratamiento es fortalecer el self debilitado de modo que pueda tolerar experiencias de objetos del self menores de lo óptimo sin una pérdida significativa de su cohesión (Wolf, 1988).

Kohut se resistió siempre a una definición simple del self, porque creía que era una estructura tan amplia que desafiaba una definición llana. Sin

embargo, para la época de su muerte en 1981, su visión del self ya no era la misma. De una representación del self pasó a un self supraordinario: la constelación psíquica primaria, el centro de la experiencia e iniciativa, y la instancia principal de la motivación" (Curtis, 1985; p. 343). Las implicancias posteriores incluyen la pérdida penetrante del énfasis sobre el yo y las vicisitudes de las pulsiones y las defensas, una mayor focalización en la experiencia subjetiva consciente, y la conceptualización de la agresión como secundaria a los fracasos de los objetos del self (p. ej., rabia narcisista) más que como una pulsión primaria o innata. Las defensas y las resistencias, en este marco, o "defensas-resistencias", como Kohut (1984) las refiriera, son por completo diferentes: "Mi preferencia personal es hablar acerca de la 'actitud defensiva' de los pacientes –y pensar que estas actitudes defensivas son adaptativas y psicológicamente valiosas– y no acerca de sus 'resistencias'" (p. 114). Claramente, son valiosas y adaptativas porque preservan la integridad del self.

En contraste con los psicólogos del yo, Kohut atribuyó al complejo de Edipo una importancia secundaria. Los conflictos edípicos que incluyen la sexualidad y la agresión son meros "productos de descomposición" de fracasos tempranos en el desarrollo de la matriz que conforman el self y los objetos del self. Si una madre satisface adecuadamente las necesidades de objeto del self de su niño, el complejo de Edipo puede ser atravesado sin que el niño se vuelva sintomático. La ansiedad fundamental, de acuerdo con la psicología del self, es la "ansiedad de desintegración", que incluye el miedo de que el propio self se fragmentará por las respuestas inadecuadas de los objetos del self, resultando en una experiencia de estado no humano de muerte psicológica (Baker y Baker, 1987). Desde el punto de vista de la psicología del self, la mayoría de las formas de conducta sintomática (p. ej., abuso de sustancias, promiscuidad sexual, perversiones, automutilación, atracones y conductas purgativas) *no* nacen de la conflictiva neurótica relacionada con la ansiedad de castración. Reflejan, más bien, "un intento de emergencia para mantener y/o restaurar la cohesión interna y la armonía de un self vulnerable, enfermo" (Baker y Baker, 1987; p.5). Estas fragmentaciones del self ocurren a lo largo de un continuo que va desde la ligera preocupación o ansiedad hasta el pánico severo frente a la percepción de que uno se está derrumbando completamente (Wolf, 1988).

El énfasis de la psicología del self en los fracasos de las figuras parentales y las resultantes deficiencias del self resuenan con las teorías de las relaciones objetales de la Escuela Inglesa. Los ecos de la madre suficientemente buena de Winnicott y la falta básica Balint pueden ser escuchados en los temas de los escritos de la psicología del self. Aunque Kohut no toma en cuenta las contribuciones de estos teóricos, su influencia es inequívoca. Sin embargo, los teóricos de las relaciones objetales no desarrollaron la noción del self con el alcance con que lo hizo Kohut, probablemente por sus adhe-

siones a un modelo de maduración que retiene el potencial moralizante, esquivado por Kohut (Bacal, 1987). Kohut también ha hecho una contribución significativa al reconocer la importancia de la autoestima en la patogénesis de los trastornos psiquiátricos.

Contribuciones posteriores a Kohut

Luego de la muerte de Kohut, una nueva generación de psicólogos del self elaboró y expandió algunos aspectos de su teoría. Wolf (1988) identificó otras dos transferencias de los objetos del self. En la *transferencia adversaria del objeto del self* el paciente experimenta al analista como un individuo benignamente opositor, quien a pesar de todo mantiene algún grado de sostén. El analista también es percibido como alentando una medida de autonomía para el self del paciente al aceptar la necesidad del paciente de ser adversario. La segunda transferencia de objeto del self observada por Wolf está relacionada con la transferencia especular, pero debido a su relación con una motivación intrínseca de adquirir dominio, es suficientemente diferente para garantizar un título aparte. Conocida como la *transferencia de eficacia del objeto del self,* implica la percepción por parte del paciente de que el analista le está permitiendo producir eficazmente una conducta necesaria de objeto del self en el propio analista.

Otros analistas influidos por la psicología del self creen que la información fuera del modo de percepción empático-introspectivo debe ser integrado a la base del conocimiento del analista. Lichtenberg (1998; Lichtenberg y Hadley, 1989) considera el conocimiento de las "escenas modelo" prototípicas de las experiencias infantiles y de la niñez como muy relevante para la reconstrucción y comprensión de las experiencias tempranas del paciente. Argumenta que se deben tomar en consideración cinco sistemas motivacionales distintos para comprender completamente las fuerzas que trabajan en el paciente. Cada uno de estos sistemas está basado en necesidades innatas y patrones asociados de respuesta. El primero se desarrolla en respuesta a la necesidad de apego y afiliación El segundo incluye respuestas a la necesidad de regulación psíquica y requerimientos fisiológicos. El tercero se desarrolla en respuesta a la necesidad de exploración y afirmación. El cuarto responde a la necesidad de reaccionar frente a experiencias repugnantes a través de la retirada y/o el antagonismo. El quinto comprende respuestas a la necesidad del placer sensual y, finalmente, la excitación sexual. Estos sistemas están en tensión dialéctica entre sí y experimentan una reconfiguración jerárquica continua. Cada uno de estos cinco sistemas puede desarrollarse sólo en la presencia de una respuesta recíproca de parte de los cuidadores. Lichtenberg tenía reservas acerca de la teoría de Kohut debido a su tendencia a relegar el placer sexual y no sexual a una posición relativamente periférica.

Bacal y Newman (1990) han buscado integrar la teoría de la psicología del self con la teoría de las relaciones objetales. Argumentan que la psicología del self puede ser comprendida como una variante de la teoría de las relaciones objetales y que Kohut falló en reconocer en sus ideas la influencia de la Escuela Inglesa de las relaciones objetales. Bacal y Newman subrayan que el self en conexión con su objeto, más que en aislamiento, es la verdadera unidad básica de la psicología del self.

Otros revisionistas han cuestionado el modo de accionar terapéutico avalado por Kohut, que implica la frustración óptima de las necesidades del paciente en el contexto de la comprensión empática. Aunque Kohut repetidamente enfatizó que su técnica era esencialmente interpretativa, algunos observadores (p. ej. Siegel 1996) han recalcado que su abordaje era bastante diferente del tipo de frustración propuesta por Freud. En su último libro, Kohut reconoció el rol de la experiencia emocional correctiva. Sin embargo, Bacal (1985) fue crítico de la noción de Kohut de la frustración óptima y sugirió que "la respuesta óptima" era de igual importancia para el proceso analítico. Lindon (1994) tenía preocupaciones similares y propuso el término *provisión óptima* para dirigirse al problema de la excesiva abstinencia por parte del analista. Sin embargo, no veía este tipo de provisión como curativa. Por el contrario, la concepción de Lindon de provisión implica la creación de una atmósfera para facilitar la exploración del inconsciente del paciente, no necesariamente para reparar defectos en el desarrollo. Estipuló que las provisiones deberían estar al servicio del posterior trabajo analítico más que a subversiones del proceso analítico.

Visiones posmodernas

Freud y la versión del análisis de la psicología del yo que derivó de las ideas freudianas, son frecuentemente consideradas por los pensadores contemporáneos como representando la *modernidad,* esto es, una búsqueda positivista de una verdad objetiva contenida en el paciente que es observado en forma desapasionada por el analista. Una variedad de perspectivas teóricas contemporáneas en psicoanálisis ha desafiado esta visión tradicional. Entre estas visiones se encuentran la intersubjetividad, el constructivismo, la teoría relacional y el psicoanálisis interpersonal, todos los cuales consideran la objetividad absoluta como un mito (Aron, 1996; Gill, 1994; Greenberg, 1991; Hoffman, 1992, 1998; Levine, 1994; Mitchell, 1993, 1997; Natterson, 1991; Renik, 1993, 1998; Stolorow y col., 1987). Un tema común en esta literatura es que las percepciones que el terapeuta tiene del paciente están inevitablemente teñidas por su subjetividad.

Estas desviaciones teóricas de la teoría clásica son frecuentemente descritas como visiones *posmodernas*. Un escepticismo acerca de cualquier verdad fundamental, sin importar cuál sea, es inherente al pensamiento posmoderno. A este respecto, el concepto de *esencialismo* –que las cosas son como son, independientemente de la subjetividad del observador– es con frecuencia una contradicción para los posmodernos. La realidad en sí misma es vista como producto de la construcción social y lingüística. Los posmodernos francamente dudan de que cualquier teoría o idea represente una reflexión exacta de una realidad objetiva "allí afuera" (Aron, 1996; Holland, 1983; Leary, 1994).

Estas escuelas posmodernas son referidas frecuentemente en forma colectiva como "teorías de dos-personas" o " psicologías de dos-personas". Aunque suelen ser acusadas de manera injusta de no respaldarse en ninguna realidad objetiva en absoluto, de hecho abordan la situación clínica con una combinación de realismo y perspectiva que toma en cuenta la presencia de una realidad externa pero enfatiza que cada uno de los participantes en la díada analítica trae su perspectiva propia para conllevar esa realidad (Gabbard, 1997).

Entre las más influyentes de estas teorías de dos-personas se encuentra el modelo conflictivo-relacional de Mitchell (1993, 1997). Para él los conflictos son configuraciones relacionales más que una tensión entre instancias intrapsíquicas, como en el modelo estructural. El conflicto es inherente en las relaciones, y estas relaciones conflictivas son internalizadas tempranamente en la vida y reexperimentadas en la adultez. Mitchell francamente reconoce su deuda a los teóricos de la Escuela Inglesa de las relaciones objetales, como Fairbairn y Winnicott, y a los interpersonalistas, como Sullivan. Como el Grupo Independiente Inglés, la mayoría de las teorías posmodernas coinciden en que la búsqueda del objeto es más importante en el reino de la motivación humana que la búsqueda del placer pulsional.

Debido a que la noción de objetividad es desafiada por los posmodernos, el término *intersubjetividad* es a menudo aplicado a algunas de las teorías posmodernas. Esta tendencia ha creado confusión en la literatura, porque el significado central de intersubjetividad –sobre todo, que las dos personas en la habitación se influyen mutuamente– no está confinada a ninguna perspectiva teórica en particular en psicoanálisis (Aron, 1996; Dunn, 1995; Gabbard, 1997; Levine, 1996). Natterson (1991) ha argumentado a favor de una intersubjetividad radical caracterizada por un rol igual y mutuo del analista y del analizado en el proceso analítico. Por otro lado, Aron (1996) establece una diferencia entre simetría y mutualidad. En esta visión, aunque ambos miembros de la díada experimentan sentimientos fuertes de uno hacia el otro, ofreciendo perspectivas válidas y únicas en la interacción, e influyéndose mutuamente el uno en el otro, la relación es asimétrica en el sentido de que uno le paga honorarios a otro por un servicio, uno tiene un

conjunto de estándares éticos a los cuales adhiere, y el objetivo principal es la comprensión de la experiencia del *paciente* para mejorar su vida.

Benjamin (1990) considera la intersubjetividad como un logro del desarrollo que implica el reconocimiento completo de la autonomía y separación de la otra parte. Un objetivo del análisis es que el paciente aprenda a tratar al analista y a los otros como sujetos separados más que como objetos a ser utilizados para la gratificación de sus necesidades. Benjamin lo expresa sucintamente: "Donde estaban los objetos, deben estar los sujetos." (1990, p. 34). Otra versión de intersubjetividad propuesta por Stolorow y Atwodd (1992) no requiere ese reconocimiento del estado de separación. La mera presencia de los dos miembros de la díada analítica en el mismo consultorio constituye una situación de intersubjetividad. Stolorow y Atwood consideran la mente aislada como un mito. Influidos por Kohut y la psicología del self, ellos han avalado un contextualismo de interacción que Kohut deseaba evitar. La noción de campo intersubjetivo difiere del concepto de la relación del self con los objetos del self (Stolorow, 1995). Según Stolorow y Atwood, el paciente se dirige al analista para experiencias de objetos del self, como lo describe Kohut, pero el analista también se dirige al paciente para esas experiencias, de manera que el campo intersubjetivo es un sistema de influencia mutua y recíproca (Beebe y Lachmann, 1988) .

Renik (1993, 1998), en su versión de intersubjetividad, enfatiza la subjetividad inevitable e irreductible del analista en la escucha analítica y en la formulación de todas las intervenciones. El analista nunca puede trascender sus motivaciones personales inconscientes en el intento de comprender o ayudar al paciente.

Más que enfatizar el giro del modelo pulsional al modelo relacional, el constructivismo (Gill, 1994; Hoffman, 1983, 1991) apunta al reemplazo de la orientación positivista con una visión constructivista en la cual se ve el desempeño del analista como teniendo un efecto continuo en cuanto a lo que comprende acerca del paciente y de la interacción. Este paradigma altera también radicalmente la teoría básica de la transferencia en la situación analítica. En otras palabras, como se señaló en el capítulo 1, la transferencia no es simplemente la repetición de una plantilla intrapsíquica estereotipada basada en relaciones pasadas. También está influenciada por el *comportamiento real* del analista. Más que considerar la transferencia como pura distorsión, Hoffman la considera una construcción plausible, con la implicancia de que el paciente puede reconocer acertadamente aspectos inconscientes de la conducta del analista. Finalmente, los significados dentro de la díada son también construidos en forma conjunta a través de una negociación activa y el diálogo acerca de las dos perspectivas diferentes. Mientras que esta variante del pensamiento posmoderno fue conocida en un principio como constructivismo social, Hoffman (1998) posteriormente se refirió a esto como la visión *dialéctico-constructivista*, que refleja un modo

dialéctico del accionar terapéutico oscilante entre seguir una serie de convenciones prescritas de técnica psicoanalítica y "dejar de lado la teoría" y ser espontáneo.

Consideraciones del desarrollo

En alguna medida, todas las teorías psicoanalíticas están basadas en el desarrollo. Del mismo modo que las teorías psicoanalíticas han evolucionado desde un énfasis en las pulsiones, las defensas y el conflicto intrapsíquico entre las instancias, hasta preocupaciones con respecto al self, el objeto y las relaciones interpersonales, también la investigación del desarrollo se ha movido en esa dirección. Las teorías tempranas del desarrollo asociadas con la psicología del yo se centraban en zonas libidinales y eran grandes reconstrucciones del desarrollo temprano basadas en el trabajo psicoanalítico con adultos. Erikson (1959), siguiendo la línea de Hartmann, hizo un esfuerzo para ubicar el conflicto entre las instancias en el amplio campo de la psicología del yo. Él le dio importancia a las cuestiones psicosociales del ambiente. Creó, así, un esquema epigenético del desarrollo caracterizado por una crisis psicosocial en cada fase. Por ejemplo, durante la fase oral del desarrollo, el infante debe luchar con la confianza básica versus la desconfianza básica. En la crisis de la fase anal el conflicto se da entre la autonomía versus la vergüenza y la duda. Durante la fase fálico-edípica, el niño lucha cuerpo a cuerpo con la iniciativa versus la culpa.

La fase edípica del desarrollo comienza alrededor de los tres años y está asociada con una focalización más intensa sobre los genitales como la fuente de placer. Acompañando este interés se encuentra un intenso anhelo de ser el objeto exclusivo de amor del progenitor del sexo opuesto. Sin embargo, al mismo tiempo, la díada del niño o el marco de referencia madre-niño cambia a una tríada, y el niño se vuelve consciente de que hay un rival en la lucha por el afecto del progenitor del sexo opuesto.

En el caso de niño varón, el primer objeto de amor es la madre, lo que no requiere un viraje del afecto. Él desea dormir con ella, acariciarla y ser el centro de su mundo. Como su padre interfiere con estos planes, el niño desarrolla deseos asesinos hacia su rival. Estos deseos provocan culpa, temor a la retaliación por parte del padre y una sensación de angustia por esa retaliación inminente. Freud observó muchas veces que la mayor fuente de ansiedad del niño varón durante esta fase del desarrollo es que la retaliación del padre tome la forma de la castración. Para evitar este castigo, el niño renuncia a la lucha sexual por su madre y se identifica con su padre. Esta identificación con el agresor conlleva la decisión de buscar a una mujer *como* su madre de manera tal que el niño pueda ser *como* su papá. Como

parte de esta resolución edípica, el padre retaliador es internalizado alrededor del fin del quinto o sexto año de vida, formando el superyó, que Freud vio como el heredero del complejo de Edipo. El pensamiento contemporáneo acerca de la fase edípica del desarrollo ha clarificado que también hay un anhelo libidinal por el progenitor del *mismo* sexo asociado a un deseo de deshacerse del progenitor del sexo *opuesto*. Esta visión se conoce como el *complejo de Edipo negativo.*

Freud tuvo más dificultades en explicar el desarrollo edípico de las niñas. En una serie de escritos (1925/1961, 1931/1961, 1933/1964), admitió francamente su perplejidad por la psicología femenina, a pesar de lo cual luchó para describir el desarrollo femenino. Lo intentó declarando que el desarrollo femenino era básicamente análogo al de los varones. Mientras que en los niños el complejo de Edipo se resuelve por el complejo de castración, en las niñas es *promulgado* por una conciencia de "castración". En las fases preedípicas del desarrollo, según Freud, la pequeña niña se siente esencialmente como un pequeño niño hasta que descubre la existencia del pene. En ese punto, ella comienza a sentirse inferior y cae víctima de la envidia del pene. Tiende a culpar a su madre por su inferioridad, entonces, se vuelve hacia su padre como su objeto de amor y el deseo de tener un niño de su padre reemplaza su deseo por un pene. Freud creyó que uno de tres caminos se encontraba disponible para la niña luego del descubrimiento de su "inferioridad genital": 1) el cese de toda sexualidad, o sea, la neurosis; 2) una hipermasculinidad desafiante; o 3) la femineidad definitiva, que implicaba la renuncia a la sexualidad clitorideana. La pérdida del amor de la madre, más que el temor a la castración por el padre, fue postulado como el factor clave en la resolución edípica normal.

Autores psicoanalíticos más contemporáneos han enarbolado diversos cuestionamientos acerca de la formulación de Freud del desarrollo femenino. Stoller (1976) estaba en desacuerdo con Freud acerca de la evolución de la femineidad como un producto de la diferenciación sexual, la envidia del pene y el conflicto inconsciente. Él creyó que la femineidad era un potencial congénito y que una confluencia de asignación del sexo al nacimiento, las actitudes de los progenitores, la organización neurofisiológica del cerebro fetal, las interacciones tempranas entre el infante y los progenitores, y el aprendizaje del ambiente, formaban un núcleo complejo alrededor del cual se organizaría finalmente una sensación madura de femineidad. Denominó este primer paso *femineidad primaria* porque no era visto como un producto de conflicto. Tyson (1996) enfatizó que la femineidad madura comienza con la femineidad primaria pero que la resolución del conflicto, del mismo modo que las identificaciones hechas con ambos progenitores, determinarán finalmente la forma definitiva.

Stoller compartió la visión de otros autores, como Lerner (1980) y Torok (1970), de que la envidia del pene es sólo un aspecto del desarrollo de

la femineidad y no su origen. La teoría psicoanalítica feminista contemporánea ha acentuado las implicaciones terapéuticas adversas de ver la envidia del pene como un fenómeno "fundante" (Freud, 1937/1964) que desafía la comprensión y el análisis posteriores. Un peligro de la visión "fundante" es que puede llevar a un equivocado intento por parte del terapeuta de ayudar a las pacientes femeninas a aceptar una visión de ellas mismas como inferiores respecto de los hombres. Frenkel (1996) enfatizó que las pacientes no sienten generalmente que sus órganos sexuales o su despertar genital son inadecuados, en contraste con el pensamiento de Freud, y que el clítoris, más que ser visto como un órgano inferior, es un locus para la iniciación del placer intenso y el orgasmo ocasional tan temprano como a la edad de 4-6 años. La conciencia vaginal está también presente a esa edad. El pensamiento actual acerca de la construcción del género enfatiza la influencia de la cultura, las relaciones de objeto y las identificaciones con los padres antes que considerar que está estrechamente ligada a las diferencias anatómicas (Benjamin, 1990; Chodorow, 1996)

El desarrollo no cesa con la resolución del complejo de Edipo. Las constelaciones defensivas cambian con cada fase subsiguiente: latencia, adolescencia, adultez temprana y vejez. De hecho, Vaillant (1976) ha documentado un giro ordenado, durante la edad adulta, de defensas inmaduras a defensas más maduras tales como el altruismo y la sublimación, sugiriendo que la personalidad es verdaderamente dinámica y maleable a lo largo todo el ciclo de la vida.

Mahler

En los últimos 25 años ha emergido en el psicoanálisis una teoría del desarrollo basada mucho más en lo empírico. Los estudios de observación del infante de Margaret Mahler y col. (1975) figuran entre los más tempranos de ellos y son frecuentemente vistos como proporcionando un puente entre la psicología del yo y la teoría de las relaciones objetales. A través de la observación de pares normales y anormales de madre-infante, Mahler y col. fueron capaces de identificar tres fases del desarrollo de las relaciones de objeto.

En los dos primeros meses de vida tiene lugar una fase *autista* en la cual el infante aparece absorto en sí mismo y preocupado en la supervivencia más que en una relación. El período entre el segundo y el sexto mes, definido como *simbiosis*, comienza con la respuesta de sonrisa del infante y la habilidad visual de seguir la cara de su madre. Aunque el bebé es vagamente consciente de la madre como un objeto separado, su experiencia primordial de la díada madre-infante es de unidad dual más que de dos personas separadas.

La tercera fase, *separación-individuación*, está caracterizada por cuatro subfases. Entre el sexto y el décimo mes, en la primera subfase de *diferenciación*, el niño comienza a tomar conciencia de que la madre es una persona separada. Esta conciencia puede llevar a una necesidad del niño por un objeto transicional (Winnicott, 1953/1971), tal como una frazada o un chupete, para ayudarlo a sobrellevar el hecho de que la madre no está siempre disponible. La próxima subfase es la del *entrenamiento;* que ocurre entre el décimo y el decimosexto mes. Con las recién adquiridas destrezas locomotoras de esta edad, los niños que comienzan a deambular aman explorar el mundo por sí mismos, aunque frecuentemente retornan a sus madres para "reponer el combustible". La tercera subfase, *acercamiento*, está caracterizada por una conciencia más aguda de la separación con la madre y ocurre entre el decimosexto y el vigesimocuarto mes de vida. Esta conciencia trae consigo un alto sentido de la vulnerabilidad a la separación de la madre.

La cuarta y última subfase de separación–individuación está marcada por la consolidación de la individualidad y el comienzo de la constancia objetal. El logro de este período, que correspondería al tercer año de vida, es la integración de visiones escindidas de la madre en un objeto total y unificado que puede ser internalizado como una presencia interna emocionalmente tranquilizadora que sostiene al niño durante la ausencia de ésta. Este logro se corresponde con la posición depresiva de Klein y dispone el escenario para que el niño entre en la fase edípica.

Stern

Como ya se señaló, la perspectiva de Kohut desafió el énfasis de Mahler en la separación-individuación al sugerir que alguna forma de respuesta de objeto del self proveniente de los otros en el ambiente era esencial a lo largo de la vida. Además, la investigación en la observación de bebés realizada por Daniel Stern (1985, 1989) aportó la idea de que los infantes emergen del útero en un estado de absorción en sí mismos de tipo autista. El trabajo de Stern demostró que el infante parece estar consciente de la madre o sustituto desde los primeros días de vida. De acuerdo con las ideas de Kohut, Stern observó que las respuestas afirmantes y validantes de la figura materna son cruciales para la evolución del sentido del self del infante en desarrollo. Él destacó que el bebé desarrolla un sentido del self-con-otro en respuesta a la sintonización del cuidador. Stern discrepó con Klein en que él consideraba que la fantasía tenía una significancia mínima. Por el contrario, él vio al infante como experimentando primariamente la realidad. Concluyó que los infantes son observadores avezados de la realidad y que solamente cuando ya hace bastante que comenzaron a deambular empiezan a utilizar significativamente la fantasía y la distorsión en un esfuerzo para alterar sus percepciones.

Stern describió cinco sentidos distintos del self. Más que verlos como fases que son reemplazadas por subsecuentes períodos más maduros del desarrollo, los consideró como diferentes dominios de la experiencia del self (self "corporal" o emergente, self nuclear o central, self subjetivo, self verbal o categórico y self narrativo), cada uno de los cuales permanece a lo largo de toda la vida y opera en concierto con los otros coexistentes sentidos del self. Desde el nacimiento hasta los dos meses de vida, aparece un self emergente que es predominantemente un self corporal basado en lo fisiológico. Del segundo al sexto mes emerge un sentido del self nuclear o central que está asociado con una mayor capacidad de relación interpersonal. Un sentido del self subjetivo aparece entre el séptimo y el noveno mes y es un gran evento porque involucra el apareamiento de estados intrapsíquicos entre la madre y el infante. Entre el quinceavo y el decimooctavo mes de edad, coincidiendo con la habilidad de pensar simbólicamente y comunicar verbalmente, emerge el sentido del self verbal o categórico. El sentido del self narrativo arriba entre el tercero y quinto año de edad. Para Stern, esta visión histórica del self es lo que se observa cuando los pacientes cuentan sus historias de vida en la sesión.

Stern delineó cuatro características esenciales de un sentido del self: la coherencia, la afectividad, la entidad y la continuidad (o historicidad). Creyó que el apego, la confianza y la seguridad no son características específicas de las fases sino que continúan siendo cuestiones vitales a lo largo de toda la vida. Una de las tesis centrales de Stern es que el infante se desarrolla como un resultado de la sensible sintonía afectiva con la madre o cuidadora. Kohut y los psicólogos del self posteriores han argumentado que es necesario en la situación analítica una forma similar de resonancia empática para fortalecer el self del paciente.

El concepto de que el desarrollo prosigue en un formato self-otro ha sido extensamente validado en posteriores investigaciones del desarrollo. (Beebe y col., 1997; Fogel, 1992.) De acuerdo con las visiones teóricas de Kohut y Winnicott, lo que emerge es una visión de sistemas diádicos de comunicación entre la madre y el infante que resulta en la internalización de un self-en-relación-con el-objeto. En otras palabras, como destacó Fairbairn, no es un objeto sino más bien una *relación* de objeto la que es internalizada en el desarrollo. Lo que el infante representa es un proceso interactivo, completado con una secuencia diseñada de movimientos, las reglas para la regulación de estos movimientos y las consecuencias de la autorregulación para el infante (Beebe y col., 1997). De acuerdo con la visión de los posmodernos, la investigación en el desarrollo está sugiriendo que toda la interacción cara-a-cara es construida en forma conjunta o regulada bidireccionalmente (Fogel, 1992).

Teoría del apego

La significancia del parentesco temprano es sostenida aún más por la investigación empírica asociada con la teoría del apego. Aunque los trabajos seminales de John Bowlby (1969, 1973, 1980) han estado circulando por largo tiempo, sólo recientemente la teoría del apego cuenta con una amplia audiencia psicoanalítica. El apego es un enlace, basado biológicamente, entre el niño y el cuidador que tiene por propósito garantizar la seguridad y supervivencia del niño. En este modelo, el niño busca estar cerca de la cuidadora para lograr una respuesta tranquilizadora y de ayuda. Se desarrollan modelos funcionantes internos de relación y son almacenados como esquemas mentales basados en la integración de experiencias pasadas relacionadas con las expectativas del comportamiento de otros hacia el self.

Las estrategias de apego, que son ampliamente independientes de las influencias genéticas, son adoptadas en la infancia y se mantienen relativamente estables. Ainsworth y col. (1978) estudiaron estas estrategias en el marco de un laboratorio conocido como la Situación Extraña. Esta situación, que comprendía la separación del niño deambulante de su cuidadora, tendía a producir una de cuatro estrategias conductuales. Los infantes seguros simplemente buscaban la proximidad con la cuidadora cuando ella retornaba y luego se sentían animados y volvían a jugar. La conducta evitativa se observó en infantes que se presentaban menos ansiosos durante la separación y trataban con desaire a la cuidadora cuando ella retornaba. Estos infantes no mostraban preferencia por la madre o la cuidadora sobre un extraño. En una tercera categoría, denominada *ansioso-ambivalente* o *resistente,* los infantes mostraban mucha ansiedad frente a la separación y manifestaban enojo, tensión y apego cuando retornaba la cuidadora. Un cuarto grupo, denominado *desorganizado-desorientado,* no tenía ninguna estrategia coherente para tratar con la experiencia de la separación. Hay evidencia creciente de que estos patrones de apego se continúan en la adultez, y de que estas categorías de estilos de apego pueden ser medidas con entrevistas sofisticadas (George y col., 1996). Las cuatro respuestas a la Situación Extraña corresponden respectivamente a las siguientes categorías de apego del adulto: 1) individuos seguros/autónomos que valoran las relaciones de apego; 2) individuos inseguros/rechazantes que niegan, denigran, desvalorizan, o idealizan apegos pasados o actuales; 3) individuos preocupados que están confundidos o abrumados por las relaciones de apego pasadas y actuales; y 4) individuos no resueltos o desorganizados que han sufrido frecuentemente abandono y trauma.

Todas estas categorías de apego están avaladas por la investigación empírica, y también hay datos que indican que los modelos mentales de apego de los padres expectantes predicen subsecuentes patrones de apego entre el in-

fante y la madre y entre el infante y el padre. La capacidad de la cuidadora para observar qué le ocurre al infante y su mundo interno parece influir en el desarrollo de un apego seguro en el niño. Un concepto clave en la teoría del apego es la *mentalización*, es decir, la capacidad de comprender que el pensamiento propio de uno y el de los otros es de naturaleza representacional y que la conducta propia y la de los otros está motivada por estados internos, tales como pensamientos y sentimientos (Fonagy, 1998). Los padres o cuidadores, quienes a su vez tienen la capacidad de mentalizar, sintonizan con el estado mental subjetivo del infante, y el infante al final se encuentra a sí mismo en la mente de la cuidadora e internaliza la representación de la cuidadora para formar un self nuclear o central psicológico. De esta manera, el apego seguro del niño a la cuidadora engendra la capacidad del niño para mentalizar. En otras palabras, a través de la interacción con la cuidadora, el niño aprende que la conducta puede ser mejor comprendida asumiendo que las ideas y los sentimientos determinan las acciones de las personas.

El rol de la teoría en la práctica clínica

Ante una desconcertante colección de teorías psicoanalíticas, uno podría elegir negar el valor de la teoría en conjunto. ¿Quién la necesita? ¿Por qué no comenzar sencillamente de nuevo con cada paciente y adherir estrictamente al material clínico? Aceptar este enfoque es simplemente abogar por la formación de nuevas teorías. Como lo notó Kernberg (1987a), "Todas las observaciones de fenómenos clínicos dependen de teorías, y cuando pensamos que nos estamos olvidando de la teoría, esto sólo significa que tenemos una teoría de la cual no estamos conscientes" (pp. 181-182).

Una solución más sensata es familiarizarse con los fenómenos descritos por todas las principales teorías y centrarse en cada perspectiva en la medida que es clínicamente apropiada para un paciente determinado. El psicoanálisis y la psiquiatría psicodinámica se encuentran trágicamente asediados por polaridades innecesarias: ¿es edípico o preedípico, conflicto o déficit, teoría clásica o psicología del self, reducción de tensión o búsqueda de objeto? Semejantes preguntas tienden a ser clasificadas en términos de acertado o equivocado. ¿Pero es posible que todos los modelos sean válidos en determinadas situaciones clínicas? ¿No es posible que tanto lo edípico y lo preedípico, conflicto y déficit, sean ambos relevantes en la comprensión de un paciente individual? Por supuesto que es posible. Wallerstein (1983) ha señalado elocuentemente este punto en una crítica de la psicología del self:

> Debido a la corriente y el flujo del material clínico analítico estamos

> siempre en el mundo de "tanto /como". Tratamos constantemente, y en turnos, tanto con lo edípico, en el que hay un self coherente, como con lo preedípico, en el que puede no haberlo aún; con regresiones defensivas y con detenciones en el desarrollo; con transferencias defensivas y resistencias defensivas y con recreaciones de estados tempranos traumáticos y traumatizados (p.31).

Wallerstein nos recuerda los principios psicoanalíticos fundamentales de sobredeterminación y función múltiple.

Algunos aspectos de las cuatro perspectivas teóricas examinadas en este capítulo demostrarán más probablemente ser útiles en el tratamiento de la mayoría de los pacientes. Desde una perspectiva del desarrollo, ciertos aspectos de la experiencia de la infancia temprana son mejor explicados por una teoría que por otra, y con ciertos pacientes, el énfasis estará más en una dirección que en otra, dependiendo de los datos clínicos (Pine, 1988). En la mayoría de los pacientes, sin embargo, encontraremos ambos: déficit y conflicto. Como lo notara Eagle (1984) en su apreciación del rol de la teoría en psicoanálisis: "Estamos más conflictuados en las áreas en las que estamos deprivados... Es precisamente la persona privada de amor la que es más conflictuada en lo que respecta a dar y recibir amor" (p. 130). En la práctica, los clínicos se encuentran sirviendo ellos mismos como objetos del self y como objetos reales y separados para sus pacientes.

Para algunos clínicos, sin embargo, virar de una perspectiva teórica hacia otra, dependiendo de las necesidades del paciente, es demasiado engorroso y difícil de manejar. Wallerstein (1988) ha señalado que es posible para los clínicos prestar atención al *fenómeno clínico* descrito por cada perspectiva teórica sin adoptar el modelo metapsicológico entero. Por ejemplo, uno puede abordar representaciones del self y de objeto, la transferencia especular y la idealizada, las configuraciones de impulso-defensa a medida que éstos van apareciendo en el escenario clínico sin tener que recurrir a apelar al edificio teórico completo en el que están basadas tales observaciones. Otros propugnan mayor flexibilidad teórica (Gabbard, 1996; Pine, 1990; Pulver, 1992), sugiriendo que pacientes diferentes y tipos diferentes de psicopatología requieren aproximaciones teóricas diferentes.

Cada una de estas aproximaciones al pluralismo teórico de la psiquiatría dinámica moderna es posible de ser trabajada por algunos clínicos. Sin tomar en consideración cuál es el abordaje más adecuado, todos los terapeutas deberían precaverse de imponer rígidamente la teoría dentro del material clínico. Se le debe permitir al paciente guiar al clínico por cualquier ámbito teórico que mejor se ajuste al material clínico. Aunque familiarizarse con los tres modelos teóricos de la psiquiatría dinámica requiere una mayor amplitud de conocimientos, permite una comprensión más rica de los pacientes y de su psicopatología. Encontrar el marco teórico que mejor se

fante y la madre y entre el infante y el padre. La capacidad de la cuidadora para observar qué le ocurre al infante y su mundo interno parece influir en el desarrollo de un apego seguro en el niño. Un concepto clave en la teoría del apego es la *mentalización*, es decir, la capacidad de comprender que el pensamiento propio de uno y el de los otros es de naturaleza representacional y que la conducta propia y la de los otros está motivada por estados internos, tales como pensamientos y sentimientos (Fonagy, 1998). Los padres o cuidadores, quienes a su vez tienen la capacidad de mentalizar, sintonizan con el estado mental subjetivo del infante, y el infante al final se encuentra a sí mismo en la mente de la cuidadora e internaliza la representación de la cuidadora para formar un self nuclear o central psicológico. De esta manera, el apego seguro del niño a la cuidadora engendra la capacidad del niño para mentalizar. En otras palabras, a través de la interacción con la cuidadora, el niño aprende que la conducta puede ser mejor comprendida asumiendo que las ideas y los sentimientos determinan las acciones de las personas.

El rol de la teoría en la práctica clínica

Ante una desconcertante colección de teorías psicoanalíticas, uno podría elegir negar el valor de la teoría en conjunto. ¿Quién la necesita? ¿Por qué no comenzar sencillamente de nuevo con cada paciente y adherir estrictamente al material clínico? Aceptar este enfoque es simplemente abogar por la formación de nuevas teorías. Como lo notó Kernberg (1987a), "Todas las observaciones de fenómenos clínicos dependen de teorías, y cuando pensamos que nos estamos olvidando de la teoría, esto sólo significa que tenemos una teoría de la cual no estamos conscientes" (pp. 181-182).

Una solución más sensata es familiarizarse con los fenómenos descritos por todas las principales teorías y centrarse en cada perspectiva en la medida que es clínicamente apropiada para un paciente determinado. El psicoanálisis y la psiquiatría psicodinámica se encuentran trágicamente asediados por polaridades innecesarias: ¿es edípico o preedípico, conflicto o déficit, teoría clásica o psicología del self, reducción de tensión o búsqueda de objeto? Semejantes preguntas tienden a ser clasificadas en términos de acertado o equivocado. ¿Pero es posible que todos los modelos sean válidos en determinadas situaciones clínicas? ¿No es posible que tanto lo edípico y lo preedípico, conflicto y déficit, sean ambos relevantes en la comprensión de un paciente individual? Por supuesto que es posible. Wallerstein (1983) ha señalado elocuentemente este punto en una crítica de la psicología del self:

> Debido a la corriente y el flujo del material clínico analítico estamos

> siempre en el mundo de "tanto /como". Tratamos constantemente, y en turnos, tanto con lo edípico, en el que hay un self coherente, como con lo preedípico, en el que puede no haberlo aún; con regresiones defensivas y con detenciones en el desarrollo; con transferencias defensivas y resistencias defensivas y con recreaciones de estados tempranos traumáticos y traumatizados (p.31).

Wallerstein nos recuerda los principios psicoanalíticos fundamentales de sobredeterminación y función múltiple.

Algunos aspectos de las cuatro perspectivas teóricas examinadas en este capítulo demostrarán más probablemente ser útiles en el tratamiento de la mayoría de los pacientes. Desde una perspectiva del desarrollo, ciertos aspectos de la experiencia de la infancia temprana son mejor explicados por una teoría que por otra, y con ciertos pacientes, el énfasis estará más en una dirección que en otra, dependiendo de los datos clínicos (Pine, 1988). En la mayoría de los pacientes, sin embargo, encontraremos ambos: déficit y conflicto. Como lo notara Eagle (1984) en su apreciación del rol de la teoría en psicoanálisis: "Estamos más conflictuados en las áreas en las que estamos deprivados... Es precisamente la persona privada de amor la que es más conflictuada en lo que respecta a dar y recibir amor" (p. 130). En la práctica, los clínicos se encuentran sirviendo ellos mismos como objetos del self y como objetos reales y separados para sus pacientes.

Para algunos clínicos, sin embargo, virar de una perspectiva teórica hacia otra, dependiendo de las necesidades del paciente, es demasiado engorroso y difícil de manejar. Wallerstein (1988) ha señalado que es posible para los clínicos prestar atención al *fenómeno clínico* descrito por cada perspectiva teórica sin adoptar el modelo metapsicológico entero. Por ejemplo, uno puede abordar representaciones del self y de objeto, la transferencia especular y la idealizada, las configuraciones de impulso-defensa a medida que éstos van apareciendo en el escenario clínico sin tener que recurrir a apelar al edificio teórico completo en el que están basadas tales observaciones. Otros propugnan mayor flexibilidad teórica (Gabbard, 1996; Pine, 1990; Pulver, 1992), sugiriendo que pacientes diferentes y tipos diferentes de psicopatología requieren aproximaciones teóricas diferentes.

Cada una de estas aproximaciones al pluralismo teórico de la psiquiatría dinámica moderna es posible de ser trabajada por algunos clínicos. Sin tomar en consideración cuál es el abordaje más adecuado, todos los terapeutas deberían precaverse de imponer rígidamente la teoría dentro del material clínico. Se le debe permitir al paciente guiar al clínico por cualquier ámbito teórico que mejor se ajuste al material clínico. Aunque familiarizarse con los tres modelos teóricos de la psiquiatría dinámica requiere una mayor amplitud de conocimientos, permite una comprensión más rica de los pacientes y de su psicopatología. Encontrar el marco teórico que mejor se

ajusta a un paciente demanda una buena cantidad de exploración por prueba y error, pero a medida que tropezamos a lo largo de la caverna, podemos ocasionalmente encontrar el camino y estaremos mucho más aventajados que otros viajantes que tengan un mapa de otra caverna completamente diferente.

Bibliografía

Ainsworth MS, Blehar MC, Waters E, et al: Patterns of Attachment: A Psychological Study of the Strange Situation. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1978

Allen JG, Deering CD, Buskirk JR, et al: Assessment of therapeutic alliances in the psychiatric hospital milieu. Psychiatry 51:291-299, 1988

Aron L: A Meeting of Minds: Mutuality and Psychoanalysis. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1996

Bacal HA: Optimal responsiveness and the therapeutic process, in Progress in Self Psychology, Vol 1. Edited by Goldberg A. New York, Guilford, 1985, pp 202-227

Bacal HA: British object-relations theorists and self psychology: some critical reflections. Int J Psychoanal 68:81-98, 1987

Bacal HA, Newman KM: Theories of Object Relations: Bridges to Self Psychology. New York, Columbia University Press, 1990

Baker HS, Baker MN: Heinz Kohut's self psychology: an overview. Am J Psychiatry 144: 1-9, 1987

Balint M: The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression. New York, Brunner-/Mazel, 1979

Beebe B, Lachmann F: The contribution of mother-infant mutual influence to the origins of self- and object representations. Psychoanalytic Psychology 5:305-337, 1988

Beebe B, Lachmann F, Jaffe J: Mother-infant interaction structures and presymbolic self-and object representations. Psychoanalytic Dialogues 7:133-182, 1997

Bellak L, Hurvich M, Gedimen HK: Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals: A Systematic Study of Conceptual, Diagnostic, and Therapeutic Aspects. New York, Wiley, 1973

Benjamin J: An outline of intersubjectivity: the development of recognition. Psychoanalytic Psychology 7 (suppl):33-46, 1990

Bion WR: Learning From Experience. New York, Basic Books, 1962

Blum HP: On the conception and development of the transference neurosis. J Am Psychoanal Assoc 19:41-53, 1971

Bollas C: The Shadow of the Object: Psychoanalysis of the Unthought Known. New York, Columbia University Press, 1987

Bollas C: Forces of Destiny: Psychoanalysis and Human Idiom. Northvale, NJ, Aronson, 1989

Bowlby J: Attachment and Loss, Vol 1: Attachment. London, Hogarth Press and the tute of Psycho-Analysis, 1969

Bowlby J: Attachment and Loss, Vol 2: Separation: Anxiety and Anger. London, Hogarth Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1973
Bowlby J: Attachment and Loss, Vol 3: Loss: Sadness and Depression. Press and the Institute of Psycho-Analysis, 1980
Brenner C: The Mind in Conflict. New York, International Universities Press, 1982
Chodorow NJ: Theoretical gender and clinical gender: epistemological reflections on the psychology of women. J Am Psychoanal Assoc 44 (suppl):215-238, 1996
Chused JF: The evocative power of enactments. J Am Psychoanal Assoc 39:615-639, 1991
Curtis HC: Clinical perspectives on self psychology. Psychoanal Q 54:339-378, 1985
Dunn J: Intersubjectivity in psychoanalysis: a critical review. Int J Psychoanal 76:723-738, 1995
Eagle MN: Recent Developments in Psychoanalysis: A Critical Evaluation. New York, McGraw-Hill, 1984
Eagle M: The concepts of need and wish in self psychology. Psychoanalytic Psychology 7 (suppl):71-88, 1990
Erikson EH: Identity and the life cycle: selected papers. Psychol Issues 1:1-171, 1959
Fairbairn WRD: Schizoid factors in the personality (1940), in Psychoanalytic Studies of the Personality. London, Routledge & Kegan Paul, 1952, pp 3-27
Fairbairn WRD: Endopsychic structure considered in terms of object-relationships (1944), in Psychoanalytic Studies of the Personality. London, Routledge & Kegan Paul, 1952, pp 82-136
Fairbairn WRD: Psychoanalytic Studies of the Personality. London, Routledge & Kegan Paul, 1952
Fairbairn WRD: Synopsis of an object-relations theory of the personality. Int J Psychoanal 44:224-225, 1963
Feldman M: Projective identification: the analyst's involvement. Int J Psychoanal 78: 227-241, 1997
Fogel A: Movement and communication in human infancy: the social dynamics of development. Human Movement Science 11:387-423, 1992
Fonagy P: An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. Bull Menninger Clin 62:147-169, 1998
Frenkel RS: A reconsideration of object choice in women: phallus or fallacy. J Am Psychoanal Assoc 44 (suppl):133-156, 1996
Freud A: The ego and the mechanisms of defense (1936), in The Writings of Anna Freud, Vol 2 (Revised Edition). New York, International Universities Press, 1966
Freud S: Three essays on the theory of sexuality (1905), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 7. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1953, pp 123-245
Freud S: On narcissism: an introduction (1914), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 14. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1963, pp 67-102
Freud S: Mourning and melancholia (1917), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 14. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1963, pp 237-260
Freud S: The ego and the id(1923), in The Standard Edition of the Complete Psy-

chological Works of Sigmund Freud, Vol 19. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1961, pp 1-66
Freud S: Some psychical consequences of the anatomical distinction between the sexes (1925), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 19. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1961, pp 241-258
Freud S: Inhibitions, symptoms and anxiety (1926), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 20. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1959, pp 75-175
Freud S: Fetishism (1927), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 21. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1961, pp 147-157
Freud S: Female sexuality (1931), in The Standard Edition ofthe Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 21. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1961, pp 223-243
Freud S: Femininity (1933), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 22. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1964,pp 112-135
Freud S: Analysis terminable and interminable (1937), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 23. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1964, pp 209-253
Freud S: Splitting of the ego in the process of defence (1940), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 23. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1964, pp 271-278
Gabbard GO: Countertransference: the emerging common ground. Int J Psychoanal 76:475-485, 1995
Gabbard GO: Love and Hate in the Analytic Setting. New York, Jason Aronson, 1996
Gabbard GO: A reconsideration of objectivity in the analyst. Int J Psychoanal 78:15-26, 1997
George C, Kaplan N, Main M: The Adult Attachment Interview. Department of Psychology, University of California-Berkeley, 1996
Gill MM: Psychoanalysis in Transition: A Personal View. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1994
Greenber J: Oedipus and Beyond: A Clinical Theory. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1991
Greenberg J, Mitchell SA: Object Relations in Psychoanalytic Theory. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1983
Grinberg L: Countertransference and projective counteridentification, in Countertransference. Edited by Epstein L, Feiner A. New York, Jason Aronson, 1979, pp 169-191
Grotstein JS: Splitting and Projective Identification. New York, Jason Aronson, 1981
Guntrip H: Schizoid Phenomena, Object-Relations, and the Self New York, International Universities Press, 1968
Guntrip H: Psychoanalytic Theory, Therapy, and the Self. New York, Basic Books, 1971
Hartmann H: Ego Psychology and the Problem of Adaptation (1939). Translated by Rapaport D. New York, International Universities Press, 1958
Hartmann H: Comments on the psychoanalytic theory of the ego (1950), in Essays

on Ego Psychology: Selected Problems in Psychoanalytic Theory. New York, International Universities Press, 1964,pp 113-141
Hoffman IZ: The patient as interpreter of the analyst's experience. Contemporary Psychoanalysis 19:389-422, 1983
Hoffman IZ: Discussion: toward a social-constructivist view of the psychoanalytic situation. Psychoanalytic Dialogues 1:74-105, 1991
Hoffman IZ: Some practical implications of a social constructivist view of the psychoanalytic situation. Psychoanalytic Dialogues 2:287-304, 1992
Hoffman IZ: Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process: A Dialectical Constructivist View. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1998
Holland NN: Post-modern psychoanalysis, in Innovation/Renovation: New Perspectives on the Humanities. Edited by Hassan I, Hassan S. Madison, WI, University of Wisconsin Press, 1983, pp 291-309
Jacobs TJ: On countertransference enactments. J Am Psychoanal Assoc 34: 289-307, 1986
Jacobson E: The Self and the Object World. New York, International Universities Press, 1964
Joseph B: Psychic Equilibrium and Psychic Change: Selected Papers of Betty Joseph. Edited by Feldman M, Spillius EB. London, Routledge, 1989
Kernberg OF: Borderline personality organization. J Am Psychoanal Assoc 15:641-685, 1967
Kernberg OF: Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York, Jason Aronson, 1975
Kernber OF: Self, ego, affectcs, and drives. J Am Psychoanal Assoc 30:893-917, 1982
Kernberg OF: Object relations theory and character analysis. J Am Psychoanal Assoc 31 (suppl):247-272, 1983
Kernberg OF: Concluding discussion, in Projection, Identification, Projective Identification. Edited by Sandler J. Madison, CT, International Universities Press, 1987a, pp 179-196
Kernberg OF: Projection and projective identification: developmental and clinical aspects, in Projection, Identification, Projective Identification. Edited by Sandler J. Madison, CT, International Universities Press, 1987b, pp 93-115
King P, Steiner R: The Freud-Klein Controversies 1941-45. London, Routledge, 1992
Klein M: Notes on some schizoid mechanisms (1946), in Envy and Gratitude and Other Works, 1946-1963. New York, Free Press, 1975, pp 1-24
Kohon G: The British School of Psychoanalysis: The Independent Tradition. New Haven, CT, Yale University Press, 1986
Kohut H: The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. NewYork, International Universities Press, 1971
Kohut H: The Restoration of the Self New York, International Universities Press, 1977
Kohut H: How Does Analysis Cure? Edited by Goldberg A. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984
Leary K: Psychoanalytic "problems" and postmodern "solutions." Psychoanal Q 63:433-465, 1994
Lerner HE: Penis envy: alternatives in conceptualization. Bull Menninger Clin 44:39-48, 1980

Levine HB: The analyst's participation in the analytic process. Int J Psychoanal 75:665-676, 1994
Levine HB: The analyst's infatuation: reflections on an instance of countertransference love. Paper presented at the annual meeting of the American Psychoanalytic Association, New York, NY, December 1996
Lichtenberg JD: Experience as a guide to psychoanalytic theory and practice. J Am Psychoanal Assoc 46:17-36, 1998
Lichtenberg JD, Hadley JL: Psychoanalysis and Motivation. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1989
Lindon JA: Gratification and provision in psychoanalysis: Should we get rid of the
Mahler MS, Pine F, Bergman A: The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation. New York, Basic Books, 1975
McLaughlin JT: Clinical and theoretical aspects of enactment. J Am Psychoanal Assoc 39:595-614, 1991
Meissner WW: Internalization in Psychoanalysis. New York, International Universities Press, 1981
Meissner WW: Can psychoanalysis find its self: J Am Psychoanal Assoc 34: 379-400, 1986
Mitchell SA: Contemporary perspectives on self toward an integration. Psychoanalytic Dialogues 1:121-147, 1991
Mitchell SA: Hope and Dread in Psychoanalysis. New York, Basic Books, 1993
Mitchell SA: Influence and Autonomy in Psychoanalysis. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1997
Natterson JM: Beyond Countertransference: The Therapist's Subjectivity in the Therapeutic Process. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1991
Ogden TH: On projective identification. Int J Psychoanal 60:357-373, 1979
Ogden TH: The concept of internal object relations. Int J Psychoanal 64: 227-241, 1983
Ogden TH: The Matrix of the Mind: Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986
Ogden TH: The Primitive Edge of Experience. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1989
Ogden TH: The dialectically constituted/decentred subject of psychoanalysis, II: the contributions of Klein and Winnicott. Int J Psychoanal 73:613-626, 1992
Ornstein PH: On narcissism: beyond the introduction, highlights of Heinz Kohut's contributions to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. Annual of Psychoanalysis 2:127-149, 1974
Perry JC, Cooper SH: A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. J Am Psychoanal Assoc 34:863-893, 1986
Pine F: The four psychologies of psychoanalysis and their place in clinical work. J Am Psychoanal Assoc 36:571-596, 1988
Pine F: Drive, Ego, Object, and Self: A Synthesis for Clinical Work. New York, Basic Books, 1990
Pulver SE: Psychic change: insight or relationship? Int J Psychoanal 73:199-208, 1992
Rangell L: The self in psychoanalytic theory. J Am Psychoanal Assoc 30:863-891, 1982

Rapaport D: Organization and Pathology of Thought: Selected Sources. New York, Columbia University Press, 1951

Renik O: Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. Psychoanal Q 62:553-571, 1993

Renik O: The analyst's subjectivity and the analyst's objectivity. Int J Psychoanal 79:487-497, 1998

Rinsley DB: An object relations view of borderline personality, in Borderline Personality Disorders. Edited by Hartocollis P. New York, International Universities Press, 1977, pp 47-70

Sandler J: On internal object relations. J Am Psychoanal Assoc 38:859-880, 1990

Sandler J, Rosenblatt B: The concept of the representational world. Psychoanal Study Child 17:128-145, 1962

Schafer R: Aspects of Internalization. New York, International Universities Press, 1968

Schafer R: A New Language for Psychoanalysis. New Haven, CT, Yale University Press, 1976

Schafer R: Narratives of the self, in Psychoanalysis: Toward the Second Century. Edited by Cooper AM, Kernberg OF, Person ES. New Haven, CT, Yale University Press,1989, pp 153-167

Segal H: An Introduction to the Work of Melanie Klein. New York, Basic Books, 1964

Siegel A: Heinz Kohut and the Psychology of Self. London, Routledge, 1996

Spillius EB: Clinical experiences of projective identification, in Clinical Lectures on Klein and Bion. Edited by Anderson R. London, Tavistock/Routledge, 1992, pp 59-73

Stern DN: The Interpersonal World of the Infant: A View from Psychoanalysis and Developmental Psychology. New York, Basic Books, 1985

Stern DN: Developmental prerequisites for the sense of a narrated self, in Psychoanalysis: Toward the Second Century. Edited by Cooper AM, Kernberg OF, Person ES. New Haven, CT, Yale University Press, 1989, pp 168-178

Stoller RJ: Primary femininity. J Am Psychoanal Assoc 24 (suppl):59-78, 1976

Stolorow RD: An intersubjective view of self psychology. Psychoanalytic Dialogues 5:393-399, 1995

Stolorow RD, Atwood GE: Contexts of Being: The Intersubjective Foundations of Psychological Life. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1992

Stolorow RD, Brandchaft B, Atwood GE: Psychoanalytic Treatment: An Intersubjective Approach. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1987

Stone L: The psychoanalytic situation and transference. J Am Psychoanal Assoc 15:3-58, 1967

Summers FL: Transcending the Self An Object Relations Model of Psychoanalytic Therapy. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1999

Sutherland JD: The British object relations theorists: Balint, Winnicott, Fairbairn, Guntrip. J Am Psychoanal Assoc 28:829-860, 1980

Sutherland JD: The self and object relations: a challenge to psychoanalysis. Bull Menninger Clin 47:525-541, 1983

Torok M: The significance of penis envy in women, in Female Sexuality New Psychoanalytic Views. Edited by Chasseguet-Smirgel J. Ann Arbor, MI, University of Michigan Press, 1970, pp 135-170

Tuckett D: Editorial introduction to Tyson P: Female psychology: an introduction. J. Am Psychoanal Assoc 44 (suppl):11-20, 1996

Vaillant GE: Natural history of male psychological health, V: the relation of choice of ego mechanisms of defense to adult adjustment. Arch Gen Psychiatry 33:535-545, 1976

Vaillant GE: Adaptation to Life. Boston, MA, Little, Brown, 1977

Wallerstein RS: Self psychology and "dassical" psychoanalytic psychology: the nature of their relationship (1983), in The Future of Psychoanalysis: Essays in Honor of Heinz Kohut. Edited by Goldberg A. New York, International Universities Press, 1983, pp 19-63

Wallerstein RS: One psychoanalysis or many? Int J Psychoanal 69:5-21, 1988

Winnicott DW: Transitional objects and transitional phenomena: a study of the first not-me possession (1953), in Playing and Reality. New York, Basic Books, 1971, pp 1-25

Winnicott DW: The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development. London, Hogarth Press, 1965

Wolf E: Treating the Self: Elements of Clinical Self Psychology. New York, Guilford, 1988

CAPÍTULO

3

Evaluación psicodinámica del paciente

Cuando dos personas se encuentran, en realidad hay seis personas presentes. Está cada hombre como se ve a sí mismo, cada hombre como lo ve la otra persona y cada hombre como realmente es.

William James

La evaluación psicodinámica del paciente no está apartada de la evaluación minuciosa de la historia, los signos y los síntomas, provenientes de la tradición médico-psiquiátrica. Los psiquiatras dinámicos valoran tal información como un componente esencial de la evaluación diagnóstica. Sin embargo, su abordaje para la obtención de esa información difiere del abordaje para el diagnóstico puramente descriptivo. Más aún, otra información es de interés para el psiquiatra dinámico, por lo que la evaluación psicodinámica puede ser entonces vista como una extensión significativa de la evaluación médico-psiquiátrica descriptiva.

La entrevista clínica

Cualquier descripción del abordaje psicodinámico al interrogatorio clínico debe comenzar con la importancia fundamental de la relación médico-paciente. Cuando el psiquiatra y el paciente se encuentran por primera vez, son dos extraños, cada uno con una variedad de expectativas respecto del

otro. El establecimiento del rapport y la comprensión compartida deben ser siempre la primera orden del día en la entrevista psicodinámica (Mackinnon y Michels, 1971; Menninger y col., 1962; Thomä y Kächele, 1987). La primera tarea del entrevistador, es entonces, dar a conocer al paciente que es aceptado, valorado y validado como una única persona con problemas únicos.

Los entrevistadores que intentan sumergirse empáticamente en la experiencia de sus pacientes promocionarán un lazo entre ellos basado en el obvio intento del entrevistador para comprender el punto de vista del paciente. Este abordaje no requiere comentarios reaseguradores como, "no se preocupe, todo estará bien". Más que aliarse con la ansiedad del paciente, estos reaseguros vacíos están condenados al fracaso porque suenan como comentarios de amigos y miembros de la familia dichos en otros momentos. Llevaran al paciente a creer que el entrevistador no aprecia el verdadero sufrimiento. Los entrevistadores pueden por el contrario construir un mejor entendimiento con comentarios como, "entiendo cómo puede sentirse, considerando lo que usted ha atravesado". Desafiar de entrada afirmaciones del paciente simplemente confirmará cualquier temor preexistente acerca de que los psiquiatras son figuras parentales críticas.

Diferencias entre el interrogatorio médico y el psicodinámico

En el interrogatorio médico, el profesional parte del motivo de consulta hacia su etiología y patogénesis. Por lo general los pacientes cooperan con este proceso porque están deseosos de eliminar el dolor o los síntomas asociados con su enfermedad. Los psiquiatras que intentan dirigir la entrevista clínica con un curso lineal similar, se encontrarán con baches y desvíos en cada momento. Más aún los psiquiatras suelen creer que sus pacientes rara vez son capaces de llegar al punto de cuestión por su inhabilidad de precisar lo que realmente los está perturbando (Menninger y col., 1962). Pueden incluso estar muy ambivalentes acerca de confiar sus síntomas porque la enfermedad psiquiátrica es de alguna manera siempre un trabajo adaptativo. Por último, los pacientes psiquiátricos suelen sentir vergüenza por sus síntomas y pueden esconder la información para causar una buena impresión (MacKinnon y Michels, 1971).

Otra gran diferencia entre el interrogatorio médico y la entrevista psicodinámica es la interrelación del diagnóstico y tratamiento. El facultativo que evalúa a un paciente con apendicitis aproxima su entrevista con un hecho claro en su mente: el diagnóstico precede al tratamiento. En una entrevista psicodinámica, sin embargo, cualquier distinción entre el diagnóstico y el tratamiento sería artificial (MacKinnon y Michels, 1971). El psiquiatra

dinámico encara la entrevista sabiendo que el modo como se toma la historia clínica puede ser terapéutico en sí mismo. La visión dinámica, que liga íntimamente el diagnóstico y el tratamiento, es empática en el sentido que toma en consideración la perspectiva del paciente. Como lo señalaran Menninger y col. (1962): "El paciente viene a ser tratado y todo lo que se hace por él, cómo se lo considera, es tratamiento, cualquiera que sea el modo en el que el médico lo denomine. En un sentido, entonces, el tratamiento siempre precede al diagnóstico" (p. 3).

Una tercera distinción entre la entrevista médica y psicodinámica yace en las dimensiones de la actividad y la pasividad. En gran proporción, los pacientes son participantes pasivos en el proceso de diagnóstico médico. El paciente obedece a la evaluación del médico por responder las preguntas en forma cooperativa. El médico, sin embargo, debe juntar las piezas del rompecabezas diagnóstico para arribar a un diagnóstico definitivo. El psiquiatra dinámico trata de evitar esta división de roles. Por el contrario, el abordaje dinámico implica un compromiso activo con el paciente como colaborador en el proceso exploratorio (Shevrin y Shectman, 1973). El paciente es visto como alguien capaz de contribuir en gran medida a la comprensión final diagnóstica. Si el paciente comienza la entrevista con ansiedad, el psiquiatra no debe tratar de eliminarla para facilitar la entrevista. Por el contrario, intentará comprometer al paciente en una búsqueda colaborativa por los orígenes de la ansiedad con preguntas como: "¿Qué preocupaciones acerca de esta entrevista pueden estar causando su ansiedad en este momento?" "¿Esta situación le recuerda alguna otra situación similar causante de ansiedad en el pasado?" o "¿Ha oído algo acerca de mí u otros psiquiatras en general que pudieran contribuir a su ansiedad?"

En una entrevista dinámica productiva, el psiquiatra recabará información acerca de los síntomas y la historia para lograr un diagnóstico descriptivo. Para promover una mayor apertura por parte del paciente, sin embargo, el profesional deberá ser cauteloso en cuanto a insistir en el rótulo diagnóstico ya que esto impide el despliegue de la compleja relación entre médico y paciente. Mac Kinnon y Michels (1971) advirtieron que "la entrevista que está orientada sólo hacia el establecimiento de un diagnóstico da al paciente una sensación de que él es un espécimen de la patología que está siendo examinado y por consiguiente lo inhibe de revelar sus problemas" (pp. 6-7).

Una cuarta diferencia entre la orientación médica y dinámica de la entrevista clínica gira alrededor de la selección de los datos relevantes. Reiser (1988) expresó cierta alarma frente la tendencia de los actuales residentes en psiquiatría que se detienen en la recolección de los datos luego de obtener como respuesta un inventario de síntomas que satisface una categoría diagnóstico-descriptiva y les permite la prescripción farmacoterapéutica. Advirtió que un diagnóstico basado en el DSM es sólo un aspecto del

proceso diagnóstico y que la falta de interés por parte de los residentes en comprender al paciente como una persona constituye un obstáculo para el establecimiento de la relación terapéutica. Para los psiquiatras dinámicos, la vida intrapsíquica del paciente es una parte esencial de la fuente de datos.

Otro aspecto único de la entrevista psicodinámica es el énfasis en los sentimientos del médico durante el proceso. El cirujano o clínico que nota sentimientos de enojo, envidia, furia, tristeza, odio o admiración ve estos sentimientos como enojos que interfieren con la evaluación de la enfermedad. El médico típico suprime estos sentimientos al servicio de mantener la objetividad y proceder con el examen. Para el psiquiatra dinámico, estos sentimientos constituyen una información diagnóstica fundamental. Aportan al clínico algo acerca de las reacciones que produce el paciente en los otros. Estas consideraciones nos llevan directamente a dos de los aspectos más importantes de la evaluación psicodinámica: la transferencia y la contratransferencia.

Transferencia y contratransferencia

Dado el hecho de que la transferencia se encuentra activa en cada relación significativa, podemos estar seguros de que los elementos de la transferencia existen desde el primer momento entre el médico y el paciente. En realidad, la transferencia puede también desarrollarse antes del contacto inicial (Thomä y Kächele, 1987). Luego de convenir la primera entrevista, el futuro paciente puede comenzar a atribuirle al psiquiatra cualidades basadas en ciertas informaciones fácticas, previas experiencias con psiquiatras, información mediática acerca de los psiquiatras, experiencias positivas o negativas con otros médicos en el pasado o actitudes generales hacia las figuras de autoridad. Un joven que vio por primera vez al psiquiatra en la sala de espera exclamó: "¡Pero, usted no es como yo lo imaginaba!". Cuando el psiquiatra pidió al paciente que procesara esa información, el joven le explicó que su nombre le evocaba las imágenes de un distinguido hombre mayor y que estaba impactado frente a la juventud del profesional.

La transferencia es una dimensión crítica de la evaluación porque afecta profundamente la cooperación del paciente con el médico. El paciente que ve al médico como padre severo y descalificador, por ejemplo, tendrá mayores dificultades en abrirse con aspectos avergonzantes de su historia. De manera similar, los pacientes que ven a los psiquiatras como intrusivos e instigadores pueden retener información tercamente y negarse a colaborar en la entrevista. Los psiquiatras que abordan las distorsiones de la transferencia en forma temprana en la entrevista pueden remover los obstáculos a la obtención efectiva de la historia clínica.

Durante los primeros minutos de la consulta con un psiquiatra, un paciente luchaba para sobreponerse de sus inhibiciones acerca de hablar. El psiquiatra le preguntó si cualquiera de sus acciones o comentarios hacía difícil que el paciente hablara. Éste confesó que para él los psiquiatras eran como lectores de la mente y que necesitaba estar al cuidado de lo que hiciera o dijera en su presencia. El psiquiatra contestó con humor: "Me temo que no somos tan buenos". Ambos se rieron, y el paciente se situó más cómodo y confiado durante el resto de la entrevista.

Por definición, la transferencia es una repetición. Los sentimientos asociados a una figura del pasado son repetidos con el psiquiatra en la situación presente. Esta premisa implica que los patrones de transferencia en una entrevista clínica proveen pantallazos de relaciones significativas del pasado del paciente. Lo que el paciente ve y siente respecto del examinador son, de alguna manera, repeticiones. Más aún, estas repeticiones revelan una buena cantidad de material acerca de las relaciones corrientes significativas del paciente. Como la transferencia es omnipresente, los mismos patrones del pasado se repiten una y otra vez en todas las relaciones del paciente. Por ejemplo, una paciente se quejaba de que los hombres parecían no estar interesados en ella. Frente a las preguntas del psiquiatra, ella pudo ligar este sentimiento de ser abandonada con la percepción infantil de que su padre la ignoraba. Hacia el final de la entrevista, cuando el psiquiatra miró el reloj, lo acusó de no prestarle atención, al igual que todos los otros hombres.

Para evitar rotular todas las reacciones hacia el médico como transferencia, los psiquiatras deben tener en mente que la relación médico-paciente es siempre una mezcla de transferencia y una relación real. El psiquiatra que miró su reloj trajo una pizca de realidad al miedo transferencial de la paciente de que un nuevo hombre está perdiendo interés en ella. La evaluación psicodinámica requiere un monitoreo continuo de uno mismo a lo largo del proceso diagnóstico. El psiquiatra que es cuestionado por estar desatento debe preguntarse si realmente se siente aburrido (y lo está transmitiendo al paciente) o si el paciente está distorsionando la situación. Si el aburrimiento es el problema, entonces el psiquiatra necesita determinar si su interés se encuentra menguando debido a interferencias de sus propias cuestiones, o porque el paciente realiza algo para evocar la desatención, o ambas.

Estas consideraciones son, por supuesto, asuntos de la contratransferencia. El marco conceptual de la entrevista dinámica es que ésta incluye a dos personas (¿me atrevería decir dos pacientes?). Cada uno trae el pasado personal al presente y proyecta aspectos de representaciones de objeto y del self internos, en el otro (Langs, 1976). Es común para los psiquiatras dinámicos encontrarse relacionados con un paciente como si el paciente fuera otro. El psiquiatra puede notar una semejanza física sorprendente entre el paciente y alguno de su pasado. Como resultado, el psiquiatra atribuye entonces cualidades de la figura pasada al paciente.

Una tarea corriente para los psiquiatras dinámicos es atender a sus propias actuaciones y sentimientos contratransferenciales a medida que emergen en la entrevista con el paciente. ¿Cuánto de la contratransferencia es la propia contribución del terapeuta? ¿Cuánto está inducida por el comportamiento del paciente hacia el terapeuta? Como lo señalara en el capítulo 2, de ordinario la contratransferencia es una creación conjunta que involucra contribuciones de ambos miembros de la díada. Realizar la distinción entre la variedad de contratransferencia inducida y aquella traída a la situación por los propios conflictos inconscientes del terapeuta es generalmente una tarea desafiante. Dado a que la habilidad de realizar esta distinción depende ampliamente en la familiaridad con el mundo interno propio, la mayoría de los psiquiatras dinámicos encuentran que una experiencia terapéutica personal (sea psicoanálisis o psicoterapia) es de enorme valor para monitorear y comprender la contratransferencia.

La familiaridad con las respuestas típicas de uno es de gran ayuda para descubrir las contribuciones relativas. Una psiquiatra de niños, por ejemplo, observó que podía saber cuando estaba tratando con una víctima de abuso sexual infantil porque desarrollaría un sentimiento irracional de enojo, acompañado por un impulso de abusar del niño. En otras palabras, un objeto interno abusador en el niño era proyectado a la psiquiatra, quien en respuesta fue provocada por la conducta irritante y provocativa del niño a tal punto que ella se identificaba con lo que había sido proyectado en ella. La conciencia de estos sentimientos la ayudaron a comprender la naturaleza del mundo de objetos internos y los problemas típicos en las relaciones interpersonales del paciente.

Abordajes para la obtención de la historia

El aspecto de la toma de datos para la confección de la historia clínica debe involucrar dos objetivos en forma simultánea: el diagnóstico descriptivo y el diagnóstico dinámico. Para llevar a cabo estos objetivos, el psiquiatra debe mantener un estilo de entrevista flexible que pueda virar desde la pesquisa estructurada de hechos específicos (p. ej., acerca de síntomas, historia familiar, factores de estrés, duración de la enfermedad) hacia una postura no estructurada de escucha a la cadencia y flujo del proceso del pensamiento natural del paciente. A lo largo de porciones estructuradas y no estructuradas de la toma de la obtención de la historia, el examinador realiza una evaluación con fina sintonización de la interacción médico-paciente. Kernberg (1984) caracterizó una forma de la entrevista dinámica -la entrevista estructurada- como un movimiento sistemático desde el inventario de síntomas hacia una focalización activa en las operaciones defensivas en la relación aquí y ahora con el entrevistador.

Al principio el entrevistador debe simplemente crear una atmósfera en la que el paciente se sienta libre para hablar. Los residentes en psiquiatría en el comienzo de su formación, con frecuencia caen en el error de interrogar agresivamente a los pacientes sólo para evocar la historia y los síntomas. Otro error común es asumir una actitud seudoanalítica de la abstinencia, el silencio virtual y la pasividad. Los residentes, que pueden ser cálidos y bien parecidos, de repente se tornan rígidos, excesivamente formales y fríos cuando entrevistan a un paciente. El entrevistador asegurará mucho más convirtiéndose en un participante activo en la relación, por la búsqueda cálida y empática de comprender el punto de vista del paciente. Esta postura de informe dinámico parte de la visión clásica del analista como un observador neutral y no gratificante (Viederman, 1984). Una entrevista dinámica no es una sesión de terapia psicoanalítica.

El psiquiatra podría aprender mucho al permitirle al paciente divagar libremente por un tiempo. Algunos comentarios iniciales deberían estar designados para facilitar este divague (p. ej., "Dígame más" "Por favor prosiga" "Comprendo que usted se sienta de ese modo" o "Eso debe de haber sido molesto"). Más allá de evocar datos históricos esenciales y del estado mental del paciente, los entrevistadores pueden discernir patrones de asociación capaces de revelar conexiones inconscientes significativas. El orden en el que los eventos, los recuerdos, las preocupaciones y otras cuestiones psicológicas son verbalizadas es rara vez azaroso. Los matemáticos han conocido desde hace tiempo que es imposible para cualquier individuo generar secuencias prolongadas de números al azar. Al rato, los números caerán en patrones significativos. La mente prefiere el orden al caos. Lo mismo ocurre con las verbalizaciones del paciente. Deutsch y Murphy (1955) basaron su aproximación a la entrevista -conocida como la "anamnesis asociativa"- en este principio:

> El método... consiste en recordar no sólo lo que el paciente dijo, sino también cómo dio la información. Tiene sus consecuencias no sólo que dice sus quejas, sino también en qué fase de la entrevista, y con qué conexión introduce sus ideas, quejas y las recolecciones de sus perturbaciones somáticas y emocionales (p. 19).

Aunque los pacientes pueden estar conscientemente preocupados por sus síntomas, el orden de sus asociaciones puede proveer claves hacia las conexiones inconscientes. Por ejemplo, un hombre de 31 años que concurrió a la evaluación psiquiátrica con sus padres. Mientras él estaba con un psiquiatra, sus padres mantenían una entrevista en privado con un trabajador social en otro edificio. El hombre comenzó por explicar que había sido incapaz de mantener un empleo. Repentinamente se sobrecogió con ansiedad porque estaba inseguro acerca de dónde podrían estar sus padres. El psi-

quiatra aclaró que estaban con el trabajador social en el edificio de oficinas contiguo. El paciente preguntó si podía utilizar el teléfono para llamarlos. El psiquiatra notó en silencio que la ansiedad del paciente acerca de la localización de sus padres siguió inmediatamente a la queja por su incapacidad para mantener un empleo. Le preguntó al paciente si estas dos preocupaciones estaban conectadas. Luego de reflexionar un momento, éste reconoció que cuando se encontraba apartado de sus padres en el trabajo, se preocupaba acerca de que algo podría pasarles. Este intercambio llevó a una discusión productiva acerca de las preocupaciones del paciente por su crecimiento y reconocer que hacerse independiente podría ser destructivo para sus padres.

Dado el rol central de la teoría del desarrollo en la psiquiatría dinámica, la historia del desarrollo debe ser parte de la cuidadosa evaluación dinámica. ¿Fue el paciente producto de un embarazo no deseado? ¿El nacimiento del paciente ocurrió luego del fallecimiento de un hermano mayor ? ¿Alcanzó los hitos del desarrollo como caminar, hablar y sentarse en las edades apropiadas? ¿Ha habido separaciones o pérdidas traumáticas durante los años formativos? La obtención de tal información altamente valiosa por lo general requiere la entrevista de los padres y otros miembros de la familia, sea por el psiquiatra o por un trabajador social asociado con el psiquiatra. Obviamente, los pacientes serán incapaces de recordar algunos eventos significativos de su niñez y distorsionarán otros.

A pesar de la memoria imperfecta acerca de los eventos históricos, no obstante los pacientes deben ser comprometidos en una revisión del desarrollo de la niñez y adolescencia. Un principio fundamental de la entrevista dinámica es que el pasado se repite a sí mismo en el presente. Para alistar al paciente como un colaborador en el proceso diagnóstico, el entrevistador puede alentar la curiosidad del paciente acerca de los lazos entre eventos históricos y sentimientos presentes. Una variedad de preguntas abiertas sirven para establecer esta relación de cooperación: "¿La ansiedad que experimenta hoy le recuerda sentimientos similares en algún momento de su pasado?" "¿Ha habido algún evento en su infancia que pueda haber contribuido a su sentimiento de adulto de que las mujeres no pueden ser confiables?" "¿Sus problemas conyugales actuales tienen alguna similitud con problemas que haya tenido con otras relaciones en el pasado?" A medida que paciente comienza a colaborar en la búsqueda de lazos entre el pasado y el presente, el examinador debe notar eventos históricos particulares y períodos que puédan ser importantes para el paciente. De manera similar, omisiones conspicuas de la historia del desarrollo son dignas de atención. Por ejemplo, ¿el paciente se focaliza exclusivamente en uno de sus progenitores como causante de todos sus problemas actuales, omitiendo toda referencia a su otro progenitor? ¿Qué hay acerca del marco cultural y religioso del paciente? ¿Cómo afectan estos factores la relación familiar y la aceptación de los problemas emocionales?

Luego de varios minutos de preguntas abiertas destinadas a facilitar la historia de la enfermedad actual y las cuestiones familiares y del desarrollo de forma de asociación libre, el psiquiatra puede luego, llenar los baches con preguntas más específicas y directas. Éstas pueden estar acopladas al diagnóstico descriptivo (p. ej., síntomas específicos necesarios para el diagnóstico según el DSM-IV [American Psychiatric Association, 1994], información acerca de la duración de la enfermedad, exclusiones de otras enfermedades) o puede ser dirigido hacia un diagnóstico dinámico más completo (p. ej., traumas específicos del desarrollo, patrones de relación, o ensoñaciones y fantasías recurrentes). A medida que el paciente llena los baches, el psiquiatra dinámico puede comenzar a formular hipótesis que vinculen las relaciones pasadas del paciente con las relaciones presentes y con los paradigmas transferenciales emergentes (Menninger, 1958). En otras palabras, ¿de qué modo las repeticiones de los patrones de relación pasada están creando los problemas en el presente?

El Eje IV del DSM-IV acuerda que los factores estresantes deben ser considerados durante la evaluación del paciente. Los eventos que precipitan un episodio de enfermedad son vitales tanto para el diagnóstico descriptivo como para el diagnóstico dinámico. Sin embargo, la obtención cuidadosa de la historia es esencial cuando se evalúa el Eje IV porque los pacientes pueden distorsionar su recuerdo del tiempo de un factor estresante en un esfuerzo por explicar retrospectivamente su enfermedad o problemas como atribuibles directamente a un evento externo (Andrews y Tennant, 1978). También, los psiquiatras dinámicos deben siempre estar atentos a los sentidos idiosincrásicos otorgados por los pacientes a eventos estresantes de la vida. Un factor estresante menor puede tener una significación extraordinaria para un paciente en particular, causando un gran impacto en la capacidad del paciente para funcionar.

No obstante, los pacientes pueden proveer información dinámica importante acerca de su percepción de las conexiones entre los eventos y los síntomas. De nuevo el examinador debe pensar en términos de cómo las cuestiones del pasado son evocadas por los factores estresantes en el presente. Una ejecutiva desarrolló una ansiedad extraordinaria luego de ser promovida. Identificó la promoción como un factor estresante, pero no podía determinar por qué le causaba ansiedad, ya que había buscado el nuevo trabajo por varios años. En el curso de la entrevista, con frecuencia hacía referencia a su hermana menor, quien estaba divorciada y sosteniendo dos niños con un trabajo servil. La exploración ulterior de la intensa rivalidad fraterna que había existido entre las hermanas durante la niñez reveló que la ansiedad de la ejecutiva estaba relacionada con sentimientos de culpa. Estaba convencida de que su promoción había sido destructiva para su hermana. Estos sentimientos resonaron con sus deseos infantiles de triunfar sobre su hermana y ser para los padres una hija única.

Holmes y Rahe (1967) desarrollaron una escala que jerarquiza la severidad del estrés en un número diferente de hechos de la vida. Aunque esas escalas pueden proveer estimaciones consensuales de los efectos que acompañan a situaciones particulares de la vida, el psiquiatra dinámico debe abordar a cada paciente como un individuo único y no asumir a priori que un evento determinado de la vida tiene un sentido único y específico. Por ejemplo, un joven reaccionó frente a la muerte de su padre con la sensación de que finalmente era libre de seguir su carrera sin la crítica incesante. De este modo, el factor estresante resultó en una mejoría en el rendimiento escolar y una mejoría en el funcionamiento global.

El examinador debe tener presente también que algunos factores estresantes pueden operar en un nivel inconsciente, impidiendo al paciente identificar cualquier evento precipitante cuando se le pida. Una función de la entrevista puede ser la de trabajar en conjunto para determinar si algún factor estresante ha sido omitido. Las reacciones frente a los aniversarios, por ejemplo, son factores estresantes comunes que un paciente puede descuidar. Un paciente depresivo crónico se tornó agudamente suicida en el aniversario del suicidio de su hermano. Otro ejemplo, un médico felizmente casado comenzó a tener problemas conyugales por razones no aparentes y debió consultar a un psiquiatra colega. Mientras hablaba por teléfono con él, el médico repentinamente advirtió que era el décimo aniversario del divorcio de su esposa anterior. Este insight le reveló que su enojo con su actual esposa estaba parcialmente relacionado con la relación tormentosa que había tenido con su primera esposa.

La evaluación del estado mental

Como los psiquiatras descriptivos, los psiquiatras dinámicos están interesados en los datos del estado mental, pero su aproximación a la información es de alguna manera diferente. Primero, siempre que sea razonable y posible, prefieren formular las preguntas referidas al estado mental durante la entrevista más que agregarlas al final en una lista de preguntas formales acerca del estado mental (MacKinnon y Michels, 1971). Aunque algunas preguntas específicas del estado mental deben ser anexadas a la entrevista si no surgen durante ella, hay una ventaja en minimizar el examen de estado mental formal. Cuando estas preguntas se formulan en la entrevista, el paciente ve las distorsiones de la percepción, el pensamiento y el afecto en un contexto significante. Más aún, al determinar las conexiones entre las distorsiones y la enfermedad, el paciente se siente más un colaborador que como alguien que responde pasivamente a las preguntas.

Orientación y percepción. La orientación del paciente en cuanto al tiempo, lugar y persona suele ser clara durante la toma de la historia clínica. Realizar preguntas específicas de orientación a alguien que obviamente se encuentra bien orientado es probable que altere el rapport en la relación médico-paciente. El estado de hiperalerta es un hallazgo del estado mental que también se revelará a sí mismo sin el interrogatorio directo. Los síntomas perceptuales significativos como las alucinaciones visuales y auditivas con frecuencia se hacen evidentes al comienzo de la entrevista cuando se le solicita al paciente que explique él porqué de la búsqueda del tratamiento psiquiátrico. Pero el psiquiatra dinámico está interesado en más que la presencia o ausencia de alucinaciones. Si un paciente escucha voces, el psiquiatra quiere saber qué es lo que las voces dicen, en qué circunstancias hablan, qué voces asemejan, y qué significan las voces para el paciente. Un paciente esquizofrénico paranoide siempre escuchaba a su padre que le decía que nunca llegaría a nada. Sus alucinaciones se correlacioban con las experiencias infantiles de que nunca era capaz de hacer lo suficiente para complacer a su padre.

Cognición. Por lo general, un trastorno del pensamiento formal se hará evidente cuando se tomen datos de la historia. Como ya se dijo, aun las asociaciones libres están conectadas de modo idiosincrásico en la mente del paciente. La tarea del examinador es comprender la naturaleza de esas asociaciones. Los delirios son también con mayor frecuencia evocados por las preguntas abiertas acerca de la historia que por preguntas específicas acerca de "falsas creencias". La presencia o ausencia de delirios es sólo una parte de la evaluación dinámica; sus sentidos y funciones tienen igual relevancia. Los delirios de grandiosidad de un paciente paranoide pueden servir para compensar los sentimientos devastadores de la baja autoestima.

Debido a que la cognición afecta el lenguaje y la comunicación, el psiquiatra debe también escuchar los actos fallidos, o lapsus linguae, que revelan destellos del trabajo del inconsciente. Una mujer embarazada cuyo obstetra la derivó para una consulta psiquiátrica estaba resentida por tener que ver a un psiquiatra y exclamó, "¡No quiero ser un padre psiquiátrico, quiero decir paciente!". El psiquiatra examinador extendió a partir de ese acto fallido que la paciente se encontraba muy ambivalente en cuanto a ser madre.

La manera de contestar las preguntas puede revelar cómo es el estilo inconsciente del carácter. El paciente obsesivo-compulsivo puede responder a las preguntas dando excesivos detalles y pidiéndole repetidas veces al examinador que hable de la información específicamente requerida. Por el contrario, una paciente histérica puede estar tan desinteresada por los detalles que brinde respuestas vagas que frustran al entrevistador. El paciente pasivo-agresivo puede producir enojo en el entrevistador por solicitar que las

preguntas le sean repetidas y por frustrar generalmente los intentos de producir datos históricos. En cuanto al paciente paranoide, puede creer que hay sentidos ocultos en las preguntas de manera constante, lo que hace que el examinador se sienta a la defensiva.

Es esencial determinar la presencia o ausencia de ideación suicida en cualquier evaluación psiquiátrica. Los pacientes suicidas deben ser interrogados directamente acerca de si tienen un plan suicida y si cuentan con un sistema de sostén de personas a quienes pueden hablar antes de actuar impulsivamente. La evaluación psicodinámica debe discernir el sentido de la contemplación del suicidio. ¿Es una fantasía de reunión con un difunto amado? ¿Es el suicidio un acto de venganza designado a devastar a alguno de la misma manera en que esa persona devastó alguna vez al paciente? ¿El suicidio es realmente designado a matar una representación de objeto interno que es odiado y temido? De todas las tantas soluciones posibles a los problemas del paciente, ¿por qué es el suicidio tan apremiante?

Afecto. Las observaciones acerca de los estados emocionales del paciente proveen una mina de oro de información acerca de los mecanismos de defensa. Después de todo, el manejo del afecto es una de las funciones más importantes de las defensas. Los pacientes que describen extraordinariamente eventos dolorosos en sus vidas sin conmoverse para nada pueden estar implementando el aislamiento del afecto. Los pacientes hipomaníacos, quienes aseguran que se encuentran siempre de buen humor y son inusualmente jocosos con el entrevistador, pueden estar utilizando la negación para defenderse contra los sentimientos como la pena y el enojo. Los pacientes borderlines que expresan menosprecio y hostilidad hacia las figuras claves en sus vidas pueden estar implementando la escisión para alejar cualquier integración de sentimientos buenos y malos hacia otros. El humor, una subcategoría del afecto que envuelve una tonalidad de sentimiento interno sostenido, debe también ser evaluado. La exploración de los humores con un paciente con frecuencia revela que están ligados a representaciones significativas del self y del objeto.

Acción. Una riqueza de información se comunica a través del comportamiento no verbal en la entrevista clínica. ¿Qué temas particularmente sensibles redundan en la inquietud del paciente? ¿Qué temas evocan silencio? ¿Qué cuestiones producen la ruptura del contacto de la mirada del paciente con el examinador? A pesar del hecho de que los pacientes intentan guardar datos esenciales del psiquiatra examinador, sus conductas no verbales los delatarán. Freud hizo la siguiente observación en 1905:

> Cuando me impuse la tarea de descubrir lo que los seres humanos ocultan dentro de ellos, no por el apremiante poder de la hipnosis, sino por observar qué es lo que dicen y muestran, pensé que la tarea era más dura de que lo que realmente es. El que tiene ojos para ver y oídos para escuchar puede convencerse de que ningún mortal puede guardar un secreto. Si sus labios están sellados, habla con la punta de sus dedos; el engaño fluye por cada uno de sus poros. Y así la tarea de hacer consciente lo más oculto de la mente se puede lograr (Freud, 1905/1953; pp. 77-78).

Para Freud, uno de las "vías regias" para observar el inconsciente era el comportamiento no verbal. Las relaciones de apego temprano son internalizadas y codificadas como la memoria implícita (Amini y col., 1996; Gabbard, 1997). Lo que se despliega en la relación con el terapeuta es el modo habitual de las relaciones de objeto del paciente modeladas por aquellas relaciones de apego temprano, y mucho de ese modo de relación es no verbal. Los pacientes que, por ejemplo, rehúyen el contacto visual, son muy respetuosos, con gestos limitados y dubitativos cuando hablan le están mostrando al terapeuta gran parte de su inconsciente, de las relaciones objetales internalizadas y de cómo se relacionan con otros fuera de la entrevista clínica.

Tests psicológicos

Los tests psicológicos proyectivos, principalmente el Rorschach y el Test de Apercepción Temática (TAT), pueden resultar extraordinariamente útiles para la evaluación psicodinámica. El Rorschach consiste en diez manchas de tinta simétricas que presentan un estímulo ambiguo al paciente. Por su ambigüedad, los pacientes revelarán mucho acerca de ellos mismos a través de la interpretación de las formas amorfas dentro de las manchas de tinta. Guías altamente sofisticadas a las interpretaciones de Rorschach han sistematizado las respuestas de acuerdo con una comprensión diagnóstica psicodinámica del paciente (Kwawer y col., 1980; Rapaport y col., 1968; Schafer, 1954).

El TAT opera de la misma forma. Una serie de dibujos o grabados, retratando personas y situaciones de grados variables de ambigüedad, brinda al paciente libertad en la interpretación. Se le pide que invente una historia que describa cada figura. En el armado de estas historias, proyecta sus propias fantasías, deseos y conflictos a los dibujos. Los tests proyectivos son especialmente útiles para pacientes que están a la defensiva y lacónicos en la entrevista psiquiátrica y que, en consecuencia, no pueden referir libremente cómo se sienten. Pero en el caso de que los pacientes revelen mucho acerca de sí mismos en el curso de la entrevista clínica, los tests psicológicos no serán necesarios.

El examen físico y neurológico

Por razones obvias, el estado físico y neurológico del paciente es tan importante para los psiquiatras dinámicos como para los psiquiatras descriptivos. "El hueso de la cabeza está conectado con el hueso del cuello", por lo que cualquier cosa que ande mal en el cuerpo afectará al cerebro y viceversa. Si la evaluación está llevándose a cabo en un marco hospitalario, los psiquiatras dinámicos pueden realizar sus propios exámenes físicos y neurológicos o no. Si la evaluación es de un paciente ambulatorio en un consultorio privado, la mayoría de los psiquiatras dinámicos prefieren que un médico realice el examen físico. Independientemente de quién lo realice, explorar el sentido del físico es por lo general beneficioso, tanto en lo que respecta a la transferencia como en lo que se refiere a las fantasías del paciente acerca de su cuerpo. De todos modos, ni la evaluación descriptiva ni la dinámica pueden ser completas sin estos datos.

El diagnóstico psicodinámico

Una vez que se completa la evaluación psicodinámica, el terapeuta puede arribar a un diagnóstico descriptivo (sobre la base de los criterios del DSM-IV) y aún diagnóstico psicodinámico (basado en una comprensión del paciente y su enfermedad). Aunque ambos diagnósticos informan el plan terapéutico, el diagnóstico descriptivo pone los arreos para asignar el rótulo correcto y el diagnóstico psicodinámico funciona como un resumen de la comprensión que va más allá del rótulo. Menninger y col. (1963) describieron elegantemente el abordaje psicodinámico para el diagnóstico:

> Hay un nuevo sentido para el diagnóstico, ya que éste no es la mera aplicación de un rótulo. No es una búsqueda del nombre propio por el cual uno pueda referirse a esta aflicción en este y otros pacientes. El diagnóstico sirve para comprender exactamente por qué el paciente está enfermo y cuán enfermo está, cómo se enfermó y para qué le sirve su enfermedad. De este conocimiento uno puede obtener conclusiones lógicas respecto de cómo los cambios producidos en o alrededor del paciente podrían afectar su enfermedad. (pp. 6-7)

El diagnóstico descriptivo puede ayudar a los terapeutas a planear las intervenciones farmacológicas apropiadas. El diagnóstico dinámico puede facilitar la comprensión del terapeuta acerca del sentido que tiene la prescripción de la medicación en el paciente y si el cumplimiento con la medicación será probablemente un problema.

En este contexto quiero enfatizar que la utilidad del diagnóstico dinámico no está limitada a los pacientes a quienes se le prescribe tratamiento con psicoterapia psicodinámica. El manejo terapéutico de la personalidad del paciente es una parte integral de todo tratamiento psiquiátrico que debe estar siempre considerado en el plan terapéutico (Perry y col., 1987).

Parte del diagnóstico dinámico incluye la comprensión de cómo los cinco ejes del DSM-IV interactúan entre sí e influye uno en el otro. Dado que la enfermedad surge a partir de una personalidad previa, se debe otorgar consideración a cómo el diagnóstico de personalidad en el Eje II contribuye al síndrome en el Eje I. Los individuos obsesivo-compulsivos, por ejemplo, se descompensan frecuentemente con un episodio depresivo mayor. Los terapeutas deben entonces evaluar cuánto ha contribuido el superyó rígido y demandante de la estructura de la personalidad obsesivo-compulsiva a la característica de auto-aborrecimiento de la depresión. Este aspecto del diagnóstico no reemplazará la contribución de los factores bioquímicos y genéticos a la depresión, más bien trabajará sinérgicamente para proveer una comprensión más completa del paciente y la enfermedad. De modo semejante, un diagnóstico en el Eje III de carcinoma de páncreas puede contribuir a un diagnóstico de episodio depresivo mayor en el Eje I de base biológica, pero la reacción psicológica del paciente al diagnóstico de una malignidad puede ser otro determinante de depresión. El paciente que es diagnosticado con un trastorno narcisista de la personalidad en el Eje II y trastorno por pánico en el Eje I puede desear no tomar medicación para este último trastorno; creer que se tiene un trastorno psiquiátrico mayor constituye una herida narcista muy fuerte y difícil de tolerar.

Como ya se describió en este capítulo, los factores estresantes en el Eje IV, ambos obvios, los precipitantes conscientes y los ocultos, los inconscientes, deben también ser evaluados en el diagnóstico dinámico. Por fin, es útil evaluar cómo todos los hallazgos en los otros cuatro ejes afectan el eje V del nivel de funcionamiento. ¿Da el diagnóstico en el Eje I cuenta para la severidad de la dificultad funcional del paciente? o ¿Contribuyen los rasgos caracterológicos en el Eje II en un menor nivel de funcionamiento del garantizado por el diagnóstico en el Eje I? Un diagnóstico psicodinámico también comprende la evaluación del paciente desde una o más de las cuatro perspectivas teóricas mayores discutidas en el capítulo 2: la psicología del yo, la teoría de las relaciones objetales, la psicología del self y las visiones posmodernas.

Características del yo

Se puede aprender en gran medida acerca de las fortalezas globales del yo de los pacientes a través de sus historias laborales y sus patrones de relación. Aquellos que han sido capaces de mantener trabajos y establecer rela-

ciones comprometidas por períodos razonablemente largos son plausibles de poseer yoes más elásticos que aquellos que no lo fueron.

La evaluación de ciertas funciones claves del yo (Bellak y col., 1973) puede ayudar a los psiquiatras a comprender las fuerzas y debilidades de un paciente y de esta manera permitirles prescribir el programa terapéutico. ¿Cómo se encuentra la prueba de realidad del paciente? ¿Hay una habilidad para distinguir lo que es interno de lo que es externo o hay un patrón persistente de percepción distorsionada delirante? ¿Se encuentra la prueba de realidad del paciente intacta en situaciones estructuradas pero perturbada en situaciones no estructuradas? ¿Qué hay acerca del control de los impulsos del paciente? ¿Hay suficiente yo para demorar la descarga de los impulsos, o se encuentra el paciente virtualmente conducido por sus impulsos al punto donde hay peligro para otros o para sí mismo? El juicio es otra función del yo que debe ser evaluada. ¿Puede el paciente anticiparse adecuadamente a las consecuencias de sus acciones?

En la planificación de la forma psicoterapéutica adecuada, los psiquiatras deben también determinar la conciencia psicológica del paciente. ¿El paciente ve los problemas como producto de un origen interno o son todas las dificultades externalizadas y culpadas en otros en el ambiente? ¿Puede el paciente sintetizar e integrar varios trozos de información y reflexionar en sus conexiones para desarrollar explicaciones significativas para los síntomas y las dificultades interpersonales? ¿Puede el paciente pensar en metáforas y analogías que permitan conexiones entre diversos niveles de abstracción? Todas estas consideraciones ayudan a evaluar la extensión de la conciencia psicológica.

Una gran parte de la evaluación del yo se centra en las funciones defensivas del yo. En el encuadre psicoanalítico, Waelder (1960) desarrolló una serie de preguntas que abordan las operaciones defensivas del paciente. Estas mismas preguntas pueden ser adaptadas a la evaluación: ¿Cuáles son los deseos del paciente? ¿Qué es lo que el paciente quiere (inconscientemente)? Y ¿de qué tiene miedo?... Y cuándo está asustado, ¿qué hace? (pp.182-183). Pine (1990) agregó preguntas para evaluar la relación entre las pulsiones y las respuestas del yo a esas pulsiones:

> ¿Qué deseo está siendo expresado?¿Cuál es la relación del deseo con la conciencia? ¿Cuál es la fantasía? Y ¿cómo refleja un compromiso entre el deseo y la defensa y la realidad? ¿Contra qué se defendia? y ¿Cuán efectiva/adaptativa es la defensa? ¿Puede esa ansiedad individual descubrir a este o a aquel deseo, contra el cual se defiende de manera inefectiva?¿Y puede la culpa individual ser entendida en términos de la operación de la conciencia con relación a este o aquel deseo? (pp. 44-45).

Pine también sugirió que se debe evaluar el carácter de una manera similar al observar los estilos defensivos característicos del paciente que son

expresados como modos egosintónicos de funcionamiento. También se pueden evaluar los mecanismos de defensa en un continuo que va de la inmadurez a la madurez descrita en el capítulo 2. El paciente que es capaz de usar la supresión y el humor en medio de una situación difícil está mostrando mayor fortaleza del yo que el paciente que recurre a la escisión y la identificación proyectiva en la misma situación.

Determinar la relación del yo con el superyó es otra parte vital de la evaluación psicológica. ¿Es el superyó un supervisor rígido, cruel e implacable del yo, o hay una flexibilidad y armonía en la relación del superyó con el yo? ¿Adopta el paciente ideales realistas, o es conducido por metas fantásticas e inalcanzables?¿Hay tendencias antisociales en los pacientes caracterizadas por un superyó ausente y no desarrollado? Las respuestas a estas preguntas también proveen claves acerca de las experiencias de la infancia con las figuras parentales, puesto que el superyó es una representación internalizada de esas figuras.

Relaciones objetales

Como resultado final de la evaluación psicodinámica, el terapeuta tiene información acerca de las relaciones interpersonales del paciente en tres contextos: relaciones de la infancia, los aspectos reales y transferenciales de la relación entre el paciente y el terapeuta examinador, y las relaciones actuales fuera de la relación médico-paciente. La naturaleza de estas relaciones provee al psiquiatra una gran cantidad de información acerca de la posición del paciente en la familia y los sistemas sociales. Es todavía necesario, sin embargo, una evaluación de cómo las relaciones familiares del paciente influyen en el desarrollo de la imagen clínica que trae al paciente al psiquiatra. La figura sintomática de un paciente adolescente, ¿refleja los problemas conyugales de sus padres? En otras palabras, ¿es el paciente un "portador" de la enfermedad familiar?

La información acerca de las relaciones interpersonales del paciente explica cómo es la naturaleza de las relaciones de objeto interno del paciente. Las entrevistas con los miembros de la familia u otros significativos puede ayudar a entender hasta dónde llega la distorsión del paciente en cuanto a sus otras relaciones. Ciertos patrones fáciles de descubrir parecen repetirse a lo largo de todas las relaciones. Por ejemplo, ¿Es habitual que termine como un partenaire masoquista en una unión sadomasoquista? ¿Es frecuente que se apoye en otros que son menos fuertes y necesitan que se los cuide? Pine (1990) desarrolló una serie de preguntas que apuntan especialmente a las relaciones de objeto y que el terapeuta debe tener en cuenta en una entrevista:

> ¿Qué antigua relación de objeto se está repitiendo? Y ¿cuál de los roles en la relación de objeto está actuando el sujeto (el paciente): ¿la suya o la del otro? O ¿ambas? ¿Su comportamiento es igual al de antes? ¿Deseaba estar en la mirada de sus padres? ¿Ellos querían que él lo estuviera? ¿Ellos estaban con él? ¿Él deseaba que ellos estuvieran? Y ¿qué experiencias tempranas pasivas se están repitiendo activamente? (p. 47)

Determinar el nivel de madurez de las relaciones de objeto es una parte integral de esta evaluación. ¿El paciente experimenta a los otros en forma ambivalente o como objeto totales que poseen cualidades tanto buenas como malas? ¿Ve el paciente alternativamente a los otros como idealizados (todo bueno) o desvalorizados (todo malo)? ¿Ve el paciente a los otros como objetos parciales necesarios para la gratificación que sirven sólo a una función para el paciente más que como personas separadas con necesidades y preocupaciones personales? Finalmente, ¿qué hay acerca de la constancia objetal? ¿Puede el paciente tolerar estar separado de otras personas significativas convocando una imagen interna tranquilizadora de la persona que está extrañando?

El self

Una evaluación dinámica minuciosa debe valorar varios aspectos del self del paciente. En el amplio marco de la psicología del self, los psiquiatras deben examinar la durabilidad y la cohesión del self. ¿Se encuentra proclive a la fragmentación en respuesta al mínimo desaire de un amigo o un colega? ¿Necesita el paciente estar continuamente "bajo el reflector" para recibir respuestas aseguradoras de los objetos del self?

La madurez de los objetos del self del paciente debe ser también evaluada. ¿Son las necesidades de los objetos del self del paciente satisfechas por una relación mutuamente gratificante en el contexto de un compromiso a largo plazo?

Además de la autoestima, el psiquiatra debe también evaluar la autocontinuidad del paciente. ¿Se mantiene el mismo a lo largo del tiempo, independientemente de las circunstancias externas, o hay una difusión de la identidad generalizada? Como lo ha acentuado Horowitz (1997), sin un sentido de autoconsistencia y continuidad, un individuo está más propenso a desarrollar síntomas y cambios explosivos en su estado mental. Horowitz también remarca que la autoconsistencia es más que un estilo interpersonal: incluye integridad y virtudes dentro del carácter de uno. La evidencia de difusión de la identidad indicaría que las diferentes representaciones del self se escinden una de la otra y se encuentran constantemente montadas para tener dominio sobre la personalidad total. Las diferentes representaciones

del self obviamente surgirán en conexión con diferentes representaciones de objetos que son altamente influidas por el contexto interpersonal en un momento dado. Los límites del self son también de interés. ¿Puede el paciente diferenciar claramente su contenido mental de aquellos de los otros o hay generalmente un borramiento en los límites de los objetos self? Un aspecto relacionado sería la percepción del paciente de su cuerpo. ¿Se encuentran los límites corporales intactos o tiene que empeñarse periódicamente en una automutilación para definir los límites de su piel? ¿Son la mente y el cuerpo vistos como conectados a lo largo del tiempo o hay episodios de despersonalización o experiencias fuera-del-cuerpo en donde la mente parece independiente del cuerpo?

Consideraciones posmodernas

Dado que los psiquiatras dinámicos reconocen la naturaleza de dos-personas de la evaluación diagnóstica, se encuentran siempre explorando cómo su propia subjetividad puede afectar lo que están observando en el paciente. ¿Se encuentra el paciente reaccionando a un aspecto sutil del terapeuta que puede bifurcar la evaluación del entrevistador hacia una dirección particular? De modo similar, ¿son las conclusiones del entrevistador sesgadas en cierto modo por ciertas nociones preconcebidas acerca del género, la cultura o la religión? Los psiquiatras dinámicos deben siempre tomar en consideración su propia subjetividad, incluyendo creencias y prejuicios, de modo que estos aspectos de la "visión" del terapeuta sean considerados al evaluar la naturaleza de las dificultades del paciente. Algunas creencias religiosas, por ejemplo, pueden ser vistas como bizarras al punto de ser delirantes por algunos terapeutas, mientras que otros clínicos pueden aceptar esas mismas creencias como comunes dentro de la cultura del paciente

Formulación explicativa

Los diferentes elementos de diagnóstico psicodinámico enumerados antes son las bases para una formulación explicativa. Esta hipótesis tentativa o modelo de trabajo ilustra cómo los elementos interactúan para crear la imagen clínica presentada por el paciente. Este sumario declarativo, algunas veces referido como la formulación psicodinámica (Perry y col., 1987), puede también incluir comentarios sobre los aspectos biológicos de la enfermedad y las implicancias terapéuticas. Aunque la formulación intenta explicar la condición del paciente, no tiene que explicar todo. Debe resaltar sucintamente las cuestiones mayores, especialmente su relevancia para la planificación del tratamiento.

Con algunos pacientes, un modelo teórico puede parecer tener mayor valor explicativo que los otros dos. Con otros, sin embargo, más de una perspectiva teórica puede ser útil en conceptualizar varios aspectos de su psicopatología. Como se sugerió en el capítulo 1, los terapeutas deben tener la mente abierta a todos los marcos teóricos referenciales mayores y deben abarcar una actitud de "ambos/y" más que "uno/o". La formulación debe también ser abordada con la comprensión que sobreviene a una modificación continua a medida que el tratamiento prosigue. En la psiquiatría dinámica, el diagnóstico y el tratamiento se encuentran siempre evolucionando juntos. Un ejemplo de historia clínica ilustra estos puntos:

> La señorita A, una mujer soltera de 33 años empleada como bibliotecaria, vino al hospital en el medio de un episodio psicótico con características paranoides: se había convencido de que su madre estaba confabulando para matarla y se había refugiado en el departamento que compartía con su hermano.
>
> Cuando la señorita A se reorganizó luego de unas pocas dosis de un antipsicótico, se presentó como una persona alegre, con una actitud "pollyanish"* y naif, comentando: "No estoy enojada". Se sentía bien y quería volver a la casa. Su madre estaba contenta de verla "de nuevo en la normalidad", pero estaba preocupada porque el hermano de la señorita A se encontraba todavía en el departamento. Aparentemente se había aprovechado de la hermana, comiendo su comida y viviendo sin pagar el alquiler en su ausencia.
>
> Según la madre, la señorita A vivía en forma aislada y con pocos amigos personales salvo algunas relaciones superficiales en el trabajo. Más aún, la madre reveló que la señorita A había tenido un episodio psicótico previo, 18 meses antes, cuando su hermano se había mudado con ella en las mismas circunstancias de explotación. Reportó también una historia familiar de trastorno bipolar.

Se desarrolló la siguiente formulación explicativa:

> La señorita A había heredado una diátesis hacia el trastorno bipolar. Sus episodios psicóticos cíclicos, aparentemente esquizofreniformes, eran quizás una variante de la enfermedad bipolar. Luego de haber estabilizado la psicosis, el psiquiatra podía considerar la profilaxis con litio u otro estabilizador del ánimo.
>
> Cuando la señorita A se encuentra no psicótica, su ajuste se realiza a expensas de la negación masiva de todos los sentimientos negativos, es-

* *Nota del traductor:* Pollyanish proviene de una vieja historia americana escrita por Eleanor Porter, Pollyanan. La historia es acerca de una muchacha que se caracteriza por una actitud optimista, excesivamente naive que sólo veía los aspectos positivos de la vida y negaba los aspectos negativos.

pecialmente el enojo, y resulta en una existencia esquizoide. El factor estresante de tener a su hermano viviendo parasitariamente en su departamento le provocó tanto enojo que no pudo mantener su postura defensiva habitual. Bajo la presión de este afecto intenso, regresó a la posición esquizo-paranoide, donde una representación del self inaceptable albergando sentimientos homicidas y de enojo, fue escindida y proyectada en su madre. Luego de la remisión de la psicosis con la medicación, ella reintroyectó la representación del self, que nuevamente fue enterrada bajo su negación.

La paciente carece de la conciencia psicológica para ver cualquier problema y así trabajar en un proceso terapéutico exploratorio. El trabajo del caso o la terapia familiar son entonces necesarios para remover el factor estresante (p. ej., el hermano) y permitirle a la señorita A reasumir su adaptación previa con un seguimiento del régimen de su medicación y psicoterapia de apoyo para mantener sus defensas e identificar otros factores estresantes potenciales.

Esta formulación, dinámica en su conceptualización, respeta el modelo biopsicosocial de la psiquiatría sostenido por Engel (1977), Fink (1988) y otros en el sentido que toma en consideración la predisposición genética, las influencias sociales y familiares, y los factores intrapsíquicos.

Conclusión

El cuadro 3-1 resume los pasos a seguir en una evaluación psicodinámica minuciosa. En el análisis final, el propósito de la evaluación es informar y guiar la planificación terapéutica global. El caso de la señorita A ilustra cómo un diagnóstico psicodinámico y una formulación explicativa particular pueden ser útiles cuando la psicoterapia dinámica está contraindicada. El tratamiento es sin embargo informado psicodinámicamente. La evaluación dinámica asiste a todos los aspectos de la planificación terapéutica. Una evaluación de las funciones del yo puede contribuir a decidir si un individuo debe ser internado o realizar tratamiento ambulatorio. Por ejemplo, el alcance del control de los impulsos puede ser una variable crucial para decidir si un paciente debe ser admitido primero y, si es así, cuándo puede ser dado de alta. Una comprensión dinámica de sus pacientes puede ayudar a los terapeutas a decidir si sus pacientes aceptarían una recomendación para terapia sexual, modificación conductual, terapia familiar o terapia de grupo. Finalmente, el cumplimiento de cada paciente a cada régimen de medicación dependerá del sustrato caracterológico particular de ese paciente. Los casos discutidos en los capítulos siguientes ilustrarán cómo otros modelos teóricos pueden ser usados en el desarrollo de una formulación y cómo la evaluación dinámica del paciente guía la planificación terapéutica.

Cuadro 3-1. *La evaluación psicodinámica*

Datos históricos
- Enfermedad actual con atención a vinculación asociativa y los factores estresantes en el Eje IV
- Historia pasada con énfasis en como el pasado se repite en el presente
  - Historia del desarrollo
  - Historia familiar
  - Marco cultural/ religioso

Examen del estado mental
- Orientación y percepción
- Cognición
- Afecto
- Acción

Tests psicológicos proyectivos (si fueran necesarios)

Examen físico y neurológico

El Diagnóstico psicodinámico
- Diagnóstico descriptivos según el DSM-IV
- Interacciones entre los Ejes I-V
- Características del yo
  - Fortalezas y debilidades
  - Mecanismos de defensa y conflictos
  - Relación con el superyó
- Calidad de las relaciones de objeto
  - Relaciones familiares
  - Patrones de transferencia-contratransferencia
  - Inferencias acerca de las relaciones de objeto interno
- Características del self
  - Autoestima y autocohesión
  - Autocontinuidad
  - Límites del self
  - Relación mente-cuerpo
- Consideraciones posmodernas
- Formulación explicativa utilizando los datos previos

Bibliografía

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

Amini F, Lewis T, Lannon R, et al: Affect, attachment, memory: contributions toward psychobiologic integration. Psychiatry 59:213-239, 1996

Andrews G, Tennant C: Editorial: life event stress and illness. Psychol Med 8:545-549, 1978

Bellak L, Hurvich M, Gedimen HK: Ego Functions in Schizophrenics, Neurotics, and Normals: A Systematic Study of Conceptual, Diagnostic, and Therapeutic Aspects. New York, Wiley, 1973

Deutsch F, Murphy WF: The Clinical Interview, Vol 1: Diagnosis: A Method of Teaching Associative Exploration. New York, International Universities Press, 1955

Engel GL: The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. Science 196: 129-136, 1977

Fink PJ: Response to the presidential address: is "biopsychosocial" the psychiatric shibboleth? Am J Psychiatry 145:1061-1067, 1988

Freud S: Fragment of an analysis of a case of hysteria (1905), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 7. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1953, pp 1-122

Gabbard GO: Challenges in the analysis of adult patients with histories of childhood sexual abuse. Canadian Journal of Psychoanalysis 5: 1-25, 1997

Holmes TH, Rahe RH: Social Readjustment Rating Scale. J Psychosom Res 11:213-281, 1967

Horowitz MJ: Formulation as a Basis for Planning Psychotherapy Treatment. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997

Kernberg OF: Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven, CT, Yale University Press, 1984

Kwawer JS, Lerner HD, Lerner PM, et al (eds): Borderline Phenomena and the Rorschach Test. New York, International Universities Press, 1980

Langs RJ: The Bipersonal Field. New York, Jason Aronson, 1976

MacKinnon RA, Michels R: The Psychiatric Interview in Clinical Practice. Philadelphia, PA, WB Saunders, 1971

Menninger KA: Theory of Psychoanalytic Technique. New York, Basic Books, 1958

Menninger KA, Mayman M, Pruyser PW: A Manual for Psychiatric Case Study, 2nd Edition. New York, Grune & Stratton, 1962

Menninger KA, Mayman M, Pruyser PW: The Vital Balance: The Life Process in Mental Health and Illness. New York, Viking Press, 1963

Perry S, Cooper AM, Michels R: The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. Am J Psychiatry 144:543-550, 1987

Pine F: Drive, Ego, Object, and Self: A Synthesis for Clinical Work. New York, Basic Books, 1990

Rapaport D, Gill MM, Schafer R: Diagnostic Psychological Testing, Revised Edition. Edited by Holt RR. New York, International Universities Press, 1968

Reiser MF: Are psychiatric educators Schafer R: Psychoanalytic Interpretation in Rorschach Testing: Theory and Application. New York, Grune & Stratton, 1954

Shevrin H, Shectman F: The diagnostic process in psychiatric evaluations. Bull Menninger Clin 37:451-494, 1973

Thomä H, Kächele H: Psychoanalytic Practice, Vol 1: Principles. Translated by Wilson M, Roseveare D. New York, Springer-Verlag, 1987

Viederman M: The active dynamic interview and the supportive relationship. Compr Psychiatry 25:147-157, 1984

Waelder R: Basic Theory of Psychoanalysis. New York, International Universities Press, 1960

CAPÍTULO

4

Tratamientos en psiquiatría dinámica

Psicoterapia individual

La destreza en la psicoterapia individual es tal vez lo que caracteriza al psiquiatra dinámico. En su evolución desde el psicoanálisis, la psiquiatría dinámica destaca obviamente los matices de la relación curativa entre el psicoterapeuta y el paciente. Por razones de espacio nos limitaremos a una breve revisión de los principios generales derivados de la vasta literatura en psicoterapia individual. Las aplicaciones específicas de esos principios serán demostradas y explicadas en las secciones II y III. Los lectores que estén interesados en un debate más amplio de la psicoterapia individual pueden consultar cualquiera de estos interesantes libros (E. Adler y Bachant, 1998; Basch, 1980; Busch, 1995; Chessick, 1974; Dewald, 1964, 1971; Fromm-Reichmann, 1950; Luborsky, 1984; Ogden, 1982; Roth 1987).

El continuo expresivo-de apoyo

La psicoterapia modelada sobre los principios técnicos del psicoanálisis formal ha sido designada con diferentes nombres: expresiva, dinámica, orientada analíticamente, orientada al insight, exploratoria, reveladora e intensiva, por nombrar algunos. Esta forma de tratamiento, destinada a analizar las defensas y explorar la transferencia, ha sido vista tradicionalmente como diferente por completo de otra entidad conocida como la psicoterapia

de apoyo. Esta última, más orientada a suprimir el conflicto inconsciente y a reforzar las defensas, ha sido considerada ampliamente como inferior a la terapia expresiva. Esta tendencia se refleja en la máxima clínica que ha guiado a los psicoterapeutas durante años: "Sé tan expresivo como puedas y tan sostenedor como debas ser" (Wallerstein, 1986, p. 688).

Varios autores han expresado preocupación acerca de esta dicotomía tradicional (Horwitz y col., 1996; Pine, 1976, 1986; Wallerstein, 1986; Werman, 1984). El problema de esta distinción es que implica que la psicoterapia de apoyo no está orientada psicoanalíticamente, cuando en la práctica, este tipo de tarapia está guiada por la comprensión psicoanalítica en cada uno de sus pasos. Y más aún, esta tendencia a mostrarlas como si fueran entidades totalmente separadas, cuando de hecho, la psicoterapia expresiva y la psicoterapia de apoyo raramente se presentan en forma pura en cualquier lugar (Wallerstein, 1986; Werman, 1984). Por último, el valor de la distinción asociada con el mayor prestigio de la psicoterapia expresiva o psicoanálisis se ha apoyado siempre en la idea de que el cambio logrado como resultado de la resolución del conflicto intrapsíquico o insight es en cierta forma superior a aquel alcanzado a través de técnicas de apoyo. No hay datos contundentes para sostener esta suposición; los cambios alcanzados por la psicoterapia expresiva no han probado de ninguna manera que son superiores o más duraderos que aquellos alcanzados con la psicoterapia de apoyo (Wallerstein, 1986).

Como conclusión de un estudio monumental de 42 pacientes tratados en el Proyecto de Investigación de Psicoterapia de la Fundación Menninger, Wallerstein (1986) determinó que todas las formas de psicoterapia contienen una mezcla de elementos expresivos y de apoyo y que los cambios alcanzados por los elementos de apoyo no son de ninguna manera inferiores a aquellos alcanzados por los elementos expresivos. Entonces, más que considerar a la psicoterapia expresiva y la psicoterapia de apoyo como dos modalidades distintas de tratamiento, debemos ver a la psicoterapia ubicándose en un continuo expresivo-de apoyo, y más cerca de la realidad de la práctica clínica y de la investigación empírica. Con algunos pacientes, en ciertos momentos de la terapia, ésta se inclinará más hacia los elementos expresivos, mientras que con otros pacientes, en otros momentos, la terapia requerirá mayor atención en los elementos de apoyo. Como lo notó Wallerstein (1986), "Toda terapia adecuada es siempre expresiva y de apoyo (en modos diferentes), y la pregunta en cuestión en todos los puntos de cada terapia debería ser aquella de expresar *cómo* y *cuándo*, y de apoyar *cómo* y *cuándo*" (p. 689).

La psicoterapia individual engarzada en este continuo puede mejor denominarse *expresiva-de apoyo* o *de apoyo-expresiva*. El psicoanálisis, situado en el punto más extremo en el fin expresivo del continuo, también contiene elementos de apoyo asociados con la estructura del tratamiento en sí

misma y la colaboración del analista y del paciente para alcanzar algunos objetivos (Luborsky, 1984). Mientras tanto, la mayoría de las psicoterapias de apoyo en el otro extremo de este continuo brindarán por momentos insight y comprensión. De este modo, el terapeuta dinámico efectivo avanzará flexiblemente y retrocederá a lo largo del continuo expresivo-de apoyo, según las necesidades del paciente en un determinado momento del proceso psicoterapéutico.

El concepto del continuo expresivo-de apoyo provee un marco para considerar los objetivos, las características y las indicaciones para la psicoterapia individual. Cada uno de estos elementos cambia según nuestros movimientos hacia adelante o hacia atrás a lo largo del continuo.

Metas de la psicoterapia expresiva-de apoyo

Históricamente, el insight y la comprensión fueron siempre considerados los objetivos últimos del psicoanálisis y de la psicoterapia derivada de los principios psicoanalíticos. En los últimos 40 años, sin embargo, ha habido una considerable aceptación de la noción de que la relación terapéutica en sí misma es curativa independientemente de su rol de proveer insight. Loewald (1957/1980) notó que el proceso del cambio se "pone en marcha no simplemente por las habilidades técnicas del analista, sino por el hecho de que él está dispuesto a establecer una nueva "relación de objeto con el paciente" (p. 224).

Mientras para la mayoría de los psicoanalistas los objetivos incluyen el insight y la relación terapéutica, algunos le dan más importancia que otros. Para algunos es más importante la resolución del conflicto a través de la interpretación, mientras que otros ponen el acento sobre la importancia o el desarrollo de la autenticidad o "el verdadero self" (Winnicott, 1962/1976). Hay también terapeutas más ambiciosos respecto de los resultados terapéuticos; y están los que conceptualizan el proceso psicoterapéutico como una búsqueda de la verdad acerca de uno mismo (Grinberg, 1980). Incluso, otros creen que el objetivo debe ser la capacidad de reflexión acerca del mundo interno (Aron, 1998). Para los kleinianos el objetivo sería la reintegración de los aspectos del self que fueron perdidos previamente a través de la identificación proyectiva (Steiner, 1989).

Desde el punto de vista de las relaciones de objeto, el objetivo de la psicoterapia es mejorar la calidad de los vínculos, independientemente de si se inclina hacia el fin de apoyo o hacia el fin expresivo del continuo. A medida que las relaciones de objeto interno cambian en el curso de la psicoterapia, uno es capaz de percibir y relacionarse con las personas de modo diferente. En la práctica contemporánea, los pacientes tienden a buscar terapia más porque se sienten insatisfechos por la calidad de sus relaciones que por

sus síntomas, como ocurría en la época de Freud. Por lo tanto, no debe exagerarse la importancia de este objetivo. Un estudio empírico de análisis (Kantrowitz y col., 1987) demostró a través de tests proyectivos antes y después del tratamiento que el análisis produce una mejoría estadísticamente significativa en el nivel y la calidad de las relaciones de objeto.

En la psicoterapia orientada en la psicología del self, los objetivos son el fortalecimiento y la cohesión del self y ayudar al paciente a elegir objetos del self más maduros, como se refiere en el capítulo 2. Según Kohut (1984): "La esencia de la cura psicoanalítica reside en la adquisición por parte del paciente de una nueva habilidad para identificar y buscar objetos del self apropiados a medida que surgen en su entorno y de ser sostenidos por éstos" (p. 77).

El objetivo de la psicoterapia en el extremo de apoyo del continuo es primariamente el de ayudar al paciente a adaptarse a los factores estresantes evitando el insight hacia los deseos y defensas inconscientes (Roskin, 1982). El terapeuta espera que se fortalezcan las defensas facilitando la capacidad adaptativa del paciente para manejar los factores estresantes de la vida cotidiana. A menudo el objetivo consiste en reintegrar al paciente a un nivel de funcionamiento anterior al de la crisis. Más aún, dado que las técnicas de apoyo se utilizan con frecuencia para tratar a los pacientes con serias debilidades yoicas, la construcción del yo es un aspecto esencial de las psicoterapias de apoyo. Por ejemplo, el terapeuta puede servir como un yo auxiliar, ayudando a los pacientes a examinar la realidad de manera más acertada o a anticiparse a las consecuencias de sus acciones y, en consecuencia, mejorar su juicio.

Duración de la psicoterapia de expresión-de apoyo

La duración de la psicoterapia expresiva-de apoyo es por completo independiente del continuo expresivo-de apoyo. Las terapias que son exclusivamente de apoyo o exclusivamente expresivas pueden ser cortas o largas. En algunos casos, el psicoanálisis puede durar hasta cinco años, y algunos procesos de apoyo pueden prolongarse mucho. Por otro lado, hay instancias en las cuales una sola sesión (o consulta) de terapia de apoyo o expresiva ha resultado muy terapéutica.

La distinción más útil no ha sido entre las psicoterapias expresivas y apoyo sino entre la psicoterapia de fin abierto y la psicoterapia breve o de tiempo limitado. En cuanto a la discusión, la variedad de fin abierto será considerada en esta sección y la psicoterapia breve será considerada más adelante en este capítulo en reconocimiento a su evolución separada como una forma especial de psicoterapia.

Frecuencia de las sesiones

En contraste con la duración del tratamiento, la frecuencia de las sesiones tiende a ser altamente correlacionada con el continuo expresivo-de apoyo. Como regla general, una mayor cantidad de sesiones semanales caracterizan el extremo expresivo del continuo. El psicoanálisis, un tratamiento extremadamente expresivo, se realiza en cuatro o cinco sesiones por semana y por lo general el paciente está acostado en el diván mientras el analista se sienta detrás de éste. En el centro del continuo, sin embargo, las formas de psicoterapia altamente expresivas suelen ser de una a tres sesiones por semana con el paciente sentado en posición erecta. Por el contrario, la psicoterapia con objetivos primariamente de apoyo raramente tiene lugar más de dos veces por semana y con frecuencia ocurre una vez por semana o incluso menos. No es infrecuente para el proceso de apoyo tener una asiduidad de una vez por mes.

La cuestión de la frecuencia está conectada con el rol de la transferencia en el proceso psicoterapéutico (se discutirá en este capítulo). La experiencia clínica ha demostrado que la transferencia se intensifica a medida que la frecuencia de las sesiones se incrementa. Puesto que los tratamientos más expresivos se centran en la transferencia, estos terapeutas usualmente prefieren ver a sus pacientes más de una vez por semana. En contraste, el proceso de apoyo trabaja en menor medida con la transferencia y entonces no requiere más de una sesión por semana. Además, mientras que los tratamientos altamente expresivos son casi invariablemente administrados en sesiones de 45-50 minutos, los procesos de apoyo tienden a usar el tiempo de una manera más flexible. Ciertos pacientes que requieren contactos más frecuentes de apoyo con el terapeuta tienen mejores resultados con dos sesiones de 25 minutos a la semana que con una sesión de 50 minutos.

La realidad de la práctica psiquiátrica es que los asuntos prácticos pueden pesar más que las consideraciones teóricas en determinar la frecuencia las sesiones. Algunos pacientes pueden costear sólo una sesión por semana aun cuando podría irles mejor con tres. Otros pacientes, debido a inconvenientes en el cronograma de trabajo o problemas de transporte, podrían llegar al consultorio de su terapeuta sólo una vez por semana. Antes de aceptar esas limitaciones, sin embargo, el terapeuta debe tener en cuenta que la resistencia usualmente encuentra dónde esconderse. Una investigación de estas limitaciones prácticas puede revelar la flexibilidad del paciente con respecto al tiempo y al dinero es mayor que la que admite.

Asociación libre

La asociación libre suele ser el principal modo de comunicación del pacien-

te con el analista. Para ello, debe suprimir el control habitual sobre los procesos de pensamiento en un esfuerzo para decir lo que venga a la mente sin censurar las palabras o los pensamientos. En la práctica actual, las resistencias intervienen inevitablemente cuando los pacientes tratan de asociar libremente. Con frecuencia, se sostiene, medio en broma, que cuando un paciente es capaz de asociar libremente sin interferencia de la resistencia, ese paciente estaría listo para el fin del análisis. Los pacientes también pueden usar la asociación libre como una resistencia a hablar de una cuestión particular de su situación de vida actual (Greenson, 1967).

La asociación libre es también útil en las terapias altamente expresivas, aunque de un modo más selectivo que en el análisis. El terapeuta, por ejemplo, puede pedirle al paciente que asocie varios elementos de un sueño para ayudar tanto al paciente como al terapeuta a comprender las conexiones inconscientes que hagan posible la interpretación del sueño.

La asociación libre es mucho menos útil en los tratamientos más basados en el apoyo. Como lo señaló Greenson (1967), el proceso en sí mismo requiere un yo maduro y saludable para mantener una escisión entre un yo observador y un yo experiencial. Los pacientes con deficiencias del yo que son proclives a la psicosis pueden tornarse mucho más regresivos si se les permite asociar libremente en un proceso de apoyo. Más aún, esos pacientes por lo general carecen de la capacidad del yo para reflexionar sobre sus asociaciones e integrarlas en una comprensión coherente y significativa de las cuestiones inconscientes.

Neutralidad, anonimato y abstinencia

Entre 1912 y 1915, Freud publicó una serie de reglas para la técnica que constituyen la base del conocido modelo "clásico" de tratamiento. Los principios como la neutralidad, el anonimato y la abstinencia evolucionaron a partir de esos artículos. En los últimos años, sin embargo, estos conceptos se han tornado muy controvertidos a medida que se hizo cada vez más evidente que el modo como Freud en realidad trabajaba difería considerablemente de algunas de sus recomendaciones en los escritos sobre técnica (Lipton, 1977; Lohser y Newton, 1996). Mientras que Freud a veces exhortaba a los analistas a proceder con desapego emocional, para no mostrar nada acerca de ellos mismos, y poner a un lado todos sus sentimientos, las anécdotas escritas de sus propios pacientes demuestran que era transparente con respecto a su humor; con frecuencia chismorreaba; hacía comentarios sobre otras personas, trabajos de arte y cuestiones políticas corrientes, y estaba comprometido entusiástamente como una "persona real". Su propia subjetividad estaba muy en evidencia. Sus reglas escritas para la técnica estaban sin duda basadas en sus preocupaciones acerca del potencial

de la actuación (acting-out) contratransferencial de sus colegas más que en lo que sentía que era mejor para avanzar en el proceso analítico.

Realmente Freud no era tan austero en sus escritos sobre técnica como algunas veces se lo retrató. En sus consejos sobre técnica tendía a oscilar entre avalar la flexibilidad y el tacto, por un lado, y directivas más autoritarias, por el otro. Su traductor, James Strachey y sus discípulos minimizaron lo primero y le dieron mucha importancia a lo último.

La neutralidad es tal vez el aspecto más incomprendido de la técnica psicoanalítica y psicoterapéutica. Freud ni siquiera usó esa palabra en sus escritos. James Strachey tradujo la palabra alemana *Indifferenz* como *"neutralidad"*, aun cuando la primera implicara en realidad una corriente oculta de participación emocional en el analista más que desapego. Con frecuencia se la malinterpreta para significar frialdad o distanciamiento (Chessik, 1981). Incluso en los tratamientos más expresivos, el afecto es una parte necesaria de la relación terapéutica. De modo similar, la preocupación por la situación individual del paciente es esencial para establecer un rapport. Greenson (1967) destacó que al paciente en análisis hay que explicarle sobre los procedimientos nuevos o extraños y aclararle que el terapeuta no responde las preguntas directas. El buen trato y la empatía forman parte de cualquier relación médico-paciente efectiva.

Los terapeutas que asumen una actitud de distanciamiento y no participación disminuyen su efectividad por cerrarse a sí mismos a la experiencia del mundo interno de objetos del paciente (Hoffman y Gill, 1988). Hay un amplio consenso acerca de que el terapeuta es un participante en el proceso terapéutico en un modo espontáneo y aún transitorio, disciplinado y parcial (Gabbard, 1995; Hoffman y Gill, 1988; Mitchell, 1997; Racker, 1968; Renik, 1993; Sandler, 1976). Como la propia práctica de Freud lo demostraba, hay una subjetividad irreductible (Renik, 1993) que no puede ser eliminada con una máscara de anonimato. Más aún, los terapeutas que pueden permitirse a sí mismos responder a los intentos inconscientes del paciente de transformarlos en objetos de la transferencia ganarán una apreciación mucho mayor del mundo interno del paciente. Los terapeutas pueden advertir los sentimientos contratransferenciales sólo después de haber respondido como uno de los objetos internos o representaciones del self del paciente proyectados en ellos (Gabbard, 1995; Sandler, 1976). Como se señaló en el capítulo 1, la contratransferencia creada en conjunto por la subjetividad del terapeuta y por las representaciones internas proyectados del paciente es una fuente valiosa de información en el proceso terapéutico.

El concepto de neutralidad que se acepta en la actualidad es el que implica la postura de no juzgar las conductas, los pensamientos, los deseos y los sentimientos del paciente. Anna Freud (1936/1966), quien no usó el término, sugirió que el analista debía permanecer equidistante del ello, el yo, el superyó y las demandas de la realidad externa. Esta postura, sin embar-

go, es más la de un *ideal* que la de una posición realista. Los terapeutas suelen hacer juicios privados acerca de lo que los pacientes dicen o hacen, y un terapeuta espontáneo, comprometido, revelará a veces esos juicios en forma no verbal y no en comentarios abiertos al paciente. Greenberg (1986) redefinió la neutralidad como la toma de una posición equidistante entre un objeto viejo del pasado del paciente y el objeto nuevo del terapeuta en el presente. Este modelo conceptual puede reflejar más exactamente el proceso interno del terapeuta. El terapeuta es atraído a un rol evocado por el mundo interno del paciente y luego intenta desembarazarse de ese rol para reflejar lo que está ocurriendo entre el paciente y el terapeuta.

El anonimato ha sido redefinido de modo similar en la práctica contemporánea. Freud (1912/1958) escribió que el analista no debe darse a conocer, pero psicoterapeutas y psicoanalistas de hoy reconocen que el anonimato es una construcción mítica. Las fotografías, los libros y los otros artículos personales se encuentran por todas partes en el consultorio del terapeuta. Cuando el terapeuta habla, lo que dice y cómo responde al material del paciente revela la subjetividad del terapeuta. De este modo, se muestra todo el tiempo sea con plabras o actitudes. La mayoría de los psicoanalistas y psicoterapeutas, sin embargo, todavía reconocen el valor de la abstinencia. Revelar detalles personales acerca de la familia del terapeuta o de sus problemas raramente son útiles y pueden cargar al paciente creándole un rol contrario al pensar que debe cuidar del terapeuta. Del mismo modo, emitir juicios severos sobre los pensamientos, sentimientos o acciones del paciente puede ser destructivo porque influirán negativamente en la autocrítica del paciente. Pero si el paciente está a punto de actuar autodestructivamente esos juicios pueden ser necesarios.

La abstinencia es un tercer término que ha sido muchas veces malinterpretado por algunos terapeutas. Freud sugirió que el analista necesitaba contener la gratificación de los deseos transferenciales de manera tal que esos deseos pudieran ser analizados más que satisfechos. En la actualidad, hay un amplio reconocimiento de que a lo largo del tratamiento se producen gratificaciones parciales de la transferencia. La risa del terapeuta en respuesta a una broma, la escucha empática intrínseca a la psicoterapia, y el calor y la comprensión que brinda el terapeuta gratifican al paciente. El concepto de fronteras terapéuticas o analíticas establece límites en la relación física de modo que las líneas psicológicas emocionales pueden ser cruzados a través del proceso de la empatía, la identificación proyectiva, la introyección (Gabbard y Lester, 1995). Los buenos límites profesionales no deben ser construidos como promotores de rigidez o frialdad (Gutheil y Gabbard, 1998).

Intervenciones

Las intervenciones del terapeuta pueden ser ubicadas en siete categorías a lo largo de un continuo expresivo-de apoyo: 1) interpretación, 2) confrontación, 3) clarificación, 4) estímulo a la elaboración, 5) validación empática, 6) consejo y elogio y 7) afirmación (fig. 4-1). (Este continuo expresivo-de apoyo de las intervenciones deriva del trabajo en el Proyecto de Intervenciones Terapéuticas de la Clínica Menninger [Horwitz y col., 1996].)

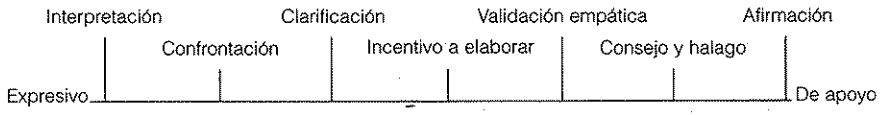


Fig. 4-1. Un continuo de intervenciones expresivas-de apoyo.

1. *Interpretación.* En las formas más expresivas de tratamiento, la interpretación es considerada como el instrumento decisivo fundamental del terapeuta (Greenson, 1967). En su forma más simple, con la interpretación se intenta hacer consciente algo que era inconsciente. Una interpretación es una afirmación explicativa que une un sentimiento, un pensamiento, una conducta o un síntoma a su sentido u origen inconsciente. Por ejemplo, el terapeuta puede decirle a un paciente que llega tarde, "Tal vez su demora se debe al miedo a que yo reaccione a su éxito igual que lo hacía su padre". Dependiendo del punto de la terapia y la disposición del paciente a poder escuchar, las interpretaciones pueden centrarse en la transferencia (como en el ejemplo), o en cuestiones extratransferenciales, en la situación pasada o presente del paciente, o en las resistencias o fantasías del paciente. Como principio general, el terapeuta no aborda el contenido inconsciente a través de la interpretación hasta que el material es casi consciente y entonces relativamente accesible al conocimiento consciente del paciente.
2. *Confrontación.* La siguiente intervención más expresiva es la confrontación, que se dirige a algo que el paciente no quiere aceptar o identifica la evitación o minimización del paciente. Una confrontación está destinada a clarificar cómo la conducta del paciente afecta a otros o a reflexionar sobre un sentimiento suprimido o negado por el paciente. La confrontación, que por lo general es amable, lleva la connotación desafortunada en la forma de hablar popular de ser agresiva y brusca. El siguiente ejemplo

ilustra que la confrontación no es necesariamente forzada u hostil. En la última sesión de un proceso terapéutico a largo plazo, un paciente habló mucho de los problemas que tuvo con su auto en el camino al consultorio. El terapeuta comentó: "Pienso que usted prefiere hablar de su auto para no enfrentar la tristeza que siente por ser ésta su última sesión".

3. *Clarificación.* Más allá en el continuo que va de intervenciones expresivas a las de apoyo, la clarificación comprende una reformulación o el establecimiento de una relación de todas las verbalizaciones que el paciente dice para que resulte más coherente lo que está siendo comunicado. La clarificación difiere de la confrontación porque carece del elemento de la minimización o negación. El objetivo de una clarificación es ayudar al paciente a articular algo que es difícil de poner en palabras.
4. *Estímulo a la elaboración.* Más cerca del medio del continuo tienen lugar intervenciones que no son ni de apoyo ni expresivas en sí mismas. El incentivo a la elaboración puede ser ampliamente definido como el pedido de información acerca de un tema traído por el paciente. Puede ser una pregunta abierta como: "Qué es lo que le viene a la mente acerca de eso?" O un pedido más específico como: "Cuénteme más acerca de su padre". Estas intervenciones son comúnmente utilizadas en ambos tratamientos, los más expresivos y los de más apoyo.
5. *Validación empática.* Esta intervención es una demostración de la sintonización empática del terapeuta con el estado interno del paciente. Un comentario típicamente validante es "Puedo entender por qué usted se siente deprimido acerca de eso" o "Duele cuando usted es tratado de esa manera". Para los psicólogos de self, la inmersión empática en la experiencia interna del paciente es esencial, independientemente de la localización de la terapia en el continuo expresivo-de apoyo (Kohut, 1984; Ornstein, 1986). Los pacientes sienten que el terapeuta entiende sus experiencias subjetivas y son más propensos a aceptar las interpretaciones.
6. *Consejo y elogio.* Esta categoría realmente incluye dos intervenciones que están relacionadas por el hecho de que ambas prescriben y refuerzan ciertas actividades. El consejo comprende sugerencias directas al paciente con respecto a cómo comportarse, mientras que el elogio refuerza ciertas conductas del paciente por expresar aprobación abierta de ellas. Un ejemplo de la primera es: "Creo que debe dejar de salir con ese hombre inmediatamente". Un ejemplo de lo último es: "Me complace que haya podido decirle que no lo verá nunca más". Estos comentarios están en el extremo opuesto del continuo de las intervenciones psicoanalíticas porque son despegues de la neutralidad y en cierta medida comprometen la autonomía del paciente en la toma de decisiones.
7. *Afirmación.* Esta simple intervención comprende comentarios sucintos en apoyo de las conductas o comentarios del paciente, como "Uh – hum" o "Sï, veo lo que usted quiere decir".

La vasta mayoría de los procesos psicoterapéuticos contienen todas estas intervenciones en algún punto durante el curso del tratamiento. Sin embargo, una terapia es clasificada como primariamente expresiva o primariamente de apoyo basada en qué intervenciones predominan. Estas asociaciones de intervenciones dentro del continuo no son sin embargo blindadas.

Pine (1986) y Horwitz y col. (1996) propugnaron las técnicas de apoyo para "amortiguar el golpe" de las interpretaciones en la terapia de apoyo de los pacientes frágiles. Werman (1984, p. 83) propuso realizar "interpretaciones ascendentes" de conductas o sentimientos de la transferencia para relacionarlas con situaciones actuales más que con experiencias tempranas, previniendo así la regresión en los pacientes con yoes muy débiles. Estas intervenciones son la inversa de las interpretaciones clásicas porque proveen explicaciones conscientes, más que inconscientes, de la conducta o los sentimientos del paciente.

Transferencia

A Freud le encantaba decir que lo que hacía a un proceso terapéutico psicoanalítico era sobre la transferencia y la resistencia. En realidad, todas las formas de psicoterapia dinámicamente orientada prestan cuidadosa atención a la transferencia. Sin embargo, el modo específico en el que transferencia es abordado (o dejado sin abordar) varía considerablemente, dependiendo de la dimensión expresiva-de apoyo. En psicoanálisis formal, la relevancia y la resolución de la transferencia es de suprema importancia. Cooper (1987) notó: "A pesar de la diversidad de las presiones analíticas que abundan hoy en día, los analistas parecen estar de acuerdo en lo central de la transferencia y su interpretación en el proceso analítico y la cura, difiriendo sólo en si la transferencia es todo o casi todo" (p. 78). En el modelo clásico del psicoanálisis, la neurosis infantil del paciente se manifestaría a sí misma con una neurosis de transferencia completamente amplia que entonces podría ser resuelta a través de la interpretación. En la práctica psicoanalítica contemporánea, muchos analistas y terapeutas prefieren pensar en un conjunto de transferencias más que en una neurosis específica de transferencia.

El psicoanálisis y la psicoterapia expresiva emplean la interpretación extratransferencial como también la interpretación de la transferencia. La psicoterapia puede ser más limitada que el psicoanálisis porque éste enfoca más las cuestiones de la transferencia relacionada con los problemas que se presentan (Roskin, 1982). En la práctica actual, sin embargo, las distinciones entre psicoanálisis y la psicoterapia expresiva son borrosas y difíciles de delinear.

Como se destacó en el primer capítulo, la transferencia en la actualidad es vista como con una cualidad bidimensional que comprende una repetición de las experiencias pasadas con objetos del pasado, por un lado, y una búsqueda de una nueva experiencia de objeto u objetos del self que pueda ser reparadora y correctiva para el paciente, por el otro lado. E. Adler y Bachant (1988) han dividido la transferencia en una dimensión arcaica, que implica necesidades y anhelos no integrados y una dimensión adaptativa, que comprende la actividad organizadora del self en evolución, configuraciones de relación y niveles elevados de integración del yo. En adición, la noción de transferencia como una distorsión se ha vuelto más compleja. El terapeuta debe evitar un abordaje "culpógeno" al interpretar la transferencia, porque el paciente puede estar respondiendo legítimamente a conductas o actitudes reales del terapeuta. El terapeuta debe siempre comprometerse en una autocrítica para buscar los aspectos repetitivos, "modulares" de la transferencia provenientes del mundo intrapsíquico del paciente y las contribuciones reales del terapeuta a la interacción (Gabbard, 1996; Hoffman, 1998; Mitchell, 1997).

En las terapias diseñadas primariamente para ser de apoyo, el terapeuta está comprometido en el mismo proceso de monitorizar los desarrollos de la transferencia y las respuestas contratransferenciales. La transferencia es notada interiormente pero por lo general no es abordada o interpretada al paciente. El objetivo terapéutico de abstenerse a la interpretación es evocar una transferencia positiva dependiente sin analizarla (Wallerstein, 1986). Esta adherencia a la transferencia es el mecanismo de "la cura por la transferencia" en el cual el paciente se mejora para agradar al terapeuta. Aunque algunos cambios derivados de este modelo han sido tradicionalmente desprestigiados como inferiores a aquellos provenientes de la resolución del conflicto, la investigación (Horwitz, 1974; Wallerstein, 1986) sugiere que pueden ser estables y duraderos.

Los psicoterapeutas deben tener en mente que las transferencias son múltiples en un paciente dado. La tradición de pensar en términos de una neurosis de transferencia ha llevado a algunos clínicos a hablar de "*la* transferencia". En el contexto terapéutico, sin embargo, uno puede quizá ver transferencias fraternales (que pueden variar de un hermano a otro), transferencias maternas, transferencias paternas y otras.

Resistencia

Como se comentó en el capítulo uno, la resistencia se refiere a la emergencia de las defensas caracterológicas del paciente dentro de la situación terapéutica. En las terapias más expresivas, analizar y comprender la resistencia es tarea habitual del terapeuta. Si, por ejemplo, el paciente siempre llega

tarde a las sesiones o no habla durante las sesiones, los terapeutas pueden considerar estas resistencias con interés y curiosidad más que desvalorizarlas como conductas desafiantes y deliberadas. Las resistencias no se hallan si hay censura. Más bien, el terapeuta alista la ayuda al paciente al comprender los orígenes de la resistencia y aborda entonces la resistencia con interpretación.

La resistencia relacionada con cuestiones de la transferencia es referida como resistencia de transferencia; son las interferencias con el trabajo terapéutico derivadas de las percepciones de la transferencia. Por ejemplo, un paciente puede sentirse incapaz de hablar acerca de sus fantasías masturbatorias porque está convencido de que su terapeuta desaprueba la masturbación. Como teme recibir un juicio negativo por parte del terapeuta, prefiere no hablar. En el lenguaje de la teoría de las relaciones objetales, la resistencia de transferencia puede ser comprendida como la tendencia inconsciente del paciente a aferrarse tenazmente a una relación de objeto interno particular. Esto puede manifestarse como un estancamiento terapéutico en el cual el terapeuta es considerado en forma repetitiva como si fuera otro.

Los estudiantes de psicoanálisis y psicoterapia psicoanalítica formulan la pregunta: "¿Resistencia a qué?" Friedman (1991) notó que la verdadera significación de la resistencia es que los sentimientos asociados a ella pueden compeler al paciente a una acción no-reflexiva en vez de una observación reflexiva. Señaló que lo que se resiste es una actitud mental particular que describió como "una activación consciente simultánea de deseos reprimidos y una contemplación indiferente de su significado, de manera tal que ambas son experimentadas como deseos y como cualidades objetivas del self conflictivo" (p. 590). Más aún, el énfasis corriente en la intersubjetividad también sugeriría que la resistencia del paciente puede ser igualada a la contrarresistencia del terapeuta que puede cooperar con las dificultades del paciente para alcanzar el espacio reflexivo necesario para el tratamiento psicoanalítico.

En el capítulo 2 señalé las diferentes perspectivas en la resistencia sostenida por los psicólogos del self. Para ellos las resistencias son actividades psíquicas saludables que salvaguardan el crecimiento del self (Kohut, 1984). Más que interpretarlas, empatizan con la necesidad del paciente por ellas. Esta visión refleja su preocupación de que el abordaje clásico de perseguir el contenido que subyace a la resistencia tiene alusiones morales. Sin embargo, este abordaje empático ha llevado a algunos analistas a considerar que la técnica psicológica del self es fundamentalmente de apoyo. También debe ser señalado que la técnica analítica clásica no incluye "ataques" insensibles a la resistencia; más bien, trata de examinar con paciencia e intentar comprender la resistencia.

Como se desprende de los comentarios previos acerca de la psicología del self, la resistencia es esencial y adaptativa en el contexto de la psicote-

rapia predominantemente de apoyo. Las resistencias son frecuentemente manifestaciones de estructuras defensivas que necesitan ser reforzadas como parte de la terapia. El terapeuta puede incluso alentar la resistencia por señalarle al paciente que algunas cuestiones son molestas para discutir y deben ser pospuestas hasta un momento más favorable. De igual modo, mecanismos de demora pueden ser reforzados por el interés de apoyar a un yo débil asediado por los impulsos. Cuando las acciones del paciente usurpan la verbalización de sentimientos dolorosos, como en el acting-out, el terapeuta puede estar forzado a establecer límites en la conducta auto-destructiva más que interpretar la resistencia a hablar, como en un tratamiento expresivo. Esta puesta de límites puede incluir la hospitalización o la insistencia para que un paciente entregue las drogas ilegales al terapeuta.

Trabajo elaborativo

Las interpretaciones raramente resultan en respuestas "¡Ajá!" y en curas sensacionales. Típicamente, son defendidas por las fuerzas de la resistencia y requieren frecuente repetición por el terapeuta en los diferentes contextos. Está interpretación repetitiva de la transferencia y la resistencia hasta lograr el insight se ha vuelto completamente integrado en la conciencia del paciente y es conocido como "elaboración". Aunque los esfuerzos del terapeuta son necesarios, el paciente realiza parte del trabajo de aceptar e integrar los insights promovidos por el terapeuta entre las sesiones de terapia actuales (Karasu, 1977). El triángulo de insight (Menninger, 1958) es un modelo conceptual útil para el procedimiento de la elaboración (véase fig. 4-2). Durante el curso de la terapia, el terapeuta nota algunos patrones 1) en las relaciones externas del paciente y las vincula con 2) patrones de transferencia y 3) relaciones anteriores con miembros de la familia. Con el tiempo, el paciente hace conscientes estos lazos inconscientes. Este modelo está relacionado con lo que Luborsky (1984) refirió como la temática de las relaciones conflictivas centrales. Está temática usualmente implica un deseo o una necesidad (p. ej., "Quiero ser espontáneo con los otros") que está en conflicto con la función de control del yo o del superyó (p. ej., "Si pruebo, sin embargo, puedo perder el control, y por eso es mejor no probar"). Este tema puede ser rastreado por todo el curso de la terapia en como se relaciona con los otros lados del triángulo, y puede ser señalado al paciente cada vez que aparece. Cuando el paciente ve que el patrón vuelve una y otra vez en nuevos contextos, se vuelve menos extraño y su yo adquiere más dominio sobre el tema.

Este mismo modelo se puede expresar en términos de la teoría de las relaciones objetales. En la transferencia, en las relaciones actuales extratransferenciales y en los recuerdos de relaciones pasadas, aparecen constelacio-

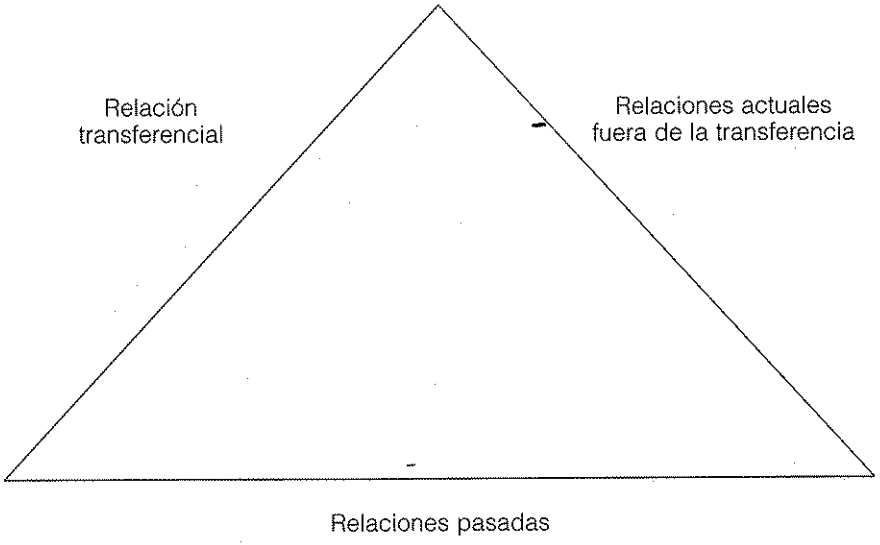


Fig. 4-2. El triángulo del insight (modelado a partir de Menninger, 1958).

nes recurrentes del self-objeto-afecto. Desde el punto de vista de la psicología del self, el modelo puede ser la expectativa de verse reflejado (transferencia especular) o la necesidad de idealizar a otros. Independientemente de cuál sea el modelo teórico que se emplee, sin embargo, todas las escuelas de pensamiento ven la reexperiencia de estos patrones de relaciones centrales en la transferencia como críticamente importantes para un resultado positivo. El trabajo elaborativo es aplicado casi exclusivamente a tratamientos con componente expresivo significativo; es raramente utilizado para caracterizar los procesos primariamente de apoyo.

El uso de los sueños

En el psicoanálisis y en las formas de terapia altamente expresivas, la interpretación de los sueños es valorada como "la vía regia" para comprender el inconsciente (Freud, 1900/1953, p. 608). Las asociaciones del paciente a los elementos del sueño son utilizadas para comprender el contenido oculto o latente del sueño que subyace detrás del contenido manifiesto o aparente. Los símbolos del sueño pueden entonces ser interpretados para ayudar al paciente a comprender más aún las cuestiones inconscientes en el sueño.

En las psicoterapias en el extremo de apoyo del continuo, el terapeuta escucha atentamente el sueño del paciente y piensa acerca de él del mismo

modo que lo haría un terapeuta expresivo. Sin embargo, el terapeuta limita sus esfuerzos interpretativos a interpretaciones ascendentes (Werman, 1984; p. 83) que ayuden al paciente a asociar el sueño con sentimientos conscientes y actitudes hacia el terapeuta como una persona real y a otras situaciones de realidad en la vida en vigilia. No se alienta la asociación libre al sueño porque puede promover una mayor regresión.

Entre los extremos de apoyo y expresivo del continuo, hay lugar para la interpretación selectiva del sueño en el cual el terapeuta relaciona el sueño con cuestiones conscientes o inconscientes en un sector limitado de la vida psicológica del paciente. El foco se ubica más en la superficie psicológica que en las profundidades del inconsciente y está acoplado a objetivos específicos de la psicoterapia (Werman, 1978).

Alianza terapéutica

Freud (1913/1958) creía que era difícil que los pacientes comprendieran la interpretación si no se establecía antes un rapport adecuado. A esta relación relativamente no conflictiva y racional que el paciente tiene con el analista Greenson (1965/1978) la denominó *alianza de trabajo*. Se refiere a la capacidad del paciente para colaborar productivamente con el terapeuta porque éste es percibido como un profesional de ayuda con buenas intenciones.

Mayores esfuerzos de la investigación de la alianza terapéutica han confirmado su influencia en el proceso y resultado de la psicoterapia (Frieswyk y col., 1986; Hartley y Strupp, 1983; Horwitz, 1974; Horwitz y col., 1996; Marziali y col., 1981; Luborsky y col., 1980). Gran parte de esta investigación apunta al fortalecimiento de la alianza terapéutica como un factor dominante en el resultado de un amplio espectro de terapias (Bordin, 1979; Hartley y Strupp, 1983; Luborsky y col., 1980). Estos estudios también sugieren que la naturaleza de la alianza terapéutica en la fase de apertura de la psicoterapia es probablemente el mejor predictor de resultado de esa terapia.

Una aplicación de esta investigación extensiva es que en todas las psicoterapias, independientemente de su lugar en el continuo expresivo-de apoyo, los terapeutas deben atender desde el principio al establecimiento y la permanencia de la alianza terapéutica. Este foco no requiere la formación de una transferencia positiva que no permita la expresión de los sentimientos negativos. Más bien, los terapeutas deben ayudar a sus pacientes a identificar rápidamente los objetivos del tratamiento y entonces deben aliarse con los aspectos saludables de los yoes de sus pacientes que están luchando para alcanzar esos objetivos. Los pacientes experimentarán entonces a sus terapeutas como colaboradores que están trabajando *con* ellos más que *contra* ellos. Cuando se trabaja en un modo más de apoyo con los pacientes con yoes frágiles, los terapeutas hallan que es más difícil desarrollar y

mantener la alianza (Horwitz y col., 1996). Las reacciones caóticas transferenciales del paciente borderline, por ejemplo, interfieren con la formación de una alianza, y es un logro terapéutico mayor que el paciente pueda al fin percibir al terapeuta como una persona útil colaborando en objetivos comunes (G. Adler, 1979).

Mecanismos del cambio

El mecanismo del cambio en las formas más expresivas de psicoterapia es una de las cuestiones más controversiales en el campo. El modo de acción terapéutica depende en parte de los objetivos del tratamiento. De este modo, las visiones de los mecanismos del cambio suelen variar de acuerdo con estos objetivos terapéuticos. El insight y las experiencias de relación curativas, a pesar de que fueron una vez pensadas como mutuamente excluyentes, son ahora comprendidas como procesos compatibles que trabajan sinérgicamente para el cambio terapéutico (Cooper, 1992; Jacobs, 1990; Pine, 1998; Pulver, 1992). En otras palabras, una relación terapéutica probablemente no será sostenida a menos que haya insight de lo que está ocurriendo en la relación. Inversamente, la relación en sí misma puede proveer una comprensión interpretativa de la dinámica del paciente.

Ahora hay un mayor reconocimiento de los múltiples modo de acción terapéutica que pueden variar de acuerdo con el paciente. Blatt (1992) identificó dos tipos de pacientes que cambian en diferentes modos. Los pacientes *introyectivos* son ideacionales y están más preocupados por establecer y mantener un concepto de sí mismo viable que establecer intimidad en el reino interpersonal. Parecen ser más sensibles al insight a través de intervenciones interpretativas. Por el otro lado, los pacientes *anaclíticos* se encuentran más preocupados con cuestiones de la relación que con el desarrollo de sí mismos y obtienen mayor valor terapéutico de la calidad de la relación terapéutica que de la interpretación. Blatt basó su investigación, en parte, en un reanálisis de los datos del Proyecto de Investigación en Psicoterapia de la Fundación Menninger. En el propio análisis de Wallerstein (1986) de estos datos, encontró que los cambios producidos por medidas predominantemente de apoyo comprendían una variedad de mecanismos.

La función en la cura de la transferencia, conectada con la transferencia positiva dependiente no analizada ya ha sido mencionada. Una variante es la "cadena perpetua terapéutica" (Wallerstein, 1986; pp. 690-691) que pierde las ganancias si se intenta la terminación pero que puede ser sostenido en un nivel de funcionamiento elevado mientras el contacto con el terapeuta continúe indefinidamente. Muchos pacientes son capaces de reducir los contactos a una vez por mes o menos pero son proclives a descompensarse si se habla acerca de la terminación. Otro mecanismo de apoyo de la

cura es "la transferencia de la transferencia" (p. 692), en el que la dependencia positiva en la relación terapéutica es transferida a otra persona, por lo general el/la cónyuge y hay incluso otro mecanismo, "la cura antitransferencia" (p. 693) que implica el cambio a través del desafío y el acting-out contra el terapeuta. Más aún otros pacientes en la muestra de Wallerstein cambiaron a través de una variante estrechamente definida de la experiencia emocional correctiva en la cual la conducta transferencial del paciente encontraba en el terapeuta una preocupación constante y neutral. Este mecanismo, por supuesto, está relacionado con el modelo de reparentesco o modelo de la internalización de la relación. Por último, algunos pacientes parecen beneficiarse con un tratamiento de apoyo orientado en dar consejos directos y no críticos. Wallerstein denominó a este proceso "prueba de realidad y reeducación" (p. 694).

Muchos modelos de acción terapéutica enfatizaban la construcción de significados o la propulsión hacia la simbolización. Las relaciones de objeto interno del paciente están codificadas en recuerdos implícitos basados en experiencias de apego tempranas. Un modo de relación observado en la transferencia es traído a la conciencia del paciente por el terapeuta de un modo tal que el paciente finalmente adquiere un sentido de dominio y comprensión de lo que está siendo repetido en una relación tras otra. Este proceso es caracterizado por Fonagy y Target (1996a) como una realidad psíquica en expansión por *mentalización* o por el desarrollo de la *función reflexiva*. En términos del desarrollo, un modo principal de acción terapéutica es percibirse en la mente del terapeuta mientras que simultáneamente se desarrolla un mayor sentido de separación subjetiva del terapeuta. Este modelo vincula lo interpersonal con lo intrapsíquico y está íntimamente relacionado con la noción de Benjamin (1995) de que la intersubjetividad es un logro del desarrollo en el cual los objetos son últimamente reemplazados por sujetos considerados poseedores de un mundo interno separado de uno mismo (Gabbard, 1997).

Sin embargo, el dominio consciente de los modos implícitos y repetitivos de modos de relación está acompañado por conexiones interactivas y afectivas no conscientes que han sido referidas por Lyons-Ruth y col. (1998) como el *saber relacional implícito*. Este saber puede ocurrir en momentos de encuentro entre el analista y el paciente que no son representados simbólicamente o inconscientes dinámicamente en sentido ordinario. En otras palabras, algunos cambios en el tratamiento ocurren en el reino del conocimiento de procedimiento que comprende cómo actuar, sentir y pensar en un contexto relacional particular. Momentos específicos de reconocimiento mutuo –una mirada, un rasgo de humor compartido, un sentimiento de compromiso intenso– pueden ser recordados mucho después de que las interpretaciones específicas son olvidadas. La psicoterapia puede ser vista como una relación nueva de apego que reestructura los recuerdos implí-

citos relacionadas con el apego. Los prototipos almacenados son modificados por nuevas interacciones con un terapeuta comprometido afectivamente (Amini y col., 1996). Al mismo tiempo, la memoria explícita que comprende la narrativa consciente es alterada por la comprensión interpretativa.

Otra implicancia de este modelo terapéutico de acción es que las intervenciones del continuo expresivo-de apoyo delineado en la figura 4-1 no da cuenta de todo el cambio terapéutico. Muchos momentos de encuentro entre el terapeuta y el paciente ocurren fuera del reino de la "técnica" (Stern y col., 1998). Las respuestas humanas espontáneas por el terapeuta pueden tener un poderoso impacto terapéutico.

Finalización

Los psicoterapeutas deben resignarse a las pérdidas continuas en su vida profesional. Los pacientes acuden a ellos, comparten sus pensamientos y sentimientos más íntimos, y luego puede no saberse más de ellos. Dado que la pérdida es una experiencia displacentera para todos nosotros, la terminación del proceso psicoterapéutico traerá consigo la vulnerabilidad al acting-out transferencial y contratransferencial. Aunque lo ideal es terminar el tratamiento de común acuerdo, la mitad o más de los pacientes ambulatorios lo suspenden de manera prematura (Baekeland y Lundwall, 1975) y menos del 20% de los pacientes en la población de centros de salud mental comunitarios resuelven el final de la terapia en forma conjunta (Beck y col., 1987).

La finalización puede ocurrir por varias razones. Puede ser forzada por circunstancias externas en la vida del terapeuta o del paciente. Las compañías de seguros o las empresas de medicina gerenciada pueden dictaminar la finalización. Los recursos financieros del paciente pueden terminarse. El paciente puede irse abruptamente y rehusarse a volver debido a la insatisfacción con el terapeuta o a la ansiedad sobre un asunto complicado. El terapeuta puede sentir que el máximo beneficio ha sido alcanzado y recomendar la finalización, o el terapeuta y el paciente pueden acordar mutuamente acerca de una fecha de terminación.

Las indicaciones para la finalización no son absolutas, pero una buena regla de oro es que el paciente esté listo para terminar cuando los objetivos de la psicoterapia son alcanzados. Los síntomas de presentación pueden haber sido eliminados o mejorados, el superyó puede haber sido modificado, las relaciones interpersonales pueden haber cambiado, y el paciente puede sentir una nueva sensación de independencia. Otro indicador útil es que los pacientes sean capaces de reconocer y examinar los conflictos por sí solos y entonces llevar a cabo un proceso autoanalítico continuo sin el terapeuta (Busch, 1995; Dewald, 1971). En caso de la psicoterapia predominante-

mente de apoyo, las indicaciones incluyen la estabilidad en el funcionamiento del paciente, la reversión de cualquier proceso regresivo y una remisión de los síntomas. Los terapeutas deben siempre reconocer, sin embargo, que un cierto subconjunto de pacientes muy perturbados pueden requerir indefinidamente terapia en forma infrecuente (Gabbard y Wilkinson, 1994; Wallerstein, 1986).

Una vez que el terapeuta y el paciente han acordado mutuamente una fecha para la terminación, pueden emerger un número de manifestaciones transferenciales. Puede reaparecer alguno de los síntomas originales (Dewald, 1971; Roth, 1987). La transferencia negativa puede emerger por primera vez cuando el paciente advierte que el terapeuta no estará allí para siempre. Los terapeutas pueden necesitar asistir a sus pacientes en el duelo de la fantasía de gratificación última en la transferencia. En los tratamientos de apoyo, el terapeuta debe poner énfasis en el rapport positivo continuo y evitar la movilización de las transferencias negativas inmanejables (Dewald 1971). Dados los desafíos formidables enfrentados por el terapeuta durante el proceso de terminación, muchos terapeutas prefieren continuar con la misma frecuencia de sesiones hasta el final. Otros "destetan" el paciente disminuyendo gradualmente la frecuencia de las sesiones.

Cuando el paciente termina el tratamiento unilateralmente, el terapeuta debe lidiar con el sentimiento de que ha fallado de alguna manera al paciente. En esas situaciones, los terapeutas deben recordar que el paciente siempre tiene el privilegio de terminar el tratamiento y que esas terminaciones pueden finalmente redundar en buenos resultados. Por otro lado, los terapeutas sólo pueden ayudar a aquellos pacientes que desean la ayuda y que quieren colaborar en un proceso. Cada terapeuta tendrá fallas, y los límites de este trabajo artesanal deben ser reconocidos y aceptados.

En las instancias donde la terminación es la decisión unilateral del terapeuta, surge un conjunto de problemas diferentes. Cuando la terminación está forzada debido a los requerimientos del entrenamiento a rotar a nuevas asignaciones clínicas, el terapeuta-en-entrenamiento puede desear evitar debatir el proceso de terminación por los sentimientos de culpa. Algunos terapeutas pueden incluso evitar que sus pacientes están al tanto de su partida hasta el último minuto. En general, siempre que se pongan constricciones externas en la duración del proceso, los pacientes deben ser informados lo antes posible de manera tal que sus reacciones puedan ser acomodadas como parte del tratamiento. Cuando los terapeutas deben dejar el tratamiento por razones externas, los pacientes a menudo sienten que la naturaleza arbitraria de ciertas relaciones con los progenitores ha sido recreada (Dewald, 1971). Cualquiera que sea el impacto en el paciente, el punto esencial es que sus reacciones deben ser cuidadosamente exploradas aunque el terapeuta encuentre desconcertante escuchar acerca del enojo y resentimiento del paciente.

Indicaciones para el énfasis expresivo o de apoyo en psicoterapia

Antes de considerar las indicaciones para balancear un proceso psicoterapéutico hacia el extremo expresivo o de apoyo del continuo, el terapeuta debe comprender que predecir quién responderá a qué forma de psicoterapia es sin duda una tarea incierta. Hay alguna indicación en la literatura de que los pacientes más sanos tienden a tener un mejor desempeño en psicoterapia que los pacientes más severamente enfermos (esto es, el rico se vuelve más rico [Luborsky y col. 1980]). Un estudio acerca de quién se beneficiará de la psicoterapia (Luborsky y col. 1988) concluyó que tanto una relación positiva al comienzo y una congruencia entre la temática de relación conflictiva central y el contenido de las interpretaciones eran predictores de buena respuesta. La fuerza de la alianza terapéutica o de ayuda en la primera o segunda sesión pueden ser el mejor predictor de eventuales resultados, de acuerdo con la investigación empírica en el tema (Morgan y col. 1982). Sin embargo, esta variable es en gran medida afectada por la naturaleza del encuentro paciente-terapeuta, que es casi imposible de cuantificar. Kantrowitz (1987), en un estudio de 22 pacientes en análisis, concluyó que aún con tests psicológicos sofisticados, uno no puede predecir con un grado de confiabilidad la aplicabilidad para psicoanálisis.

A pesar de estas advertencias, es posible sin embargo delinear las características del paciente que puede ayudar a los clínicos a decidir si está indicado una orientación predominantemente expresiva o predominantemente de apoyo (cuadro 4-1). Las indicaciones para una modalidad altamente expresiva, como el psicoanálisis, incluyen 1) una motivación fuerte para comprender acerca de uno mismo, 2) sufrimiento que interfiere con la vida a tal punto que se convierte en un incentivo para el paciente resistir el rigor del tratamiento, 3) la habilidad no sólo de regresar y dejar el control de los sentimientos y los pensamientos sino también de recobrar el control rápidamente y reflexionar acerca de esa regresión (regresión al servicio del yo) (Greenson, 1967), 4) tolerancia a la frustración, 5) una capacidad para el insight o conciencia psicológica, 6) prueba intacta de la realidad, 7) relaciones de objeto duraderas y significativas, 8) un adecuado control de los impulsos, 9) habilidad para mantener un trabajo (Bachrach y Leaff, 1978). La capacidad para pensar en términos de metáfora y analogía, en donde un conjunto de circunstancias pueden ser aprehendidos como paralelos a otros, también es un buen augurio para el tratamiento expresivo. Finalmente, las respuestas reflexivas a interpretaciones de prueba durante el período de evaluación pueden sugerir la aplicabilidad para una terapia expresiva.

Dos indicaciones generales para la psicoterapia de apoyo son las debilidades del yo crónicas o la regresión y defectos en una persona sana que está sobrellevando una crisis vital severa (Wallerstein, 1986; Werman, 1984).

Cuadro 4-1. Indicaciones para el énfasis expresivo o de apoyo en psicoterapia

Expresivo	Apoyo
Fuerte motivación a comprender	Defectos significativos del yo de naturaleza crónica
Sufrimiento significativo	Crisis vital severa
Capacidad para regresar al servicio del yo	Baja tolerancia a la ansiedad
Tolerancia a la frustración	Pobre tolerancia a la frustración
Capacidad para el insight (disposición psicológica)	Ausencia de "disposición" psicológica
Prueba intacta de la realidad	Prueba de realidad pobre
Relaciones de objeto significativas	Relaciones de objeto severamente perturbadas
Buen control de los impulsos	Pobre control de los impulsos
Habilidad para sostener un empleo	Inteligencia baja
Capacidad para pensar en términos de analogías y metáforas	Poca capacidad para la auto observación
Respuestas reflexivas a interpretaciones de prueba	Disfunción cognitiva de base orgánica
	Tenue habilidad para establecer alianza terapéutica

El primero puede incluir problemas como la alteración en la prueba de realidad, el pobre control de los impulsos y la baja tolerancia a la ansiedad. Las funciones cognitivas de base orgánica y la falta de conciencia psicológica son otras indicaciones de inclinar la balanza hacia la psicoterapia de apoyo. Los pacientes con trastornos graves de la personalidad que son proclives a una gran cantidad de actuaciones pueden también requerir medidas de apoyo (G. Adler, 1979; Luborsky, 1984). Otros pacientes que con frecuencia tienen una mejor evolución con un abordaje predominantemente de apoyo son aquellos con relaciones de objeto seriamente alteradas y una tenue habilidad para formar una alianza terapéutica. Los individuos que están en el medio de una crisis vital seria, como el divorcio o la muerte del cónyuge o de un hijo, que están afectados por una catástrofe como inundación o tornado, son raramente aplicables para los abordajes expresivos o exploratorios debido a que su yo puede estar abrumado por el trauma reciente. Luego de comenzar un proceso de apoyo, sin embargo, estos pacientes pueden algunas veces girar hacia una dirección expresiva.

Aunque estas indicaciones son focalizadas en los dos extremos del continuo expresivo-de apoyo, la mayoría de los pacientes presentarán una mezcla de indicaciones, algunos señalando en la dirección expresiva y otros señalando hacia el extremo de apoyo. El terapeuta evaluará continuamente cómo –y cuándo– debe ser de apoyo o expresivo a medida que el proceso avanza.

Psicoterapia breve

En los últimos 20 años, ha habido un interés floreciente y literatura en las formas de psicoterapia breve derivadas de los principios psicoanalíticos. Comparaciones metodológicamente sofisticadas con otras modalidades terapéuticas han demostrado que la psicoterapia breve es de ayuda como las otras psicoterapias (Crist-Critsoph, 1992). Un número de textos superlativos delinean guías detalladas para los terapeutas (Book, 1998; Budman, 1981; Davanloo, 1980; Garfield, 1998; Gustafson, 1986; Horowitz y col., 1984a; Malan, 1976, 1980; Mann, 1973; Sifneos, 1972). También se encuentra disponible una serie de artículos de revisión que comparan y contrastan las aproximaciones e intentan integrarlas (Gustafson, 1984; MacKenzie, 1988; Ursano y Hales, 1986; Winston y Muran, 1996). A pesar de las variaciones y los abordajes, hay sorprendentes áreas de consenso con respecto a la práctica de la psicoterapia breve. Esta breve discusión enfatizará aquellos puntos de acuerdo.

Indicaciones y contraindicaciones

De muchos modos, la indicación para psicoterapia breve en una naturaleza expresiva coteja a aquellas asociadadas con la psicoterapia expresiva de fin abierto. Los criterios de selección impotantes incluyen 1) la capacidad de insight o conciencia psicológica, 2) altos niveles de funcionamiento del yo, 3) fuerte motivación para comprender acerca de uno mismo más allá del mero alivio sintomático, 4) la capacidad de establecer relaciones profundas (en particular, una alianza inicial con el terapeuta) y 5) la capacidad de tolerar la ansiedad. Un punto adicional es central en la selección de los pacientes para psicoterapia breve, a saber, la cuestión del foco. A causa de su brevedad, la psicoterapia de tiempo limitado debe ser focal en su naturaleza en contraste con la ampitud penetrante del psicoanálisis y la psicoterapia altamente expresiva y de fin abierto. Por ende, para proceder con la psicoterapia breve, el terapeuta y el paciente deben identificar el foco dinámico para el problema dentro de la primera o segunda sesión de evaluación. Finalmente, la psicoterapia breve puede ser de particular ayuda para individuos relativamente sanos que están atravesando una transición en el desarrollo, como una mudanza del hogar, cambio de trabajo o la llegada del primer hijo.

Las contraindicaciones incluyen los mismos factores que contraindican la psicoterapia de fin abierto de naturaleza expresiva, pero también abarcan otras características que pueden no contraindicar tratamiento a largo plazo. Si el paciente no puede circunscribir el problema a una cuestión focal dinámica, la psicoterapia breve está contraindicada. Los trastornos de la

personalidad que son dóciles a los abordajes expresivos de largo plazo , no puede esperarse que respondan a la terapia de corto plazo, a no ser que el paciente se presente con una queja situacional , como un duelo, y a menos que los objetivos sean limitados a esta queja temporaria (Horowitz y col., 1984 a). Aunque algunos autores excluyen a los pacientes fóbicos y obsesivos crónicos, Davanloo (1980) vio estos pacientes con tales síntomas como muy dóciles a su estilo de psicoterapia breve.

La investigación empírica ha confirmado que las buenas respuestas en la psicoterapia dinámica breve dependen de la selección cuidadosa de los pacientes. Piper y col. (1990) han demostrado que la calidad de las relaciones de objeto es uno de los mejores predictores de respuesta. Puesto de un modo simple, aquellos con una capacidad de relación de objeto más madura tienden a obtener mejores resultados en el tratamiento. Otro estudio (Vaslamatzis y col., 1989) demostró una mayor tasa de abandonos en los pacientes que no eran realmente aptos para la psicoterapia breve. Un tercer proyecto determinó que los pacientes afligidos que están altamente motivados y mejor organizados, eran más aptos para la psicoterapia breve expresiva, mientras que aquellos con menos motivación y organizaciones más bajas del concepto del self obtenían mejores resultados con los abordajes de apoyo (Horowitz y col., 1984 b).

Número de sesiones

Los diferentes autores recomiendan diversos modos de manejar el límite actual de tiempo de la psicoterapia breve. Mann (1973), quien vio una aceptación de los límites y una renuncia de las expectativas mágicas como lo central del proceso terapéutico, insistió en un límite de 12 sesiones. Davanloo (1980), por el otro lado, promedió unas 15-25 sesiones y no fijó una terminación específica al comienzo del tratamiento. Aunque Sifneos (1972) también se rehusó a estipular un número específico de sesiones, sus tratamientos tendían a durar sólo 12-16 sesiones. Como regla general, entonces, la psicoterapia breve dura tan poco como 2-3 meses o tanto como 5-6 meses, y puede oscilar entre 10-20 sesiones.

Proceso de la terapia

Aunque las técnicas asociadas con la terapia de fin abierto son por y ampliamente aplicables a los tratamientos breves, la diferencia más llamativa es que son marcadamente acelerados. Los terapuetas deben formular su hipótesis central más rápido y deben proceder a interpretar las resistencias al insight más temprano y de manera más agresiva. Los autores difieren en los

términos de su grado de confrontación en el manejo de las resistencias, pero todos reconocen que la intensidad del proceso revuelve la ansiedad. Gustafson (1984) señaló que la confrontación de las resistencias requiere de un marco de referencia *empático* o de lo contrario el paciente se sentirá atacado. También hay un considerable consenso entre los autores acerca del rol crítico que juegan las interpretaciones de la transferencia para la producción del cambio. Malan (1976), adecuando el triángulo de insight de Karl Menninger, sugirió que la tarea primaria del terapeuta es ligar la queja focalizada los patrones en las relaciones pasadas, en las relaciones presentes y en la transferencia. Un breve ejemplo ilustrará este proceso:

> El señor B, un militar de 35 años, vino a terapia con la siguiente queja principal: "Soy demasiado dominante". Había estado casado por 8 meses con su segunda esposa, quien le dijo que ya se estaba quejando acerca de este rasgo de carácter, como lo había hecho su primera esposa. En la segunda sesión el señor B entró y comenzó a hablar del juego de sóftbol que acababa de dejar. Estaba en desacuerdo con la decisión del árbitro de retirarlo de la base pero notó: "No se puede discutir con el árbitro. Lo que él dice es lo que vale. Te buscas problemas si lo hacés". Luego en la sesión habló de su padre, que era un teniente coronel en el ejército. Él describió a su padre como un hombre arbitrario con quien no se podía negociar. El paciente había siempre creído que sus opiniones no eran valoradas por su padre. Aún luego en la sesión, el señor B dijo: "No creo que 12 sesiones sean suficientes. Pero supongo que tenemos que limitarnos a eso. Usted lo dijo".
>
> En este punto el terapeuta hizo una intervención que juntó los tres lados del triángulo: "Parece que las experiencias con el árbitro, con su padre y conmigo son todas similares. Usted siente que nosotros tomamos decisiones arbitrarias en las cuales usted no tiene lugar". El terapeuta pudo entonces formular una interpretación considerando cómo el paciente había tratado a sus dos esposas. Estaba transformando el trauma experimentado en forma pasiva de ser completamente dominado por su padre en una experiencia de dominio activo con su mujer. Le hacía a su mujer lo que el padre le había hecho a él.

Book (1998) ha adaptado la temática de las relaciones conflictivas centrales al proceso de la psicoterapia dinámica breve. Él señaló que el terapeuta debe identificar tres componentes en el paciente lo antes posible durante la fase de evaluación: un deseo, una respuesta del otro y una respuesta del self. El paciente contará historias describiendo episodios de relación en los cuales estos tres componentes se harán rápidamente evidentes. El objetivo de la psicoterapia breve dentro de esta formulación es ayudarle al paciente a actualizar su deseo por dominar el miedo de como otros responderán. Este dominio está avalado por la conceptualización de que las respuestas temidas son una forma de distorsión en la transferencia.

Psicoterapia breve de apoyo

Hay mucho menos literatura en psicoterapias breves de naturaleza de apoyo. La indicación primaria para la psicoterapia breve de apoyo es para una persona relativamente saludable que está atravesando una crisis vital específica. Las técnicas son similares a aquellas de la psicoterapia de apoyo de largo plazo, principalmente, construcción del yo, facilitación del desarrollo de una transferencia positiva sin interpretarla, y la restauración de las defensas adaptativas previas, como se ilustra en este ejemplo:

> La señora C, una mujer de 52 años, vino a la consulta quejándose de sentimientos de culpa y ansiedad relacionadas con el embarazo de su hija soltera de 23 años. El psiquiatra escuchó y empatizó con la paciente acerca de la dificultad que tienen los padres de ver que sus hijos resultaban diferentes de lo esperado. Ella explicó que estaba tan distraída por su culpa y ansiedad sobre la situación que era incapaz de funcionar como siempre en el trabajo y en el hogar. El terapeuta intentó restaurar las defensas obsesivo-compulsivas usuales en la señora C a través de sugerir que estableciera una rutina estructurada en el hogar para que así pudiera cumplimentar toda su labor hogareña habitual. El señaló que ocuparse en algo podría ayudar a la señora C a que se quitara de la mente a su hija. La señora C cumplió con esta sugerencia y apareció de alguna manera mejorada en la próxima sesión. Durante este encuentro el psiquiatra señaló que la señora C hablaba del embarazo de su hija como si fuera su propia responsabilidad. La paciente respondió: "Usted quiere decir que yo no abrí sus piernas?" El doctor afirmó: "Eso es correcto. Usted no abrió sus piernas". La paciente respiró aliviada por esta frase y le agradeció por aliviarla de la culpa. Ella telefoneó la semana siguiente y comentó que no necesitaba regresar ya que se sentía un 100% mejor".

En este ejemplo el psiquiatra primero ayudó a restaurar las defensas adaptativas por alentarla a regresar a su cronograma habitual. Luego utilizó la transferencia positiva de la paciente para absolverla de la culpa. Esta absolución de parte de una figura de autoridad a quien ella consideraba respetable, si no idealizada, tuvo un mayor impacto en ella que si ella misma se hubiera dicho el mismo mensaje.

Determinar si se prescribe psicoterapia de fin abierto o breve o no es una decisión compleja. Claramente, la presencia o ausencia de una cuestión central es de considerable relevancia (Ursano y Dressler, 1974). Si la queja del paciente está lo suficientemente circunscripta, una recomendación para la psicoterapia breve puede resultar menos cara y menos inconveniente para el paciente. También, en un estudio de la tasa de abandonos en una clínica de salud mental pública, la asignación de una duración específica de la terapia desde el comienzo del tratamiento resultó en la mitad de la tasa de abandonos comparado con pacientes sin ese punto de terminación claro (Sledge y

col., 1990). Sin embargo, los problemas caracterológicos complicados pueden interferir con la implementación efectiva por parte del paciente de cualquier abordaje de "reparación rápida". En una era donde la duración del tratamiento está determinada por intermediarios y terceras partes que pagan basados en consideraciones de costos, los terapeutas deben estar conscientes que menos no es necesariamente mejor. En un análisis riguroso del efecto-dosis de la relación con la psicoterapia, había una relación claramente positiva entre la cantidad de tratamiento y la cantidad de beneficio para el paciente (Howard y col., 1986).

Por último, hay siempre peligro de que los terapeutas prescriban lo que ellos piensan que el paciente necesita más que lo que el paciente quiere. ¿El paciente está pidiendo un examen de los fundamentos y la reestructuración de la personalidad, o está el pedido limitado a la asistencia de un problema o queja específica? El paciente debe claramente ser un colaborador en la determinación del tipo de tratamiento. Debemos tener en cuenta la sentencia –atribuida a Freud– de que, de alguna manera, el paciente siempre tiene razón.

La eficacia de la psicoterapia

La eficacia de la psicoterapia individual ya no está en duda. Existe ahora una evidencia impresionante de que la psicoterapia es un tratamiento efectivo (Luborsky y col., 1975; Smith y col,. 1980). De hecho, la investigación muestra que la magnitud del cambio que produjo la psicoterapia está en un nivel que justificaría la interrupción de una investigación clínica sobre la base de que no sería ético rehusar un tratamiento tan efectivo a los pacientes (Ursano y Silberman, 1994). Un metaanálisis de la eficacia de la psicoterapia dinámica breve (Crits-Christoph, 1992) encontró que el paciente promedio de terapia dinámica breve estaba un 86% mejor que los pacientes control en lista de espera, cuando se examinaban los síntomas blanco. En otro metaanálisis, Anderson y Lambert (1995) hallaron que los tratamientos "dinámicos breves" mejoraban el cumplimiento de los tratamientos alternativos en la evaluación de seguimiento cuando se utilizaban medidas de personalidad o cuando la evaluación ocurría 6 o más meses luego del tratamiento (p. 512). Más aún, tres estudios significativos han demostrado que interpretaciones acertadas en consonancia con las cuestiones centrales de los pacientes son predictivas de la respuesta al tratamiento dentro de la sesión (Silberschatz y col., 1986) tanto en la psicoterapia de corto plazo (Crits-Christoph y col., 1988) como en la de largo plazo (Joyce y Piper, 1993). Un estudio de terapia breve de apoyo observó a los sujetos randomizados para esa terapia y halló que 6 a 10 pacientes con datos de seguimiento completo por 6 meses mostraron mejoría significativa

en los problemas interpersonales luego de 40 meses de terapia (Rosenthal y col., 1999).

La evidencia de eficacia de la psicoterapia psicoanalítica de largo plazo o psicoanálisis es mucho más limitada. Si se aplicaran los ensayos randomizados estándar a la psicoterapia psicoanalítica, la investigación sería extraordinariamente cara. Hallar un grupo control aplicable dispuesto a esperar que en una condición sin tratamiento por muchos años para ver si sus problemas se resuelven con el tiempo, estaría cerca de lo imposible. Además, en un estudio prospectivo a largo plazo, la tasa de abandono podría ser prohibitiva. En un estudio de terapia breve, una tasa de abandono del 10% sobre 16 semanas, no afecta el análisis estadístico. Si esa tasa de abandono ocurriera cada 16 semanas a lo largo de varios años, sería devastador para un estudio a largo plazo. Los eventos de la vida intervinientes, los cambios de la medicación y las condiciones en el Eje I también crearían dificultades en la interpretación de los datos (Gunderson y Gabbard, 1999).

Aunque los estudios randomizados controlados no han sido reportados aún para psicoanálisis o psicoterapia psicoanalítica extensa, Bachrach y col. (1991) revisaron seis estudios sistemáticos, totalizando 550 pacientes en psicoanálisis, y hallaron que las tasas de mejoría van desde el 60 al 90%. Hay también acumulación de datos que sugieren que la terapia prolongada puede ser necesaria para que ciertos pacientes alcancen mejorías sustanciales (Doidge, 1997), especialmente aquellos con trastornos de la personalidad (Hoglend, 1993; Howard y col., 1986). Algunos pacientes parecen tener mejores respuestas con la psicoterapia más frecuente y más intensa también. Fonagy y Target (1996b) estudiaron 763 casos de niños y adolescentes tratados en el Centro Anna Freud en análisis de cuatro a cinco veces por semana o psicoterapia dinámica de una a tres veces por semana. La mayor frecuencia de sesiones llevó a una mayor mejoría en los niños de 6-12 años pero no en los adolescentes (Fonagy y Target, 1996b) .

Aunque la terapia dinámica de largo plazo y el psicoanálisis son con frecuencia considerados prohibitivos por el costo, en algunas condiciones puede reducir la hospitalización, las visitas médicas y la incapacidad en un sentido que son costo-efectivas en el largo plazo (Dossmann y col., 1997; Gabbard y col., 1997).

Los psicoanalistas y los terapeutas psicodinámicos fueron complacientes por muchos años y solo recientemente han visto la necesidad de una investigación sistemática seria. Se necesita una investigación urgente para identificar las claras indicaciones y contraindicaciones para la terapia psicoanalítica prolongada y el psicoanálisis, para definir los rasgos que distinguen el abordaje psicodinámico de otros métodos y para testear en ensayos controlados y aleatorizados qué tipo de pacientes se beneficiaran finalmente con la psicoterapia intensiva (Gunderson y Gabbard, 1999).

Bibliografía

Adler E, Bachant JL: Working in Depth: A Clinician's Guide to Framework and Flexibility in the Analytic Relationship. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1998

Adler G: The myth of the alliance with borderline patients. Am J Psychiatry 47:642-645, 1979

Amini F, Lewis T, Lannon R, et al: Affect, attachment, memory: contributions toward psychobiologic integration. Psychiatry 59:213-239, 1996

Anderson EM, Lambert MJ: Short-term dynamically oriented psychotherapy: a review and meta-analysis. Clin Psychol Rev 15:503-514, 1995

Aron L: Self-reflexivity and the therapeutic action of psychoanalysis. Paper presented at the annual meeting of the American Psychoanalytic Association, Toronto, Ontario, May 29, 1998

Bachrach HM, Leaff LA: "Analyzability": a systematic review of the clinical and quantitative literature. J Am Psychoanal Assoc 26:881-920, 1978

Bachrach HM, Galatzer-Levy R, Skolnikoff A, et al: On the efficacy of psychoanalysis. J Am Psychoanal Assoc 39:871-916, 1991

Baekeland F, Lundwall L: Dropping out of treatment: a critical review. Psychol Bull 82:738-783, 1975

Basch MF: Doing Psychotherapy. New York, Basic Books, 1980

Beck NC, Lambert J, Gamachei M, et al: Situational factors and behavioral self-predictions in the identification of clients at high risk to drop out of psychotherapy. J Clin Psychol 43:511-520, 1987

Benjamin J: Like Subjects, Love Objects: Essays on Recognition and Sexual Difference. New Haven, CT, Yale University Press, 1995

Blatt SJ: The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: the Menninger Psychotherapy Research Project revisited. J Am Psychoanal Assoc 40:691-724, 1992

Book HE: How to Practice Brief Psychodynamic Psychotherapy: The Core Conflictual Relationship Theme Method. Washington, DC, American Psychological Association, 1998

Bordin ES: The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. Psychotherapy: Theory, Research, and Practice 16:252-260, 1979

Budman SH (ed): Forms of Brief Therapy. New York, Guilford, 1981

Busch F: The Ego at the Center of Clinical Technique (Critical Issues in Psychoanalysis 1). Northvale, NJ, Jason Aronson, 1995

Chessick RD: The Technique and Practice of Intensive Psychotherapy. New York, Jason Aronson, 1974

Chessick RD: What is intensive psychotherapy? Am J Psychother 35:489-501, 1981

Cooper AM: Changes in psychoanalytic ideas: transference interpretation. J Am Psychoanal Assoc 35:77-98, 1987

Cooper AM: Psychic change: development in the theory of psychoanalytic techniques. Int J Psychoanal 73:245-250, 1992

Crits-Christoph P: The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. Am J Psychiatry 149:151-158, 1992

Crits-Christoph P, Cooper A, Luborsky L: The accuracy of therapists' interpretations and the outcome of dynamic psychotherapy. J Consult Clin Psychol 56:490-495, 1988

Davanloo H (ed): Short-Term Dynamic Psychotherapy. New York, Jason Aronson, 1980

Dewald PA: Psychotherapy: A Dynamic Approach. New York, Basic Books, 1964

Dewald PA: Psychotherapy: A Dynamic Approach, 2nd Edition. New York, Basic Books, 1971

Doidge N: Empirical evidence for the efficacy of psychoanalytic psychotherapies and psychoanalysis: an overview. Psychoanalytic Inquiry 17 (suppl):102-150, 1997

Dossmann R, Kutter P, Heinzel R, et al: The long-term benefits of intensive psychotherapy a view from Germany. Psychoanalytic Inquiry 17 (suppl): 74-86, 1997

Fonagy P, Target M: Playing with reality, I: theory of mind and the normal development of psychic reality. Int J Psychoanal 77:217-233, 1996a

Fonagy P, Target M: Predictors of outcome in child psychoanalysis: a retrospective study of 763 cases at the Anna Freud Centre. J Am Psychoanal Assoc 44:27-77, 1996b

Freud A: The ego and the mechanisms of defense (1936), in The Writings of Anna Freud, Vol 2 (Revised Edition). New York, International Universities Press, 1966

Freud S: The interpretation of dreams (1900), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vols 4,5. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1953, pp 1-627

Freud S: Recommendations to physicians practising psycho-analysis (1912), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 12. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1958, pp 109-120

Freud S: On beginning the treatment (1913), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 12. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1958, pp 121-144

Friedman L: A reading of Freud's papers on technique. Psychoanal Q 60:564-595, 1991

Frieswyk SH, Allen JG, Colson DB, et al: Therapeutic alliance: its place as a process and outcome variable in dynamic psychotherapy research. J Consult Clin Psychol 54:32-38, 1986

Fromm-Reichmann F: Principles of Intensive Psychotherapy. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1950

Gabbard GO: Countertransference: the emerging common ground. Int J Psychoanal 76: 475-485, 1995

Gabbard GO: Love and Hate in the Analytic Setting. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996

Gabbard GO: A reconsideration of objectivity in the 1997

Gabbard GO, Lester EP: Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis. New York, Basic Books, 1995

Gabbard GO, Wilkinson SM: Management of Countertransference With Borderline Patients. Wahington, DC, American Psychiatric Press, 1994

Gabbard GO, Lazar SG, Hornberger J, et al: The economic impact of psychotherapy: a review. Am J Psychiatry 154:147-155, 1997
Garfield SL: The Practice of Brief Psychotherapy. New York, Wiley, 1998
Greenberg JR: Theoretical models and the analyst's neutrality. Contemporary Psychoanalysis 22:87-106, 1986
Greenson RR: The working alliance and the transference neurosis (1965), in Explorations in Psychoanalysis. New York, International Universities Press, 1978, pp 119-224
Greenson RR: The Technique and Practice of Psychoanalysis. New York, International Universities Press, 1967
Grinberg L: The closing phase of the psychoanalytic treatment of adults and the goals of psychoanalysis: Gunderson JG, Gabbard GO: Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. J Am Psychoanal Assoc 47:679-703, 1999
Gunderson JG, Gabbard GO: Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. Am J Psychoanal Assoc 47: 679-703, 1999
Gustafson JP: An integration of brief dynamic psychotherapy. Am J Psychiatry 141: 935-944, 1984
Gustafson JP: The Complex Secret of Brief Psychotherapy. New York, WW Norton, 1986
Gutheil T, Gabbard GO: Misuses and misunderstandings of boundary theory in clinical and regulatory settings. Am J Psychiatry 155:409-414,1998
Hartley DE, Strupp HH: The therapeutic alliance: its relationship to outcome in brief psychotherapy, in Empirical Studies of Psychoanalytic Theories, Vol 1. Edited by Masling J. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1983, pp 1-37
Hoffman IZ: Ritual and Spontaneity in the Psychoanalytic Process: A Dialectical Constructivist View. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1998
Hoffman IZ, Gill MM: Critical reflections on a coding scheme. Int J Psychoanal 69:55-64, 1988
Hoglend P: Personality disorders and long-term outcome after brief dynamic psychotherapy. J Personal Disord 7:168-181, 1993
Horowitz MJ, Marmar C, Krupnick J, et al: Personality Styles and Brief Psychotherapy. New York, Basic Books, 1984a
Horowitz MJ, Marmar C, Weiss DS, et al: Brief psychotherapy of bereavement reactions: the relationship of process to outcome. Arch Gen Psychiatry 41:438-448, 1984b
Horwitz L: Clinical Prediction in Psychotherapy. New York, lason Aronson, 1974
Horwitz L, Gabbard GO, Allen JG, et al: Borderline Personality Disorder: Tailoring the Psychotherapy to the Patient. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996
Howard KI, Kopta SM, Krause MS, et al: The dose-effect relationship in psychotherapy. Am Psychol 41:159-164, 1986
Jacobs TJ: The corrective emotional experience—its place in current technique. Psychoanalytic Inquiry 10:433-454, 1990
Joyce AS, Piper WE: The immediate impact of transference in short-term individual psychotherapy. Am J Psychother 47:508-526, 1993
Kantrowitz JL: Suitability for psychoanalysis. Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy 2:403-415, 1987

Kantrowitz JL, Katz AL, Paolitto F, et al: Changes in the level and quality of object relations in psychoanalysis: follow-up of a longitudinal, prospective study. J Am Psychoanal Assoc 35:23-46, 1987

Karasu TB: Psychotherapies: an overview. Am J Psychiatry 134:851-863, 1977

Kohut H: How Does Analysis Cure? Edited by Goldberg A. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984

Lipton SD: The advantages of Freud's technique as shown in his analysis of the Rat Man. Int J Psychoanal 58:255-273, 1977

Loewald HW: On the therapeutic action of psychoanalysis (1957), in Papers on Psychoanalysis. New Haven, CT, Yale University Press, 1980, pp 221-256

Lohser B, Newton PM: Unorthodox Freud: The View From the Couch. New York, Guilford, 1996

Luborsky L: Principles of Psychoanalytic Psychotherapy: A Manual for Supportive Expressive Treatment. New York, Basic Books, 1984

Luborsky L, Singer B, Luborsky L: Comparative studies of psychotherapies: is it true that "everyone has won and all must have prizes" Arch Gen Psychiatry 32:995-1008, 1975

Luborsky L, Mintz J, Auerbach A, et al: Predicting the outcome of psychotherapy findings of the Penn Psychotherapy Project. Arch Gen Psychiatry 37:471-481, 1980

Luborsky L, Crits-Christoph P, Mitz J, et al: Who Will Benefit From Psychotherapy? Predicting Therapeutic Outcomes. New York, Basic Books, 1988

Lyons-Ruth K, Members of the Change Process Study Group: Implicit relational knowing: its role in development and psychoanalytic treatment. Infant Mental Health Journal 19:282-289, 1998

MacKenzie KR: Recent developments in brief psychotherapy. Hospital and Community Psychiatry 39:742-752, 1988

Malan DH: The Frontier of Brief Psychotherapy An Example of the Convergence of Research and Clinical Practice. New York, Plenum, 1976

Malan DH: Toward the Validation of Dynamic Psychotherapy: A Replication. New York, Plenum, 1980

Mann J: Time-Limited Psychotherapy. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1973

Marziali E, Marmar C, Krupnick J: Therapeutic alliance scales: development and relationship to psychotherapy outcome. Am J Psychiatry 138:361-364, 1981

Menninger KA: Theory of Psychoanalytic Technique. New York, Basic Books, 1958

MitcheD SA: Influence and Autonomy in Psychoanalysis. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1997

Morgan R, Luborsky L, Crits-Christoph P, et al: Predicting the outcomes of psychotherapy by the Penn Helping Alliance Rating Method. Arch Gen Psychiatry 39:397-402, 1982

Ogden TH: Projective Identification and Psychotherapeutic Technique. New York, Jason Aronson, 1982

Ornstein A: "Supportive" psychotherapy: a contemporary view. Clinical Social Work Journal 14:14-30, 1986

Pine F: On therapeutic change: perspectives from a parent-child model. Psychoanalysis and Contemporary Science 5:537-569, 1976

Pine F: Supportive psychotherapy: a psychoanalytic perspective. Psychiatric Annals 16:526-529, 1986

Pine F: Diversity and Direction in Psychoanalytic Technique. New Haven, CT, Yale University Press, 1998

Piper WE, Azim HFA, McCallum M, et al: Patient suitability and outcome in short-term individual psychotherapy. J Consult Clin Psychol 58:475-481, 1990

Pulver SE: Psychic change: insight or relationship? Int J Psychoanal 73:199-208, 1992

Racker H: Transference and Counter-transference. New York, International Universities Press, 1968

Renik O: Analytic interaction: conceptualizing technique in light of the analyst's irreducible subjectivity. Psychoanal Q 62:553-571, 1993

Rosenthal RN, Muran JC, Pinsker H, et al: Interpersonal change in brief supportive therapy. J Psychother Pract Res 8:55-63, 1999

Roskin G: Changing modes of psychotherapy. Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation 4:483-487, 1982

Roth S: Psychotherapy: The Art of Wooing Nature. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1987

Sandler J: Countertransference and role-responsiveness. International Review of Psychoanalysis 3:43-47, 1976

Sifneos PE: Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis. Cambridge, MA, Harvard UniversityPress, 1972

Silberschatz G, Fretter PB, Curtis JT: How do interpretations influence the process of psychotherapy? J Consult Clin Psychol 54:646-652, 1986

Sledge WH, Moras K, Hartley D, et al: Effect of time-limited psychotherapy on patient dropout rates. Am J Psychiatry 147:1341-1347, 1990

Smith ML, Glass GV, Miller TI: The Benefits of Psychotherapy. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1980

Steiner J: The aim of psychoanalysis. Psychoanalytic Psychotherapy 4: 109-120, 1989

Stern DN, Sander LW, Nahum JP, et al: Non-interpretive mechanisms in psychoanalytic therapy the "something more" than interpretation. Int J Psychoanal 79:903-921,1998

Ursano RJ, Dressler DM: Brief versus long-term psychotherapy: a treatment decision. J Nerv Ment Dis 159:164-171, 1974

Ursano RJ, Hales RE: A review of brief individual psychotherapies. Am J Psychiatry 143:1507-1517, 1986

Ursano RJ, Silberman EK: Psychoanalysis, psychoanalytic psychotherapy, and supportive psychotherapy, in The American Psychiatric Press Textbook of Psychiatry, 2nd Edition. Edited by Hales E, Yudofsky SC, Talbott J. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994, pp 1035-1060

Vaslamatzis G, Markidis M, Katsouyanui K: Study of the patients' difficulties in ending brief psychoanalytic psychotherapy. Psychother Psychosom 52: 173-178, 1989

Wallerstein RS: Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy. New York, Guilford, 1986

Werman DS: The use of dreams in psychotherapy: practical guidelines. Canadian Psychiatric Association Journal 23:153-158, 1978

Werman DS: The Practice of Supportive Psychotherapy. New York, Brunner/Mazel, 1984

Winnicott DW: The aims of psychoanalytic treatment (1962), in The Maturational Processes and the Facilitating Environment. London, Hogarth Press, 1976, pp 166-170

Winston A, Muran C: Common factors in the time-limited therapies, in American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol 15. Edited by Dickstein LJ, Riba MB, Oldham JM. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996, pp 43-68

CAPÍTULO

5

Tratamientos en psiquiatría dinámica

Terapia de grupo, terapia familiar/ de pareja y farmacoterapia

Psicoterapia dinámica de grupo

Todos vivimos y trabajamos en el contexto grupal. La psicoterapia de grupo les brinda a los pacientes una oportunidad para aprender cómo funcionan en grupos: qué roles juegan, cuáles son sus expectativas y fantasías inconscientes acerca de los grupos y cuáles son los obstáculos con los que se encuentran en la relación con los otros en el trabajo y en el hogar. Las dimensiones exclusivas de la experiencia grupal sólo pueden ser exploradas parcialmente en la psicoterapia individual.

Aspectos exclusivos de la experiencia grupal

Gran parte de nuestro conocimiento acerca de las fuerzas que operan en los grupos deriva del trabajo de Wilfred Bion (1961). Luego de la primera guerra mundial, Bion comenzó a realizar experiencias en grupos pequeños en la Clínica Tavistock. Su comprensión de los grupos giraba alrededor de la observación de que hay dos grupos presentes en todos los grupos: 1) el "grupo de trabajo" y 2) el "grupo de supuestos básicos". El primero está involucrado con la tarea real de un grupo y está dirigido hacia la culminación de la tarea. Pocos grupos, sin embargo, trabajan racionalmente hacia

la obtención de sus objetivos sin interferencia de los supuestos básicos (Rioch, 1970).

Los supuestos básicos se refieren a las fantasías inconscientes que llevan a los grupos a comportarse de un "modo como si" (Rioch, 1970). En otras palabras, los miembros del grupo comienzan a actuar en el supuesto del grupo, que es distinto de la realidad de la tarea presente. Los supuestos básicos tienen tres categorías: dependencia, ataque/fuga y apareamiento. El origen de estos estados emocionales diferentes es inconsciente pero se puede deducir con facilidad a través del comportamiento de los grupos. Estos supuestos descarrilan al grupo trabajo e impiden la finalización de su tarea. En un grupo de psicoterapia, la tarea de comprender los problemas de cada uno puede ser desviada de su curso por el desarrollo de los supuestos básicos. Sin embargo, así como Freud descubrió que la transferencia en el psicoanálisis es más una herramienta terapéutica que un obstáculo, Bion descubrió que los supuestos básicos en sí mismos pueden ser de enorme valor para ayudar a los miembros individuales de los grupos a comprenderse en el contexto del grupo.

Las observaciones iniciales que hizo Bion de los supuestos básicos se encontraban en un nivel descriptivo, pero a medida que fue ganando mayor experiencia con la dinámica de grupo, se dio cuenta de que los supuestos básicos eran un conjunto de defensas contra las ansiedades psicóticas presentes en cada uno. Los grupos son poderosamente regresivos y permiten a los pacientes ver sus temores más primitivos. Bion advirtió que los mecanismos asociados con la posición esquizoparanoide y la posición depresiva identificadas por Melanie Klein (véase cap. 2) están también presentes en los supuestos básicos.

El supuesto básico de dependencia, por ejemplo, puede ser visto como un grupo de defensas contra las ansiedades depresivas (Ganzarain, 1980). En este supuesto básico, los pacientes se comportan como si fueran débiles, ignorantes e incapaces de ayudarse mutuamente y como si fueran dependientes por completo del terapeuta, a quien ven como divino. El temor subyacente es que su avaricia (esto es, su necesidad oral) tragará al terapeuta y como consecuencia ellos serán abandonados. Para defenderse contra la ansiedad y la culpa conectadas con la destrucción potencial del terapeuta (esto es, sus madres en un nivel inconsciente), los pacientes creen que el terapeuta es una figura inagotable, omnisciente y omnipotente que estará siempre allí para ellos y que siempre tendrá las respuestas.

En el supuesto básico de ataque/fuga, el grupo ha regresado a una franca posición esquizoparanoide. Toda la "maldad" es escindida y proyectada. El deseo de atacar o fugar es un conjunto de defensas contra la ansiedad paranoide. Para evitar que el perseguidor percibido externamente lo destruya, el grupo puede tanto atacarlo como huir del él. El grupo se torna no reflexivo y considera que la acción es la única solución a la amenaza percibida.

El supuesto básico de apareamiento es un conjunto de defensas contra las ansiedades depresivas. En este caso, el supuesto suele girar alrededor de los miembros del grupo, quienes se reproducirán y darán a luz a un mesías para rescatar al grupo (Rioch, 1970). Predominan el optimismo y la esperanza, en la creencia de que el amor prevalecerá. Esta actitud ingenua y en extremo positiva puede ser vista como una defensa maníaca contra la preocupación de que la destructividad, el odio y la hostilidad también existen dentro del grupo. Por eso, el apareamiento puede ser visto como un esfuerzo reparatorio maníaco (Ganzarain, 1980).

Los psicoterapeutas de grupo deben estar continuamente alertas al desarrollo de los supuestos básicos en sus grupos, para poder interpretarlos y examinarlos antes de que se vuelvan muy destructivos para la tarea grupal. La transferencia no examinada puede llevar a un individuo a abandonar la psicoterapia; los supuestos básicos no examinados pueden llevar a la disolución de la terapia de grupo.

Más allá de los supuestos básicos, hay otras fuerzas inigualables operando en los grupos. Una de las más poderosas es el fenómeno de "la inducción del rol" (Redl, 1963). Una observación común es que el comportamiento de un individuo en una situación uno-a-uno puede experimentar un gran cambio al entrar en un grupo. Con frecuencia escuchamos, por ejemplo, que un "chico bueno entró a un grupo de personas equivocado". Los individuos que se encuentran comportándose de modo diferente en los grupos se describen a menudo como que están siendo empujados o "inducidos" a jugar un rol que parecía fuera de su control. Un paciente individual en psicoterapia de grupo, por ejemplo, puede servir de portavoz para el grupo entero, mientras todos los demás permanecen en silencio. Otro individuo puede cumplir el rol de chivo expiatorio, comportándose de manera tal que se vuelve el blanco del enojo de todos. Tanto el fenómeno del portavoz como el del chivo expiatorio pueden ser entendidos como versiones grupales de identificación proyectiva (Horwitz, 1983; Ogden, 1982). En el fenómeno del chivo expiatorio, por ejemplo, las partes inaceptables de todos los miembros del grupo son proyectadas sobre un individuo que entonces se siente forzado a responder como las partes proyectadas de los otros pacientes. Si el terapeuta sostiene al chivo expiatorio e interpreta el proceso del grupo, las partes proyectadas pueden ser reintroyectadas.

Características de los grupos psicoterapéuticos

La mayor parte de los terapeutas de grupo se encuentran con sus grupos una vez por semana (Sadock, 1983), pero aquellos que modelaron la psicoterapia de grupo a partir del psicoanálisis clásico (Wolf, 1983) pueden coordinar hasta cinco sesiones por semana. Estas sesiones, que se adhieren a un

límite de tiempo estricto como en la psicoterapia individual, generalmente duran entre 75 y 90 minutos.

Aunque los grupos varían en tamaño, la psicoterapia dinámica de grupo promedio contiene 8-10 integrantes (Sadock, 1983). Si los miembros participan activamente y son razonablemente verbales, los grupos más pequeños pueden ser muy útiles.

La composición de la terapia de grupo dinámica puede variar considerablemente, aunque se piensa que los grupos heterogéneos tienen mayores ventajas que los grupos homogéneos (Yalom, 1985). El consenso de los clínicos es que los grupos en los que todos son similares raramente sobrepasan niveles superficiales de interacción. Por otro lado, si un grupo es demasiado heterogéneo, puede ser disfuncional por la falta de bases comunes entre los pacientes. Más aún, ciertos individuos pueden sentirse aislados si creen que son muy diferentes de los otros en un grupo en virtud de la edad, el marco cultural o el status socioeconómico. Por último, si los miembros de un grupo tienen niveles altamente variables de las fuerzas del yo, el grupo puede no consolidarse por la dificultad en explorar las cuestiones psicológicas.

El consenso de la literatura es que las terapias de grupo dinámicas deben ser heterogéneas en cuanto a los conflictos de sus integrantes pero homogéneas y razonablemente similares en cuanto al nivel de las fortalezas yoicas (Whitaker y Lieberman, 1964; Yalom, 1985). Gran parte de la bibliografía de psicoterapia de grupo dinámica se inclina hacia el extremo expresivo del continuo expresivo-de apoyo. Los grupos que son más de apoyo en su naturaleza pueden ser homogéneos también. Los grupos de terapia dinámica son típicamente de fín abierto y pueden incluirse nuevos integrantes a medida que los integrantes viejos van terminando. Sin embargo, algunos grupos homogéneos con un tema central a discutir, como en el caso de las víctimas del abuso sexual de los terapeutas a los pacientes (Sonne, 1989), pueden encontrarse para un proceso terapéutico de tiempo limitado.

En los últimos años, con la presión de la medicina gerenciada y la responsabilidad del cuidado de la salud se han puesto en práctica versiones más breves de psicoterapia de grupo, aún para los grupos heterogéneos. MacKenzie (1997) ha desarrollado un concepto de psicoterapia de grupo de tiempo-administrado en el cual delinea tres modelos de psicoterapia de grupo basados en las necesidades del paciente y la conciencia de las limitaciones en los recursos disponibles para el tratamiento: 1) intervención en crisis (1-8 sesiones), 2) terapia de tiempo limitado (8-26 sesiones), y 3) terapia de tiempo prolongado (más de 26 sesiones). La investigación empírica ha comenzado a apoyar la eficacia de formas de terapia dinámica de grupo más breves. En un estudio de psicoterapias de grupo expresivas para pacientes ambulatorios de 12 semanas de duración para pacientes que no se adaptaban bien a la pérdida (Piper y col., 1992) , los pacientes tratados mostraron

más mejoría que los pacientes controles en lista de espera y esta mejoría fue sostenida o aún incrementada a los seis meses de seguimiento.

Los psicoterapeutas de grupo dinámicos pueden utilizar un abordaje centrado en el grupo o un abordaje centrado en el individuo. En la forma de terapia de grupo centrada en el individuo (Wolf, 1983), el proceso es conceptualizado como similar al psicoanálisis individual, en un contexto de grupo. El proceso del grupo en sí mismo es relativamente menos importante que la interpretación de las dificultades del individuo en tratar con los otros miembros del grupo y con el terapeuta. Para los defensores más extremos del abordaje centrado en el grupo (Ezriel, 1950), la interpretación de las fuerzas del grupo es mucho más importante que la interpretación de los conflictos individuales. De hecho, Ezriel (1950) sugirió que el terapeuta debería abstenerse de interpretar hasta que una tensión o tema grupal común se haya desarrollado. Horwitz (1977) propuso un abordaje menos extremo con interpretaciones individuales que se pueden usar al servicio de la conciencia del grupo de una cuestión grupal común, que luego también se interpreta. Hay experiencias grupales comunes que todos comparten y que merecen interpretación, tales como que el líder no descubra cuáles son las necesidades de cada uno, la competencia para el apoyo y la ansiedad por ser ignorado. Sin embargo, si no hay un foco en las cuestiones individuales también, los pacientes pueden sentir que sus razones de la búsqueda de tratamiento han sido pasadas omitidas por el terapeuta. La mayoría de los terapeutas de grupo suscriben a un modelo combinado que comprende tanto intervenciones centradas en el individuo como en el grupo (Slipp, 1988).

Transferencia, contratransferencia y resistencia

La transferencia, la contratransferencia y la resistencia son los pilares de la psicoterapia dinámica de grupo, como también del trabajo individual. Sin embargo, la modalidad de grupo en sí misma altera significativamente la transferencia. Primero, la intensidad de las transferencias de los pacientes puede ser diluida por su redirección a compañeros de terapia. Este desplazamiento de la transferencia del terapeuta al par puede ser beneficioso, sin embargo, ya que permite una "tierra de práctica" para elaborar una transferencia parental previa a su desarrollo en la relación con el terapeuta (Wolf, 1983). La psicoterapia de grupo también permite la formación en múltiples transferencias simultáneas. El terapeuta cuenta con un laboratorio en donde las relaciones de objeto interno de los pacientes son desplegadas para que todos observen a través de la externalización en las relaciones con miembros individuales del grupo. Aunque en la terapia individual también se desarrollan diferentes transferencias, éstas tienden a aparecer en un período prolongado. El encuadre grupal puede permitir al paciente ganar

mayor familiaridad con las relaciones de objeto interno de los pacientes en un período más breve.

Aunque la transferencia puede ser diluida en la terapia de grupo, lo opuesto también es verdadero. La transferencia puede ser intensificada cuando el grupo entero es barrido por poderosos sentimientos de valencia tanto positiva como negativa. Los terapeutas que sirven como contenedores para todas las proyecciones de objeto malo de los miembros del grupo rápidamente caen en la cuenta de que la contratransferencia puede ser también intensificada en un contexto grupal. Las demandas contratransferenciales sobre el terapeuta de grupo pueden ser formidables. Por suerte, hay una protección inherente contra la actuación contratransferencial adversa porque los pacientes del grupo rápidamente avistarán conductas inapropiadas o percepciones erróneas por parte del terapeuta e insistirán en una explicación (Wolf, 1983). Para difundir la transferencia y la contratransferencia, algunos terapeutas prefieren trabajar con un coterapeuta en la psicoterapia de grupo. Tener un compañero ayuda al terapeuta a procesar los sentimientos intensos que remueve el grupo.

La rivalidad fraterna y el deseo transferencial de ser el preferido del terapeuta es un tema común en todas las terapias dinámicas. Sin embargo, estas cuestiones pueden tener una cualidad más apremiante en la terapia de grupo, y el terapeuta debe evitar en forma persistente mostrar cualquier favoritismo por miembros específicos del grupo (Yalom, 1985).

En adición a la transferencia de los pacientes sobre el terapeuta y otros miembros del grupo, hay una tercera forma de transferencia que es verdaderamente única en los grupos: la transferencia sobre el grupo como un todo. Este tipo de transferencia permite a los pacientes una oportunidad para examinar sus expectativas de otros grupos con los cuales viven y trabajan. El grupo como una entidad total es frecuentemente visto como una "madre" idealizada, por completo gratificante que satisfará el anhelo del paciente de un encuentro con una figura de amor incondicional. En reconocimiento de esta tendencia, Scheidlinger (1974) denominó a este fenómeno el "grupo-madre". Cuando esta forma de transferencia está en flor, el terapeuta puede ser visto como una figura materna aterrorizante en contraste con la benevolencia generosa del grupo como un todo. Otros autores (Gibbard y Hartman, 1973) consideran que la transferencia idealizada al grupo como un todo es una postura defensiva que evita ver al grupo (madre) como sádico.

La elaboración de la transferencia y resistencia constituye el yugo de la tarea del terapeuta dinámico, como lo es en la psicoterapia individual. Por cierto, Ganzarain (1983) sugirió que el trabajo elaborativo es una característica clave que distingue a la terapia psicoanalítica de grupo de otras formas de tratamiento de grupo. Destacó sobre todo la elaboración de las ansiedades primitivas de tipo psicótico y su asociación con los mecanismos de

defensa. Las fuerzas regresivas activadas por la experiencia de grupo ponen al paciente en contacto con la ansiedad proveniente de las posiciones esquizoparanoide y depresiva mucho más rápido y de un modo más profundo que en el tratamiento individual. La elaboración de la transferencia también está facilitada por los aportes de otros miembros del grupo. El paciente individual puede intentar validar una impresión personal del terapeuta "chequeándola" con otros pacientes del grupo. Cuando los compañeros confrontan las distorsiones inherentes en la percepción transferencial, el paciente puede estar más deseoso de escuchar y aceptar la retroalimentación que viene del terapeuta.

Indicaciones y contraindicaciones

Las indicaciones para la psicoterapia dinámica de grupo son las mismas que para la terapia individual expresiva-de apoyo. Éstas incluyen 1) fuerte motivación, 2) conciencia psicológica, 3) un nivel razonablemente alto de fortaleza yoica, 4) un malestar suficiente como para que el paciente puede soportar las frustraciones inherentes al proceso, y 5) problemas en las relaciones interpersonales (Yalom, 1985). Sin embargo, la pregunta que el terapeuta se debe formular es: ¿Qué criterio específico sugiere que un paciente es particularmente apropiado para la psicoterapia de grupo más que para la psicoterapia individual?

Existía un prejuicio en cuanto a la psicoterapia de grupo ya que se solía verla como una modalidad terapéutica de segunda línea. Los artículos de revisión que comparan la psicoterapia individual y de grupo no apoyan este sesgo (Lambert y Bergin, 1994; MacKenzie, 1996). La mayoría de estos estudios de comparación no encuentran diferencias en los resultados. La terapia dinámica de grupo es probablemente una modalidad subutilizada a pesar de su atractivo en términos de costo-efectividad.

Hay varios tipos de problemas que pueden ser abordados con mayor efectividad en un encuadre grupal que en un tratamiento individual (Sadock, 1983). El paciente que se siente extremadamente ansioso frente a la figura de autoridad puede sentir que le resulta más fácil hablar y relacionarse en la compañía con sus pares. Para otro paciente, cuyo problema principal puede haberse originado en los conflictos fraternos, el encuadre grupal reactiva el problema de un modo más fácil para examinar y resolver. A la inversa, pueden suceder que un paciente que no vivió en la infancia la experiencia fraterna y tiene dificultades de relación con los adultos puede encontrar que un grupo es el mejor lugar para abordar esas cuestiones. Pacientes no psicóticos que se apoyan fuertemente en la proyección pueden beneficiarse de las confrontaciones de otros miembros del grupo, quienes repetidamente discuten las distorsiones traídas al grupo. Los pacientes bor-

derline que establecen una transferencia negativa intensa en la terapia individual pueden beneficiarse de la dilución de la transferencia inherente al trabajo de grupo. Pero, estos pacientes casi siempre requieren también una terapia individual (véase cap. 15). Cuando se combinan las dos modalidades ocurren efectos aditivos y aumentados para ambos tratamientos, el individual y el de grupo (Porter, 1993; Sperry y col., 1996). Los efectos aditivos de la terapia individual incluyen la exploración profunda intrapsíquica y la experiencia emocional correctiva uno-a-uno. Los efectos aditivos de la terapia de grupo son la exploración de las transferencias múltiples y la provisión de un encuadre en el cual el paciente puede arriesgar nuevos comportamientos. Uno de los efectos aumentados de la terapia individual es que puede proveer una oportunidad para explorar el material que se desarrolla de las sesiones de grupo y de esta manera puede prevenir el abandono del grupo. Un efecto amplificado posible de la terapia de grupo es una oportunidad adicional de analizar las resistencias transferenciales de las sesiones individuales.

La terapia de grupo es generalmente efectiva para pacientes con trastornos de la personalidad de nivel superior: histéricos, obsesivo-compulsivos, algunos narcisistas, pasivo-agresivos y tipos dependientes, porque el encuadre grupal puede ser el único lugar donde estos pacientes reciben retroalimentación acerca de cómo los patrones de su carácter pueden afectar a otros. Gran parte de la psicopatología de los pacientes con trastornos de la personalidad comprende rasgos de carácter ego-sintónicos (esto es, conductas que afligen a otros pero no al paciente). La retroalimentación de los compañeros en la terapia de grupo frecuentemente ayuda a estos pacientes a reflexionar sobre los patrones de conducta de manera tal que estos rasgos pueden volverse egodistónicos (es decir incómodos para los pacientes mismos), que es el primer paso para obtener la motivación suficiente para cambiar. El efecto de la psicoterapia de grupo en los trastornos de personalidad en particular y las indicaciones de terapia de grupo e individual combinadas serán abordadas más adelante en la sección III de este libro.

Una diferencia obvia entre la psicoterapia individual y de grupo en cuanto a las indicaciones es que el terapeuta de grupo debe evaluar constantemente la adecuación entre un paciente prospectivo y el grupo como está compuesto en la actualidad. Un paciente borderline puede ser bastante tolerable en un grupo de pacientes con un nivel superior de fortaleza yoica, pero dos pueden abrumar al grupo con demandas desproporcionadas de atención y acting-out disruptivo. De modo similar, cuestiones como la edad y el género deben ser balanceadas al decidir las indicaciones para un grupo particular.

Es habitual que cierta sintomatología clínica esté considerada como contraindicada para la psicoterapia dinámica de grupo; estas características incluyen 1) baja motivación, 2) desorganización psicótica, 3) adicción

a sustancias, 4) trastorno de personalidad antisocial, 5) somatización severa, 6) disfunción cognitiva de base orgánica, y 7) riesgo suicida serio (Yalom, 1985). Los adictos y los pacientes con rasgos antisociales pueden, sin embargo, ser efectivamente tratados en grupos homogéneos de naturaleza confrontacional (véanse caps. 12 y 17). Al igual que para las indicaciones, algunos pacientes no deberían ser incluidos en un grupo particular por la composición de ese grupo, pero, sin embargo, ser aptos para un grupo diferente.

Terapia familiar y de pareja

Aunque muchos terapeutas de familia y pareja actuales no tienen una orientación dinámica, este campo tuvo sūs orígenes en el trabajo de muchos clínicos orientados con formaciön psicoanalítica previa, incluyendo a Theodore Lidz, Lyman Wynne, Nathan Ackerman, Murray Bowen y Virginia Satir. El foco de estos primeros terapeutas de familia en la psicología del individuo fue dramáticamente alterada en la década de 1950 y 1960 por un grupo de investigadores de Palo Alto, incluyendo a Gregory Bateson, Don Jackson y Jay Haley (1956). La terapia sistémica familiar creció a partir del trabajo de este grupo y se pasó del individuo al sistema familiar. Ambas, la psicopatología individual y la historia personal, se volvieron en secundarias a la familia como una totalidad, que fue vista como un sistema con una vida propia. Hasta hace poco, este abordaje sistémico a la terapia familiar, junto con las subsecuentes elaboraciones de Minuchin (1974) y Selvini Palazzoli y col. (1978), ha dominado ampliamente el campo de la terapia familiar.

La terapia familiar de Bowen es cada vez más popular. Este abordaje tiene sus raíces en la teoría psicoanalítica, pero la técnica que ha evolucionado de las ideas de Bowen (1978) es considerablemente no dinámica. En esta forma de tratamiento, uno de los miembros de la familia se encuentra con el terapeuta de modo infrecuente (a menudo una vez al mes) para estudiar con mucho cuidado los patrones intergeneracionales en la familia del paciente. Se ayuda al paciente a comprender cómo los patrones actuales en las relaciones familiares son repeticiones de patrones de generaciones pasadas. Este abordaje es estrictamente cognitivo y el paciente no es estimulado a expresar sentimientos. Las cuestiones transferenciales no son vistas como importantes y no se interpretan. Por el contrario, una vez que los pacientes alcanzan una comprensión intelectual de los patrones de sus familias, son alentados a abordar cuestiones irresueltas directamente con los miembros apropiados de la familia.

Alrededor de la última década, la terapia familiar de las relaciones objetales ha ganado también popularidad y ahora representa el ejemplo más

destacado de la terapia familiar psicodinámica. Dado que la discusión en este capítulo está restringida a los abordajes dinámicos, examinaremos la terapia familiar de las relaciones objetales con más detalle mientras omitimos la consideración a las escuelas no dinámicas de terapia familiar.

Comprensión teórica

Henry Dicks, en el trabajo con parejas casadas en la Tavistock Clinic en las décadas de 1950 y 1960, comenzó a notar que parejas relativamente sanas, que aparentaban tener matrimonios satisfactorios, se encontraban a menudo desarrollando relaciones de objeto primitivas entre ellos. Observó que cada esposo tendía a percibir al otro como si él o ella fueran otros. De modo típico, el marido percibía a su esposa como si ella fuera una representación de objeto interno de su propia psiquis, con frecuencia su propia madre. De modo similar, la esposa se relacionaba con su marido como si él fuera una simple proyección de su mundo interno. Dicks concluyó que la mayor fuente de la discordia marital era el fracaso de cada uno de los compañeros en confirmar la verdadera naturaleza o identidad del otro. En cambio, los cónyuges tendían a obligar a comportarse de modos muy estereotipados y constrictivos. Las parejas tendían a deteriorarse en unidades polarizadas, como sado-masoquista, dominante-sometido, sano-enfermo, e independiente-dependiente. Dicks reconoció que cada una de estas mitades polarizadas formaban una personalidad total en la díada marital, pero que cada individuo solo era incompleto. Como su colega, Bion, estaba notando que los grupos ejercían una fuerza regresiva en los individuos, Dicks estaba descubriendo que el matrimonio tenía un efecto regresivo similar. Aun en personas con fortaleza yoica considerable, el matrimonio parecía regresarlos rápidamente a las relaciones padre-niño.

Lo que Dicks observó, por supuesto, era una forma de transferencia. Los cónyuges estaban reactuando una relación pasada. En el lenguaje de la teoría de las relaciones objetales, los esposos estaban utilizando la escisión y la identificación proyectiva para que un conflicto *interno* apareciera como un conflicto *externo,* o marital, con una representación de objeto interno, generalmente un padre, escindido y proyectado sobre el cónyuge. El que hacía la proyección se comportaba entonces de manera tal como para que el cónyuge se sintiera obligado a comportarse como el objeto interno proyectado. Por ejemplo, un esposo, que está acostumbrado a ser mimado por su madre puede inconscientemente recrear la situación con ésta en su matrimonio por actuar de una manera infantil y evocar una respuesta materna por su esposa. En forma alternativa, el compañero marital puede proyectar una representación del self sobre el cónyuge e inducir a su esposo a comportarse como esa representación del self mientras el proyector se compor-

ta como una representación de objeto complementaria. A esto se refería el caso del señor B en el capítulo 4. Él proyectó una representación del self sumisa y victimizada sobre la primera y la segunda esposa mientras se comportaba como su padre agresivo y dominante.

El conflicto marital puede ser visto como una recreación de conflictos con uno de los progenitores a través de la escisión y la identificación proyectiva. La selección de un compañero está obviamente muy influenciada por tales procesos. Dicks (1963) creyó que tales selecciones están "en gran parte basadas en señales o claves inconscientes que los cónyuges reconocen en una persona más o menos central y egosintónica, la "aptitud " para trabajar en conjunto o para repetir conflictos o partes escindidas todavía irresueltas en sus personalidades, mientras que al mismo tiempo, paradójicamente, saben con seguridad que con esa persona no serán elaborados" (p. 128) De este modo, las parejas son lanzadas juntas por deseos conflictivos de elaborar relaciones objetales irresueltas, por un lado, y de simplemente repetirlas, por el otro.

Varios autores han extendido esta comprensión de las relaciones de objeto del conflicto conyugal a la familia entera (Scharff y Scharff, 1987; Schapiro y col., 1975; Slipp, 1984, 1988; Stewart y col., 1975; Zinner y Shapiro, 1972, 1974). Ellos notaron que el paciente identificado en una familia es frecuentemente el portador o contenedor de partes inaceptables escindidas de otros miembros de la familia. En ese sentido, el equilibrio de la familia es mantenido por este acuerdo de escisión e identificación proyectiva. Un adolescente, por ejemplo, puede actuar por impulsos antisociales que representan aspectos de representaciones del self inaceptables de su padre que han sido desmentidas proyectivamente por éste y contenidas por el hijo. Un niño puede ser idealizado del mismo modo a través de la identificación proyectiva de aspectos positivos de representaciones del self o del objeto. La teoría de las relaciones objetales se presta bien para la terapia familiar debido a que sus constructos (p.ej., escisión e identificación proyectiva) proveen un puente de lo intrapsíquico a lo interpersonal y de lo individual a la familia (Slipp, 1984; Zinner, 1976).

Técnica

La técnica de la terapia de relaciones objetales para parejas y familias proviene de la comprensión teórica. El objetivo fundamental es ayudar a los miembros de la familia o de la pareja a reinternalizar los conflictos que han sido externalizados a través de la identificación proyectiva (Scharff y Scharff, 1991; Zinner, 1976). Se trata, entonces, de ayudar a cada individuo a volver a adueñarse de las partes proyectadas (Stewart y col., 1975). Para lograrlo, el terapeuta familiar de relaciones objetales por lo general progra-

mará una sesión familiar de 50 minutos cada semana o cada 15 días (Slipp, 1988).

El proceso terapéutico comienza con un diagnóstico cuidadoso acerca de cómo las representaciones del self y de objetos han sido distribuidas a lo largo de la familia a través de la escisión y de la identificación proyectiva. Cuando este patrón se vuelve manifiesto, el terapeuta intenta explicar cómo un sistema inconsciente se forma entre los miembros de la familia para perpetuar conductas patológicas de un determinado paciente. La estabilidad de la familia depende de la habilidad de uno o más miembros individuales para contener las diversas partes proyectadas de los otros miembros de la familia. Al igual que con otras formas de psicoterapia dinámica, estas interpretaciones explicativas se encuentran por lo general con la resistencia. Esta fuerza antiterapéutica puede aparecer como un intento de "incluir al terapeuta" en el sistema familiar. Es decir, que los miembros de la familia repiten inconscientemente los patrones patológicos de la familia en vez de verbalizarlos y explorarlos. En la terapia de pareja, por ejemplo, un esposo puede utilizar la identificación proyectiva con el terapeuta del mismo modo que lo hace con su esposa.

Debido a estas resistencias poderosas, los terapeutas familiares de las relaciones objetales deben estar especialmente sintonizados con sus reacciones contratransferenciales en el sentido amplio u objetivo. En otras palabras, es muy importante que los terapeutas se permitan ser continentes de las partes proyectadas de los miembros de la familia para poder diagnosticar e interpretar de modo adecuado lo que ocurre en ella (Slipp, 1988). Los terapeutas pueden, entonces, señalar los patrones patológicos conviventes en el aquí y ahora del proceso terapéutico y de conectarlos con lo que sucede fuera de ese proceso.

La forma más común de resistencia al comienzo de la terapia de pareja es que ambos cónyuges esperan que el terapeuta "componga" a su compañero (Jones y Gabbard, 1988). Debido a que la externalización del conflicto sobre el otro está tan bien establecida, ambos están más interesados en persuadir al terapeuta de que están "bien" que de que intentan reparar su matrimonio (Berkowitz, 1984). Los terapeutas deben evitar siempre tomar partido en esos conflictos. Por el contrario, deben ayudar a las parejas a aumentar la comprensión de lo que les ocurre y apreciar cómo contribuyen al conflicto.

La transición de ver el problema como un conflicto de pareja a percibirlo como un conflicto interno que se juega dentro de la pareja es una tarea difícil para cada uno de los cónyuges. La identificación proyectiva en la díada marital requiere un estado continuo de conflicto: la polarización inherente en el proceso de la escisión mantiene el equilibrio estable (Zinner, 1976). Cualquier esfuerzo para desestabilizar este arreglo es proclive de ser muy amenazante para ambos. La necesidad del cónyuge de ser el "objeto

malo" puede ser tan apremiante que todos los esfuerzos terapéuticos resulten inútiles (Dicks, 1963). A pesar de comprender sus interacciones patológicas, algunas parejas elegirán vivir en un estado de agitación más que enfrentar la ansiedad asociada al cambio.

En el análisis final, por supuesto, el cambio en la terapia de pareja no es la responsabilidad del terapeuta, sólo los cónyuges mismos pueden decidir si desean cambiar su matrimonio. Cuando los terapeutas advierten que se espera de ellos un resultado particular, es porque suelen estar involucrados en una interacción convivente en la cual se han identificado con partes proyectadas de los miembros de la familia. Más aún, cuanto más promueva el terapeuta el cambio, la pareja más se resistirá. Cuando la terapia se estanca debido a tal resistencia, algunas veces resulta útil para el terapeuta desplegar varias opciones a la pareja y transmitirles que son libres de elegir cómo proceder con sus vidas. El divorcio o la falta de cambio deben estar dentro de esas opciones y deben ser consideradas como resultados aceptables por el terapeuta. Sólo entonces la pareja comprenderá que de ellos depende la elección.

Terapia breve de pareja

Greenspan y Mannino (1974) han desarrollado un modelo de terapia breve de pareja basado en la identificación proyectiva. Este modelo está diseñado para parejas con fortaleza yoica considerable y sin signos de patología grave. El objetivo de esta forma de tratamiento es limitado: confrontar a cada uno de los cónyuges con aquellos aspectos de la personalidad del compañero que no están siendo percibidos a causa de la identificación proyectiva. Luego de escuchar la versión del conflicto de una esposa, el terapeuta puede preguntar al esposo a repetir la esencia de la preocupación de su esposa. Si él omite un aspecto particular de sus sentimientos, el terapeuta señalará la omisión.

El proceso terapéutico en este modelo de intervención breve ayuda a ambos cónyuges a escucharse mejor y a desarrollar una apreciación empática más completa de la experiencia interna de su compañero. A medida que los cónyuges comienzan a reconocer que están distorsionando sus percepciones de uno y otro, comienzan a darse cuenta de que no conocen bien a la persona con quien se casaron. Cuando este abordaje es exitoso, pone en marcha un proceso de "chequeo" de que siente cada uno más que la suposición de los sentimientos del otro.

Terapia de pareja intersubjetiva y de la psicología del self

En los años recientes, los conceptos de la psicología del self han sido también aplicados al conflicto de pareja. Kohut mismo, en una nota al pie de página de su último libro (1984), señaló que "un buen matrimonio es aquel en el cual uno o el otro se proponen brindar las funciones del objeto del self que el self temporariamente minusválido del otro necesita en un momento particular" (p. 220). Él también señaló que cuando las necesidades de objeto del self no son suplidas por uno de los esposos, el resultado puede ser el divorcio o la amargura interminable, una forma, por sobre todo, común de rabia narcisística crónica.

Los conflictos que se presentan a partir de las necesidades de respuestas de objeto del self del cónyuge pueden ser la base de una estrategia para la terapia de pareja (Ringstrom, 1994, 1998; Saddock, 1998). Para Ringstrom es importante la naturaleza bidimensional de la transferencia en la terapia con parejas (véase cap. 1). Al frustrarse en el intento de que sus necesidades de objeto del self sean encontradas por el otro, la pareja puede ser "encerrada en dimensiones transferenciales recíprocamente antagonistas y repetitivas mientras cada uno experimentan el deseo de un objeto del self en la transferencia hacia el terapeuta" (Ringstrom, 1994, p. 161). Aunque este desarrollo puede ser bastante problemático, la sintonía del terapeuta con esto puede restaurar la esperanza en la pareja. Ringstrom ha delineado un modelo de seis pasos basado en la teoría de la intersubjetividad y de la psicología del self. En los dos primeros pasos, el terapeuta provee sintonía a la subjetividad de cada uno de los cónyuges y destaca que ninguno de ellos tiene una visión más verdadera o más correcta de la realidad que el otro. En los pasos 3 y 4, el terapeuta rastrea la historia del desarrollo de anhelos de objetos del self frustrados y demuestra como cada uno de los cónyuges está reactuando sus conflictos pasados en un esfuerzo por mantener la cohesión del self. El paso 5 comprende la mejoría de la capacidad introspectiva de manera tal que cada uno de los cónyuges puede adueñarse de parte de la dificultad relacional. El paso final se centra en la capacidad de cada uno de los cónyuges de apoyar el crecimiento personal y la introspección del otro mientras sintoniza con su perspectiva.

Ringstrom (1998) también enfatiza una variante particular de dificultad contratransferencial en la cual ambos miembros de la pareja están compitiendo para extraer funciones de objeto del self del terapeuta. Las necesidades propias del terapeuta de respuestas de objeto del self pueden llevarlo a aliarse con uno de los miembros de la pareja en oposición al otro. El terapeuta debe tratar de restablecer una variante especial de postura neutral: escuchar, comprender y aceptar la percepción subjetiva de cada uno de los cónyuges sobre el otro como válida intrínsecamente.

Indicaciones y contraindicaciones

El modelo de "consumidor" es un abordaje de sentido común que pueden utilizar los terapeutas al decidir si un paciente necesita terapia individual o familiar/de pareja. ¿Qué es lo que el paciente pide? ¿Viene un "paciente" al consultorio o vienen dos? ¿La discusión se centra en "mi problema" o en "nuestro problema"? ¿El problema es visto como teniendo un origen interno o externo? Si los padres vienen con un hijo adolescente, el problema de determinar el tipo de terapia puede ser más complejo. Con frecuencia, el adolescente no está convencido de la necesidad de tratamiento y puede permanecer en silencio durante gran parte de la primera entrevista. Mientras tanto, los padres pueden continuar hablando de los problemas del hijo. El terapeuta examinador necesita tomar una determinación rápida con respecto a la próxima entrevista. ¿Ver a un sólo "paciente" puede ser una connivencia con los procesos de escisión y de identificación proyectiva en la familia (Stewart y col., 1975)? En caso de duda, por supuesto, el terapeuta puede simplemente continuar con un proceso de evaluación exploratoria hasta que la dinámica de la familia esté más clara. Cuando un miembro de la pareja o algunos miembros de la familia se rehúsan a asistir a un proceso terapéutico, el terapeuta puede estar forzado a trabajar con un solo miembro de la familia o no llevar adelante ningún tratamiento.

Para Slipp (1988) es fundamental para determinar la terapia de elección, diferenciar al paciente de la familia. La psicoterapia individual es probablemente el tratamiento de elección con adolescentes tardíos o adultos jóvenes que han decidido separarse, tanto psicológica como geográficamente, de sus familias y vivir sus propias vidas con operaciones defensivas razonablemente maduras. Pero la terapia familiar o la combinación de terapia familiar e individual pueden resultar más útiles en individuos del mismo grupo etario que todavía viven en la casa, o que aunque viven separados todavía están emocionalmente involucrados con sus familias de un modo intenso y conflictivo.

Un problema frecuente que surge en la psicoterapia individual es el pedido del paciente de traer a su cónyuge a una entrevista para trabajar las cuestiones de la pareja. Si el proceso individual está bien establecido, es difícil que se pueda convertir en un proceso de terapia de pareja. El cónyuge que es traído generalmente siente que la lealtad primaria del terapeuta es para el otro cónyuge y es raro que pueda formar una alianza con el terapeuta. Una mejor solución es derivar a ambos a un terapeuta de pareja mientras se continúa con el proceso individual original.

Farmacoterapia dinámica

Varias décadas atrás la frase "farmacoterapia dinámica" habría sido considerada una contradicción por los términos. El legado del dualismo mente-/cuerpo polarizó los abordajes dinámicos y farmacológicos de los trastornos psiquiátricos por muchos años. Afortunadamente, las tendencias integradoras recientes han traído a la psiquiatría contemporánea a un punto en donde el uso combinado de medicación y psicoterapia es ahora casi de práctica universal para las condiciones tanto psicóticas como no psicóticas (Gabbard, 1999; Thompson y Brodie, 1981).

En las situaciones donde la psicoterapia formal no es parte del tratamiento, el pensamiento psicodinámico puede ser extraordinariamente útil en mejorar el cumplimiento con los regímenes psicotrópicos. Cerca de un tercio de los pacientes cumplen adecuadamente en la actualidad con la medicación como es prescrita, un tercio cumple más o menos, y un tercio son no cumplidores, sugiriendo que la tasa de cumplimiento ronda alrededor del 50% (Wright, 1993). El cumplimiento de los pacientes ambulatorios con la medicación antidepresiva es sólo cerca del 40% luego de 12 semanas (Myers y Branthwaite, 1992). Dentro los pacientes con esquizofrenia, el 74% de los pacientes ambulatorios se vuelven no cumplidores con los regímenes neurolépticos dentro de los dos años de externación del hospital (Weiden y col., 1995). Aunque un giro a la medicación de depósito mejora en forma temporaria el cumplimiento, no hay diferencia en las tasas de cumplimiento entre los pacientes que reciben medicación de depósito y aquellos que toman medicación oral a los seis meses de externación.

Como ya se discutió en el capítulo 8, los pacientes bipolares son también notoriamente no cumplidores con los regímenes de medicación. Una complicación ulterior al tratar el no cumplimiento es que los pacientes tienden a subreportar seriamente la extensión en la cual no están cooperando con los tratamientos prescritos. Varios estudios han utilizado un método basado en un microprocesador de monitoreo continuo del cumplimiento. En este método, un circuito microelectrónico graba el día y la hora de cada apertura y cierre del contenedor de la medicación. Un estudio que utilizó esta tecnología demostró que en los lugares en donde el autorreporte evaluaba un 7% del no cumplimiento a través de la entrevista, era de un 53% cuando era evaluado por el método basado en el micrprocesador de monitoreo continuo (Dunbar-Jacob, 1993).

El fenómeno del no cumplimiento puede ser generalmente entendido con la ayuda de los conceptos psicodinámicos como transferencia, contratransferencia, resistencia y alianza terapéutica.

Transferencia

El psiquiatra que prescribe medicación no es una figura menos transferencial que el psicoterapeuta. Para los pacientes, la decisión de cumplir con las recomendaciones del médico o no activa cuestiones inconscientes de expectativas parentales. Cuando los pacientes rehúsan tomar la medicación como ha sido prescrita, los psiquiatras por lo general reaccionan volviéndose más autoritarios, insistiendo en que sus órdenes deben ser seguidas sin cuestionamientos. Este abordaje suele tener un efecto contraproducente porque simplemente exacerba la disposición transferencial de ver al médico como una figura parental demandante. Un abordaje mucho más productivo es alistar la colaboración de los pacientes en explorar sus preocupaciones. Una serie de preguntas como las siguientes podrían ser de ayuda: "¿Tiene alguna preocupación acerca de tomar medicación aparte de los efectos adversos?" "¿Recuerda problemas con la toma de la medicación en el pasado?" "¿Ha escuchado algo en la televisión o ha leído algo en el periódico acerca de esta medicación?" "¿Tiene su familia algún sentimiento especial acerca de tomar medicación?" "¿Qué piensa que ha causado su enfermedad?" "¿Tiene esta medicación algún sentido particular para usted?" "¿Qué sentimientos tiene usted hacia el médico que prescribe la medicación?".

Un paciente experimentó la prescripción de un antidepresivo como una falla empática por parte del psiquiatra. Al averiguar por qué no cumplía, surgió este comentario: "Yo buscaba a alguien que validara mis sentimientos. En cambio, usted trató de medicarlos para que se fueran". Cuando el psiquiatra lo estimuló a seguir la elaboración, el paciente fue capaz de conectar su sentimiento con experiencias previas con su padre, a quien lo experimentó como desatento y desinteresado acerca de sus preocupaciones.

Otros pacientes, especialmente aquellos con tendencias caracterológicas a ser controladores o dominantes, verán la medicación como una amenaza a su postura contradependiente. Tomar una pastilla significa someterse a la dominación de una figura parental poderosa. Con estos pacientes hay que controlar si deben tomar la medicación (Thompson y Brodie, 1981). Con pacientes demasiado sumisos, con frecuencia la situación es opuesta. Las pastillas ayudan a estos pacientes a sentirse "alimentados" y cuidados a tal punto que ellos pueden decidir que no necesitan más tomar responsabilidades para ningún aspecto de su enfermedad.

Los forcejeos transferenciales pueden ser particularmente intensos con los quejosos "*rechazadores de ayuda* de fines manipulativos" (Groves, 1978). Estos pacientes sistemáticamente rechazan toda intervención de tratamiento, farmacológica o cualquier otra. Con frecuencia han pasado una lista larga de agentes psicotrópicos sin haber sentido algún beneficio. Explorar las dinámicas de la transferencia puede llevar a descubrir una gran cantidad de resentimiento y amargura hacia figuras parentales que el pa-

ciente cree que no han dado suficiente crianza. El rechazo a la ayuda que se le ofrece puede indicar que está buscando inconscientemente una venganza contra sus padres (Gabbard, 1988). Cuando percibe que está denigrando a su médico, siente por lo general un triunfo secreto.

Un aspecto único de la transferencia en la farmacoterapia dinámica es la transferencia a la medicación en sí misma (Gutheil, 1982). Las respuestas placebo a las medicaciones con frecuencia tienen esta misma cualidad transferencial. Un paciente maníaco, por ejemplo, se volvió marcadamente atenuado luego de una dosis de 300 mg de carbonato de litio, una respuesta que no puede ser explicada farmacológicamente. Los efectos adversos del placebo son también comunes. Otra manifestación de la transferencia a las medicaciones es la respuesta al cambio de los rituales de droga de los pacientes crónicos (Appelbaum y Gutheil, 1980). Estos pacientes pueden descompensarse y psicotizarse con la más ligera alteración de su régimen de medicación habitual.

La relación transferencial con una medicación puede ser muy obvia en situaciones en donde la pastilla toma el lugar del médico ausente. Las pastillas pueden funcionar como objetos transicionales para algunos pacientes, permitiéndoles mantener algún sentido de conexión con sus psiquiatras aun cuando los ven con bastante infrecuencia (Book, 1987). Tocar o mirar la pastilla puede tener un efecto calmante en el paciente. En los programas de entrenamiento, donde los residentes rotan por los servicios cada año, para algunos pacientes la pérdida de su médico los hace apegarse intensamente a la medicación prescrita por él (Gutheil, 1977).

Las transferencias de este tipo son poderosas y pueden llevar a otra forma de no cumplimiento, el rechazo a discontinuar la medicación debido al sentido inconsciente que ésta tiene para el paciente. Cuando se prescriben agentes psicotrópicos a los pacientes paranoides deben tenerse en cuenta siempre las cuestiones transferenciales. En los casos más sutiles, el paciente puede suspender una medicación por la razón ostensible de los efectos adversos displacenteros, pero la realidad es que el paciente teme que lo envenenen. La insistencia en el cumplimiento incrementará enormemente la paranoia, mientras que la exploración empática de la naturaleza de los temores pueden ayudar al paciente a darse cuenta de que son infundados y a ver al terapeuta como menos amenazante (Book, 1987).

Contratransferencia

La prescripción de medicación corre el mismo riesgo que cualquier otra intervención de tratamiento a ser contaminada por la contratransferencia. Una manifestación común de la contratransferencia es la sobreprescripción. No es infrecuente para un paciente llegar a un hospital o a una sala de emer-

gencias con una bolsa llena de agentes psicoactivos. Uno de estos pacientes estaba tomando tres antipsicóticos, dos antidepresivos, carbonato de litio y dos benzodiazepinas. Luego de pocos días en el hospital, fue evidente que este paciente provocaba sentimientos intensos de impotencia y enojo en los terapeutas. Los montos excesivos de medicación reflejaban la desesperación contratransferencial de los psiquiatras asistentes.

La herida narcisista también puede ser un factor en la contratransferencia. Algunos psicoterapeutas evitan prescribir una medicación muy necesitada porque creen que hacerlo sería el equivalente de admitir que sus habilidades psicoterapéuticas han sido inefectivas. Otros pueden inducir sentimientos de culpa en los no cumplidores de manera tal que ellos se sentirán obligados a cumplir con el régimen de medicación por un deseo de no herir a su médico.

Algunos psiquiatras se vuelven ansiosos acerca de sentimientos intensos de cualquier tipo en la transferencia. La medicación puede ser vista como una forma de tratar con esta ansiedad contratransferencial. La discusión acerca de los efectos adversos puede ser también influida por esta ansiedad. Por ejemplo, un psiquiatra puede evitar hablar sobre los efectos adversos sexuales de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) por su propia incomodidad con el debate sexual abierto. Como resultado, los pacientes que experimentan estos efectos pueden simplemente suspender la medicación sin informar al terapeuta.

La ira contratransferencial, que es una respuesta común al no cumplimiento de los pacientes, puede tomar muchas formas. Algunos psiquiatras pueden estar de acuerdo con el no cumplimiento para demostrar qué enfermos se pondrán sus pacientes si no siguen "las órdenes del médico" (Book, 1987). Otros pueden intimar a los pacientes a tomar sus medicaciones o amenazarlos con suspender el tratamiento si no cumplen. Aquellos psiquiatras que tienen dificultad en controlar su ira pueden rehusar a establecer límites en los pacientes que demandan más medicación. En estos casos el psiquiatra espera que al gratificar las demandas del paciente la agresión y la hostilidad quedarán fuera de la relación terapéutica. Lamentablemente, la demanda del paciente y la ira con frecuencia aumentan.

Resistencia

La resistencia al tratamiento es una fuerza tan poderosa en la farmacoterapia como lo es en la psicoterapia. La enfermedad puede ser preferible a la salud por numerosas razones. Es bien conocido, por ejemplo, que los pacientes con trastorno afectivo bipolar pueden disfrutar tanto sus episodios maníacos que dejarán de tomar el litio. En un estudio de pacientes esquizofrénicos (Van Putten y col., 1976), se descubrió una causa similar de resis-

tencia. En esta investigación, los efectos secundarios y el beneficio secundario tenían poco que ver con el no cumplimiento. Una psicosis de grandiosidad egosintónica fue el factor discriminante más poderoso que distinguió a los pacientes esquizofrénicos que no cumplían de aquellos que sí lo hacían. Claramente, los no cumplidores preferían su experiencia de grandiosidad psicótica.

La negación de la enfermedad es también una importante causa de resistencia a la farmacoterapia. Para algunos pacientes, cualquier agente psicotrópico conlleva el estigma de la enfermedad mental. Cuando un episodio agudo entra en remisión, un paciente puede dejar la medicación antipsicótica responsable de la remisión porque la terapia de mantenimiento connota una enfermedad mental crónica. Los pacientes no psicóticos que están bastante deseosos de someterse a un tratamiento psicoterapéutico se niegan rotundamente a la sugerencia de la medicación porque están convencidos de que eso significa que ellos están mucho más perturbados que lo que creen. Asimismo, los pacientes que han tenido a un pariente en tratamiento psicofarmacológico pueden identificarse inconscientemente con ese pariente cuando se les ofrece la misma medicación (Book, 1987). Esta identificación puede servir como resistencia a aceptar el tratamiento, sobre todo si el pariente ha tenido un resultado especialmente desfavorable, como el suicidio.

Por último, otra forma de resistencia no relacionada con el cumplimiento con la medicación prescrita representa la otra cara de la moneda del deseo de negar la enfermedad. No es para nada infrecuente que algunos pacientes, que aún aceptan tomar la medicación, se resistan a los efectos terapéuticos de los agentes farmacológicos. Estos pacientes están tan poderosamente investidos de la enfermedad que se aferran tenazmente a sus síntomas aún cuando éstos son desafiados por agentes psicotrópicos potentes. Para estos pacientes, un abordaje psicoterapéutico es el tratamiento de elección.

Alianza terapéutica

La discusión precedente acerca del no cumplimiento debe dejar claro que la alianza terapéutica desempeña un papel crucial en la farmacoterapia dinámica. Numerosos autores han enfatizado que el cuidado de la alianza terapéutica es parte del proceso de prescripción (Docherty y Fiester, 1985; Elkin y col.,1988; Gutheil, 1982; Howard y col., 1970). Aunque gran parte de la investigación contemporánea psicofarmacológica no cuantifica la relación médico-paciente, muchos investigadores han notado su influencia en el cumplimiento. Un estudio (Howard y col., 1970) descubrió que aspectos sutiles del comportamiento del terapeuta, incluyendo el entusiasmo vocal, el lenguaje corporal, y el uso del nombre del paciente, diferenciaba a los psi-

quiatras con bajas tasas de deserción de aquellos con altas tasas de fricciones en el tratamiento. Este estudio también mostró que la atención a la alianza terapéutica en la primera sesión prevenía el no cumplimiento con el tratamiento farmacológico.

La investigación en pacientes deprimidos ha indicado que la alianza terapéutica puede ser un factor clave independientemente del tipo de tratamiento. Aun cuando un paciente esté siendo tratado primariamente con medicación antidepresiva, el constructo psicodinámico de la alianza terapéutica es tan importante como cuando un paciente está recibiendo sólo psicoterapia. Un equipo de investigadores (Krupnick y col., 1996) examinó una muestra de 225 pacientes deprimidos en el Programa de Investigación Colaborativo de Tratamiento para la Depresión del National Institute of Mental Health (NIMH). Los evaluadores clínicos punteaban las copias grabadas en video de sesiones de tratamiento en los siguientes cuatro grupos: 16 semanas de terapia cognitiva, 16 semanas de terapia interpersonal, 16 semanas de imipramina más manejo clínico, y 16 semanas de placebo más manejo clínico. Cuando se evaluaron los resultados para estos pacientes, se determinó que la alianza terapéutica era la responsable de un efecto significativo en la respuesta clínica para los cuatro grupos. De hecho, la contribución de los pacientes a la alianza terapéutica fue responsable del 21% de la variancia en los resultados en las medidas estandarizadas de resultados ¡con la mayor parte de la variancia en resultados atribuida a la alianza total que al método de tratamiento en sí mismo! Dentro de cada grupo, ninguno mostró diferencias significativas de grupo en términos de la relación entre la alianza terapéutica y los resultados clínicos. Éste fue el primer estudio empírico que mostró que la alianza terapéutica tenía el mismo efecto sobre los resultados independientemente de si el tratamiento era psicoterapia o farmacoterapia.

Los estudios de deserción en ambos encuadres, el psicoterapéutico y el psicofarmacológico, han destacado que las expectativas del paciente pueden influir en los roces (Freedman y col., 1958; Overall y Aronson, 1963). Los diferentes pacientes pueden consultar a un psiquiatra con diferentes expectativas sobre el tipo de tratamientos disponibles. En algún punto de la primera entrevista, los psiquiatras deben explorar las expectativas de sus pacientes para que el tratamiento prescrito sea el adecuado. Si el tratamiento de elección está en contra de las nociones preconcebidas del paciente, puede ser necesario un esfuerzo educativo para convencerlo de su utilidad.

En el capítulo 4 se trató el concepto de colaboración en la discusión de la alianza terapéutica en psicoterapia. Un concepto análogo de "prescripción participativa" (Gutheil, 1982) es relevante para la farmacoterapia. La tendencia inconsciente de algunos psiquiatras de cambiar a un modo más autoritario cuando prescriben medicación es pasible de ser contraproducente en la forma de no cumplimiento. Aun en la práctica de la medicina inter-

na, los internistas sensibles están alertas de que provocarán un mejor cumplimiento si explican a sus pacientes las razones para tormar los antibióticos, estimulándose así a cooperar en el proceso de tratamiento. La variable de la educación del paciente influye positivamente en el desarrollo de la alianza terapéutica en la farmacoterapia. Todos los pacientes deben ser cuidadosamente informados acerca de los efectos terapéuticos y adversos de cualquier agente farmacológico que reciban. Con pacientes severamente psicóticos, sin embargo, a veces es mejor esperar hasta que el episodio agudo esté bajo control farmacológico para informarles.

Cuando la medicación se agrega a un proceso psicoterapéutico en curso, como en el ejemplo siguiente, con frecuencia se encuentran tipos especiales de problemas de no cumplimiento.

> La señora D, una mujer profesional casada, de 39 años, vino al tratamiento psiquiátrico debido a sentimientos de depresión, poca energía, falta de satisfacción en su trabajo, dificultad en el sueño y disminución de su deseo sexual. Parecía extremadamente agradecida de la oportunidad de tener alguien que la escuchara. Luego de algunas semanas y varias sesiones de psicoterapia, la señora D comenzó a sentir bastante confianza en su terapeuta. Abría su corazón de una manera conmovedora y movilizante durante las sesiones. Mientras lloraba contó acerca de las grandes dificultades que había tenido a lo largo de su vida y los problemas en su hogar y en el trabajo.
>
> Luego de aproximadamente 6 semanas de estas sesiones, el terapeuta dijo que sus síntomas eran graves y que iba a prescribirle un antidepresivo. Escribió la receta, le explicó los posibles efectos adversos y la despachó con instrucciones de comenzar a tomar la medicación inmediatamente.
>
> La semana siguiente la señora D vino a su cita y comenzó a hablar otra vez acerca de sus problemas pero no hizo mención de la medicación. Cuando su terapeuta le preguntó acerca de cómo le estaba yendo con el agente que le había prescrito, ella dijo que no había tenido tiempo para ir a la farmacia a comprarlo pero que lo haría en los próximos días. El terapeuta insistió en la importancia de comenzar con la medicación lo antes posible. La señora D minimizó el hecho de que lo hubiera comprado y le aseguró que lo haría antes de su próxima cita.
>
> Pasó una semana y la señora D volvió para su sesión de terapia. Una vez más refirió que no había podido ir a la farmacia. Como el terapeuta sabía que esta falla en el cumplimiento estaba reflejando alguna dinámica que no habría que descubrir exploró con ella las razones por las cuales no quería tomar la medicación. Con cierta resistencia la señora D admitió que temía tomar medicación porque suponía que el terapeuta no quería escuchar sus quejas. Para ella la prescripción equivalía a decirle que se "callara". El terapeuta le preguntó si había tenido alguna experiencia similar en su vida. Ella admitió que su padre no solía hablar mucho y la había castigado durante la niñez y adolescencia por quejarse to-

do el tiempo. La señora D también notó que su marido era bastante parecido y que la había forzado a ver a un psiquiatra para no tener que escuchar sus quejas. Ella temía que el terapeuta suspendería la psicoterapia si respondía bien a la medicación.

El terapeuta le dijo que la medicación y la psicoterapia no eran mutuamente excluyentes y que él continuaría trabajando psicoterapéuticamente mientras ella estaba tomando la medicación. La señora D pareció aliviada con esta aclaración y cumplió con el tratamiento con regularidad luego de esa sesión.

Tratamiento combinado

A pesar de la historia de polarización entre psicoterapeutas y farmacoterapeutas, la combinación de psicoterapia y medicación es una práctica clínica honrada a lo largo del tiempo en psiquiatría. En tres casos analíticos diferentes, que incluían depresiones graves, Anna Freud instó a una colega a prescribir medicación con resultados altamente beneficiosos (Lipton, 1983). Ella estaba convencida de que la adición de agentes farmacológicos era crucial para permitir la continuación del análisis. Luborsky y col. (1975) examinaron 26 estudios de investigación evaluando el tratamiento combinado y encontraron que en el 69% de las comparaciones, el abordaje combinado era más efectivo que cualquier psicoterapia o farmacoterapia sola. Pocos clínicos orientados analíticamente todavía albergan preocupaciones acerca de que la medicación interferirá con el proceso psicoterapéutico. En una encuesta a terapeutas del American Academy of Psychoanalysis, 90% de los respondedores reportaron que prescribían medicaciones (Normand y Bluestone, 1986). Un estudio de la Universidad de Columbia (Roose y Stern, 1995) reportó que la farmacoterapia era utilizada junto con el psicoanálisis en el 29% de los casos de entrenamiento supervisados en el instituto psicoanalítico, sugiriendo que la medicación ya no es vista como un factor contaminante que puede interferir con la acreditación de analistas graduados recientemente.

Hoy, la cuestión no es más *si* la combinación de psicoterapia y medicación es beneficiosa; más bien es *cómo* la combinación es beneficiosa (Gabbard y Barlett, 1998). Hay variaciones ilimitadas de cómo las dos pueden, de igual modo, interactuar en cualquier tratamiento particular. Además, hay muchas variaciones en cuanto a cómo los pacientes responden cuando se agrega medicación a la psicoterapia. Algunos pacientes sentirán que su tratamiento se convierte en medicación y que el terapeuta los abandona (Roose y Stern, 1995). Otros pueden sentir que la medicación los ayuda a obtener más de la terapia. Con frecuencia, las percepciones del paciente y el terapeuta de las contribuciones relativas de la medicación y la terapia son directamente opuestas. En un caso de un paciente en cuyo análisis se adjun-

tó un ISRS (Solomon, 1995), el paciente estaba convencido de que su analista vio los efectos positivos de la medicación como primariamente psicológicos. Por el contrario, el paciente pensó que el 90% del efecto de la medicación era farmacológico.

Hallazgos recientes de que los ISRS podrían tener efectos poderosos en los llamados rasgos caracterológicos (Coccaro y Kavoussi, 1997; Markovitz, 1995; Salzman y col., 1995) hacen la distinción entre los trastornos del Eje I y el Eje II menos clara y la enterface entre medicación y psicoterapia más compleja. Muchos pacientes experimentan cuestiones fundamentales de identidad cuando la medicación altera su sentido de quiénes son. Ellos pueden encontrarse perplejos por la línea fina que existe entre el impacto de los neurotransmisores disfuncionales y la indecisión psicológica y la incapacidad de actuar (Gabbard y Barlett, 1998). Si los rasgos que hemos considerado tradicionalmente como caracterológicos son influidos por la medicación, ¿cómo afecta eso el sentido-del paciente de la responsabilidad por los sentimientos, pensamientos y conductas? Svrakic y col. (1993) sugieren que la personalidad puede ser dividida en dos componentes esenciales: temperamento, un término biológico basado genéticamente, y carácter, una dimensión psicológica basada en el ambiente. Ellos sugieren que las medicaciones pueden afectar el temperamento, mientras que la psicoterapia aborda el carácter.

Los clínicos pueden encontrarse perdidos para determinar si la psicoterapia o la farmacoterapia es el mejor abordaje para tratar los síntomas particulares de un paciente. Lo que *se* requeriere de los clínicos que combinan estos abordajes, sin embargo, es una conciencia de "la relación bimodal" inherente en el rol dual (Docherty y col., 1977). El paciente debe ser visto simultáneamente como una persona alterada y como un sistema nervioso central enfermo. La visión previa requiere un abordaje empático, subjetivo, mientras que la última demanda un modelo de abordaje objetivo, médico. El médico debe ser capaz de girar entre estos dos modos airosamente mientras se mantiene sintonizado con el impacto del giro en el paciente.

Numerosos reportes de casos en la literatura proveen ejemplos del valor del tratamiento combinado. Wylie y Wylie (1987) comunicaron el caso de una paciente que no podía trabajar dentro de la transferencia en el análisis hasta que le prescribieron inhibidores de la monoaminooxidasa contra su depresión. La medicación redujo su vulnerabilidad afectiva de modo suficiente para capacitarla a que se arriesgue a ocuparse de los sentimientos transferenciales. Loeb y Loeb (1987) trataron a siete pacientes maníacos que estaban tomando carbonato de litio durante el tratamiento psicoanalítico o la psicoterapia psicoanalítica. A través del análisis o la terapia, estos pacientes se volvieron conscientes de un marcado incremento en sus impulsos sexuales inconscientes y las defensas contra éstos. Ellos fueron entonces capaces de aprender que estos impulsos anunciaban con antelación el co-

mienzo de un episodio maníaco. Al hacer estos impulsos conscientes, podían prevenir futuros episodios maníacos a través del incremento en la dosis de litio.

La compatibilidad fundamental de biología y psicodinamia fue señalada en el capítulo 1. Una instancia de esta unión es la práctica creciente de la combinación de farmacoterapia y psicoterapia. Dado que los puentes conceptuales aún se están construyendo entre estos dos abordajes, gran parte de la práctica sigue siendo empírica hasta el momento. Como en toda la psiquiatría, el principio guía debe ser el de ayudar al paciente más que permanecer fiel a las bases teóricas que uno posee.

Bibliografía

Appelbaum PS, Gutheil TG: Drug refusal: a study of psychiatric inpatients. Am J Psychiatry 137:340-346, 1980

Bateson G, Jackson DD, Haley J, et al: Toward a theory of schizophrenia. Behavioral Science 1:251-264, 1956

Berkowitz DA: An overview of the psychodynamics of couples: bridging concepts, in Marriage and Divorce: A Contemporary Perspective. Edited by Nadelson CC, Polonsky DC. New York, Guilford, 1984, pp 117-126

Bion WR: Experiences in Groups and Other Papers. New York, Basic Books, 1961

Book HE: Some psychodynamics of non-compliance. Can J Psychiatry 32: 115-117, 1987

Bowen M: Family Therapy in Clinical Practice. New York, Jason Aronson, 1978

Coccaro EF, Kavoussi RJ: Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personality-disordered subjects. Arch Gen Psychiatry 54:1081-1088, 1997

Dicks HV: Object relations theory and marital studies. Br J Med Psychol 36:125-129, 1963

Docherty JP, Fiester SJ: The therapeutic alliance and compliance with psychopharmacology, in Psychiatry Update: American Psychiatric Association Annual Review, Vol 4. Edited by Hales RE, Frances AJ. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1985, pp 607-632

Docherty JP, Marder SR, Van Kammen DP, et al: Psychotherapy and pharmacotherapy: conceptual issues. Am J Psychiatry 134:529-533, 1977

Dunbar-Jacob J: Contributions to patient adherence: is it time to share the blame? Health Psychol 12:91-92, 1993

Elkin 1, Pilkonis PA, Docherty JP, et al: Conceptual and methodological issues in comparative studies of psychotherapy and pharmacotherapy, I: active ingredients and mechanisms of change. Am J Psychiatry 145:909-917, 1988

Ezriel H: A psycho-analytic approach to group treatment. Br J Med Psychol 23:59-74,1950

Freedman N, Engelhardt DM, Hankoff LD, et al: Drop-out from outpatient psychiatric treatment. Archives of Neurology and Psychiatry 80:657-666, 1958

Gabbard GO: A contemporary perspective on psychoanalytically informed hospital treatment. Hospital and Community Psychiatry 39:1291-1295, 1988

Gabbard GO: Combined pharmacotherapy and psychotherapy, in Comprehensive Textbook of Psychiatry VII, Vol 2. Edited by Kaplan HI, Sadock BJ. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1999, pp 2225-2234

Gabbard GO, Bartlett AB: Selective serotonin reuptake inhibitors in the context of an ongoing analysis. Psychoanalytic Inquiry 18:657-672, 1998

Ganzarain RC: Psychotic-like anxieties and primitive defenses in group analytic psychotherapy. Issues in Ego Psychology 3:42-48, 1980

Ganzarain RC: Working through in analytic group psychotherapy. Int J Group Psycothe 33:281-296, 1983

Gibbard GR, Hartman JJ: The significance of utopian fantasies in small groups. Int J Group Psychother 23:125-147, 1973

Greenspan SI, Mannino FV: A model for brief intervention with couples based on projective identification. Am J Psychiatry 131:1103-1106, 1974

Groves J: Taking care of the hateful patient. N Engl J Med 298:883-887, 1978

Gutheil TG: Psychodynamics in drug prescribing. Drug Therapy 2:35-40, 1977

Gutheil TG: The psychology of psychopharmacology. Bull Menninger Clin 46:321-330, 1982

Horwitz L: A group-centered approach to group psychoatherapy. Int J Group Psychother 27:423-439, 1977

Horwitz L: Projective identification in dyads and groups. Int J Group Psychother 33:259-279, 1983

Howard K, Rickels K, Mock JE, et al: Therapeutic style and attrition rate from psychiatric drug treatment. J Nerv Ment Dis 150:102-110, 1970

Jones SA, Gabbard GO: Marital therapy of physician couples, in Medical Marriages. Edited by Gabbard GO, Menninger RW. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1988, pp 137-151

Kohut H: How Does Analysis Cure? Edited by Goldberg A. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984

Krupnick JL, Sotsky SM, Simmens S, et al: The role of therapeutic alliance in psychotherapy and pharmacotherapy outcome: findings in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. J Consult Clin Psychol 64:532-539, 1996

Lalnbert MJ, Bergin AE: The effectiveness of psychotherapy, in Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, 4th Edition. Edited by Bergin AE, Garfield SL. New York, Wiley, 1994, pp 143-189

Lipton MA: A letter from Anna Freud. Am J Psychiatry 140:1583-1584, 1983

Loeb FF, Loeb LR: Psychoanalytic observations on the effect of lithium on manic attacks. J Am Psychoanal Assoc 35:877-902, 1987

Luborsky L, Singer B, Luborsky L: Comparative studies of psychotherapies: is it true that Arch Gen Psychiatry 32:995-1008, 1975

MacKenzie KR: The time-limited psychotherapies: an overview, in American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol 15. Edited by Dickstein LJ, Riba MB, Oldham JM. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996, pp 11-21

MacKenzie KR: Time-Managed Group Psychotherapy: Effective Clinical Applications. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997

Markovitz P: Pharmacotherapy of impulsivity, aggression, and related disorders, in

Impulsivity and Aggression. Edited by Hollander E, Stein DJ, Zohar J, New York, Wiley, 1995, pp 263-287

Minuchin S: Families and Family Therapy. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1974

Myers ED, Branthwaite A: Out-patient compliance with antidepressant medication. Br J Psychiatry 160:83-86, 1992

Normand WC, Bluestone H: The use of pharmacotherapy in psychoanalytic treatment. Contemporary Psychoanalysis 22:218-234, 1986

Ogden TH: Projective Identification and Psychotherapeutic Technique. New York, Jason Aronson, 1982

Overall B, Aronson H: Expectations of psychotherapy in patients of lower socioeconomic class. Am J Orthopsychiatry 33:421-430, 1963

Piper WE, McCallum M, Azim HFA: Adaptation to Loss Through Short-Term Group Psychotherapy. New York, Guilford, 1992

Porter K: Combined individual and group psychotherapy, in Comprehensive Group Psychotherapy, 3rd Edition. Edited by Kaplan H, Sadock B. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1993, pp 314-324

Redl F: Psychoanalysis and group therapy: a development psychiatry 33:135-147, 1963

Ringstrom PA: An intersubjective approach to conjoint therapy, in Progress in Self Psychology, Vol 10. Edited by Goldberg A. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1994; pp 159-182

Ringstrom PA: Competing selfobject functions: the bane of the conjoint therapist. Bull Menninger Clin 62:314-325, 1998

Rioch MJ: The work of Wilfred Bion on groups. Psychiatry 33:56-66, 1970

Roose SP, Stern RH: Medication use in training cases: a survey. J Am Psychoanal Assoc 43:163-170, 1995

Sadock BJ: Preparation, selection of patients, and organization of the group, in Comprehensive Group Psychotherapy, 2nd Edition. Edited by Kaplan Hl, Sadock BJ. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1983, pp 23-32

Salzman C, Wolfson AN, Schatzberg A, et al: Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. J Clin Psychopharmacol 15:23-29, 1995

Scharff DE, Scharff JS: Object Relations Family Therapy. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1987

Scharff DE, Scharff JS: Object Relations Couple Therapy. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1991

Scheidlinger S: On the concept of the "mother-group." Int J Group Psychother 24:417-428, 1974

Selvini Palazzoli M, Boscolo L, Cecchin G, et al: Paradox and Counterparadox: A New Model in the Therapy of the Family in Schizophrenic Transaction. New York, Jason Aronson, 1978

Shaddock D: From Impasse to Intimacy: How Understanding Unconscious Needs Can Transform Relationships. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1998

Shapiro ER, Zinner J, Shapiro RL, et al: The influence of family experience on borderline personality development. International Review of Psychoanalysis 2:399-411, 1975

Slipp S: Object Relations: A Dynamic Bridge Between Individual and Family Treatment. New York, Jason Aronson, 1984

Slipp S: The Technique and Practice of Object Relations Family Therapy. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1988

Solomon JL: A clinical study of the effect of the introduction of antidepressant medication on the psychoanalytic process in an analysis of long duration. Journal of Clinical Psychoanalysis 4:169-184, 1995

Sonne JL: An example of group therapy for victims of therapist-client sexual intimacy, in Sexual Exploitation in Professional Relationships. Edited by Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989, pp 101-113

Sperry L, Brill PL, Howard Kl, et al: Treatment Outcomes in Psychotherapy and Psychiatric Interventions. New York, Brunner/Mazel, 1996

Stewart RH, Peters TC, Marsh S, et al: An object-relations approach to psychotherapy with marital couples, families, and children. Fam Process 14:161-178, 1975

Svrakic DM, Whitehead C, Pryzbeck TR, et al: Differential diagnosis of personality disorders by the seven-factor model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 50:991-999, 1993

Thompson EM, Brodie HKH: The psychodynamics of drug therapy. Current Psychiatric Therapies 20:239-251, 1981

Van Putten T, Crumpton E, Yale C: Drug refusal in schizophrenia and the wish to be crazy. Arch Gen Psychiatry 33:1443-1446, 1976

Weiden P, Rapkin B, Zymunt A, et al: Postdischarge medication compliance of inpatient converted from an oral to a depot neuroleptic regimen. Psychiatr Serv 46:1049-1054, 1995

Whitaker DS, Lieberman MA: Psychodherapy Through the Group Process. New York, Atherton Press, 1964

Wolf A: Psychoanalysis in groups, in Comprehensive Group Psychotherapy, 2nd Edition. Edited by Kaplan Hl, Sadock BJ. Baltimore, MD, Williams & Willkins, 1983, pp 113-131

Wright EC: Noncompliance—or how many ants has Matilda? Lancet 342:909-913, 1993

Wylie HW Jr, Wylie ML: An effect of pharmacotherapy on the psychoanalytic process: case report of a modified analysis. Am J Psychiatry 144:489-492, 1987

Yalom ID: The Theory and Practice of Group Psychotherapy,3rd Edition. New York, Basic Books, 1985

Zinner J: The implications of projective identification for marital interaction, in Contemporary Marriage: Structure, Dynamics, and Therapy. Edited by Grunebaum H, Christ J. Boston, MA, Litde, Brown, 1976, pp 293-308

Zinner J, Shapiro R: Projective identification as a mode of perception and behavior in families of adolescents. Int J Psychoanal 53:523-530, 1972

Zinner J, Shapiro R: The family as a single psychic entity implications for acting out in adolescence. International Review of Psychoanalysis 1:179-186, 1974

CAPÍTULO

6

Tratamientos en psiquiatría dinámica

Hospital informado dinámicamente y tratamiento en hospital de día

Debido a que los principios psicodinámicos se desarrollaron ampliamente a partir de la práctica del psicoanálisis, suele ocurrir que algunas veces se los interprete estrechamente, como relevantes sólo para pacientes ambulatorios. Un psiquiatra residente que requirió ayuda de su supervisor para entender a un paciente hospitalizado, recibió como respuesta: "Lo dinámico se aplica únicamente a pacientes ambulatorios, no a internados". Nada más apartado de la verdad, por supuesto. Sin embargo, el comentario del supervisor refleja una lamentable tendencia en el hospital psiquiátrico moderno de usar la unidad psiquiátrica como mero depósito de contención en donde los pacientes esperan que la medicación surta efecto. El tratamiento de muchos pacientes en el hospital se potencia cuando se agrega una perspectiva dinámica.

En los últimos años del siglo XX, los hospitales psiquiátricos fueron testigos de una dramática declinación en la duración de la internación relacionada con una agresiva auditoría de las empresas de seguro de salud y medicina gerenciada (Gabbard 1992a, 1994). Como consecuencia, mucha de la valiosa información recabada del tratamiento hospitalario prolongado de pacientes seriamente perturbados fue adaptada para su uso en otros contextos, tales como los hospitales de día. Incluso en los marcos hospitalarios, sin

embargo, las estrategias psicodinámicamente informadas han continuado siendo de considerable utilidad en sus formas modificadas. En otras palabras, precisamente como los principios del psicoanálisis fueron alguna vez adaptados a la terapia breve psicodinámica, así también los principios del tratamiento hospitalario prolongado de base dinámica han sido modificados para un foco más circunscripto en el marco del cuidado agudo (Gabbard, 1997). En el caso de que el tratamiento se lleve a cabo durante una breve internación hospitalaria como que se realice en un servicio de hospital de día con un tratamiento más prolongado, hay ciertas ventajas y desafíos asociados con un marco de múltiples terapeutas. En este capítulo examino cómo el pensamiento psicodinámico se puede aplicar en tales contextos. Los modelos discutidos deberían ser considerados como igualmente útiles en el tratamiento hospitalario, en hospitales de día y en marcos intensivos de pacientes ambulatorios que implican a múltiples terapeutas.

Una revisión histórica

El practicante puede sacar provecho de una larga tradición en la aplicación de los principios psicoanalíticos al tratamiento hospitalario. La historia de la noción del hospital psicoanalítico comenzó con el trabajo de Simmel en Schloss Tegel (1929), donde notó que ciertos pacientes no podían ser analizados fuera de un hospital debido a varias conductas sintomáticas, tales como alcoholismo o fobias. Él tuvo la idea de que un hospital podía extender las horas del paciente sobre el diván entrenando a los miembros del personal hospitalario para que se condujeran en el ambiente institucional casi como en el tratamiento analítico a medida que surgían temas como la transferencia y la resistencia. En su brillante y creativa obra *Guide to the Order Sheet*, Will Menninger (1939/1982) quitó el énfasis en el modelo del psicoanálisis individual e intentó aplicar los principios del psicoanálisis directamente dentro del hospital manipulando el ambiente institucional. Trabajando desde la suposición de que todos los síntomas y trastornos de la conducta derivan de trastornos en la adecuada fusión y expresión de las dos mayores pulsiones instintivas –la libido y la agresión– él desarrolló un sistema de tratamiento ambiental basado extensamente en la sublimación y sin requerir insight. Más que frustrando o interpretando deseos y conflictos inconscientes, este abordaje se focalizaba en la recanalización de las energías a través de vías menos dañinas. Por ejemplo, Menninger alentaba la expresión directa de las hostilidades hacia objetos sustitutos; las prescripciones para un paciente podían abarcar desde demoler una construcción hasta dar puñetazos a una bolsa de boxeo. Lamentablemente, este segundo modelo no podía tomar en cuenta a aquellos pacientes con un yo débil y pro-

blemas para controlar los impulsos que requerían un tratamiento que los ayudara a mejorar el control de las pulsiones más que a redirigirlas. Más aún, esta conceptualización estaba limitada por confinarse a sí misma a la teoría instintiva dual de esos tiempos, la cual tendía a no considerar el contexto de las relaciones objetales dentro del cual ocurren los trastornos de las pulsiones y no permitía el sistemático examen de la transferencia y contratransferencia en el ambiente institucional.

El tercer modelo surgió de una percepción de que los pacientes estaban recreando, con los varios miembros del equipo en el marco del hospital, sus conflictos con los miembros de sus propias familias (Hilles, 1968). La interpretación de patrones de conducta desadaptativa en términos de sus raíces en el pasado era común dentro de este modelo, el cual confiaba menos y menos en proveer salidas sustitutas para las necesidades inconscientes. El ambiente institucional no era visto como una comunidad terapéutica en donde predominan las experiencias reales y constructivas con los pares sino más bien como una pantalla sobre la cual se proyectan los patrones arcaicos y luego se examinan. Schlesinger y Holzman (1970), al describir los aspectos terapéuticos del ambiente de un hospital psiquiátrico, advirtieron que el ambiente podía suplementar la relación terapeuta-paciente al proveerle a éste oportunidades de trabajar en un contexto real lo que se había conversado en terapia. El ambiente institucional también servía como una especie de campo de entrenamiento o laboratorio donde los pacientes podían practicar tratando de cambiar en varias formas a medida que progresaban en psicoterapia. Schlesinger y Holzman afirmaban que prescribir terapia ambiental para pacientes hospitalizados era un complejo proceso que requería una sensible percepción de las múltiples funciones de un compromiso del paciente en el ambiente hospitalario. Ellos propusieron un esquema basado en los cinco puntos de vista la de metapsicología psicoanalítica: el estructural, el económico, el dinámico, el adaptativo y el genético.

Varios autores (Gabbard, 1986, 1988, 1989c, 1992a; Harty, 1979; Stamm, 1985b; Wesselius, 1968; Zee, 1977) consideran que la contratransferencia es una parte integral del proceso terapéutico. Ellos advierten que la efectividad del tratamiento se altera cuando algún miembro del equipo responde de manera contratransferencial como si fuera un pariente del paciente. Estas influencias contratransferenciales ocurren regularmente, más que en ocasiones, y el examen sistemático de la contratransferencia debería ser parte de la rutina de trabajo del equipo terapéutico. Un tema recurrente a lo largo de las varias formulaciones del tratamiento hospitalario de orientación psicoanalítica es que los pacientes recrean en el ambiente institucional sus propias relaciones de objeto interno. Este punto de vista es reflejado en el intento integrativo de Kernberg (1973) de sintetizar la teoría psicoanalítica de las relaciones objetales, la teoría sistémica y el uso del proceso de grupo en un abordaje global del tratamiento hospitalario. Una tesis

básica de su abordaje es que existe en todos nosotros un potencial tanto para relaciones de objeto del más alto nivel –típicas de la neurosis de transferencia en el tratamiento psicoanalítico individual– como para las relaciones de objeto de niveles más primitivos, conduciendo a regresiones psicóticas en situaciones de grupo. Él teorizó que mientras la relación de objeto del más alto nivel es activada en las relaciones terapéuticas individuales, la versión más primitiva es mucho más probable que sea activada en modalidades de tratamiento de grupo. Una combinación de tratamiento de grupo y tratamiento individual durante la hospitalización permite intervenciones en ambos niveles. Kernberg (1973) insistió en que tal abordaje de tratamientos integrados requiere "un ambiente hospitalario 'neutral', esto es, una actitud del equipo básicamente equidistante de las diferentes instancias intrapsíquicas y externas implicadas en los conflictos del paciente, y reflejada en una atmósfera global amistosa, generalmente tolerante, interesada e intelectualmente alerta" (p. 372). En el contexto de esta atmósfera neutral, Kernberg vio a la comunidad terapéutica y la terapia hospitalaria individual operando simultáneamente para examinar las relaciones de objeto interno así como también para expresar el yo o la función de control. Él formuló el tratamiento hospitalario "como el diagnóstico y tratamiento simultáneos de la función de control del paciente y su mundo interno de relaciones de objeto" (Kernberg, 1973, p. 379).

En resumen, la aplicación de los principios psicodinámicos/psicoanalíticos al tratamiento hospitalario ha sufrido un cambio gradual durante los últimos 70 años. La noción de contención de pacientes en psicoanálisis gradualmente dio lugar a un segundo modelo que apunta a las interacciones con el ambiente del equipo. El tercero y actual modelo, que privilegia el examen sistemático de la transferencia y contratransferencia, ve a los pacientes como recreando sus relaciones de objeto interno en el ambiente institucional.

Principios dinámicos en el tratamiento hospitalario contemporáneo

Un abordaje dinámico provee una comprensión diagnóstica que presta cuidadosa atención a las fortalezas y debilidades del yo del paciente, sus relaciones objetales intrapsíquicas tal como se manifiestan en la familia y en las relaciones sociales, su capacidad para el trabajo psicológico, y el origen en la infancia de sus problemas actuales. Una evaluación psicodinámica puede conducir a un clínico a concluir que las intervenciones interpretativas y el descubrimiento de material inconsciente están desaconsejadas. Para los pacientes con una significativa debilidad del yo y/o un deterioro cognitivo or-

gánico se pueden recomendar abordajes de apoyo del yo y aquellos tendientes a construir la autoestima.

Las teorías psicoanalíticas del desarrollo son útiles para diseñar planes de tratamiento de pacientes internados. Un equipo de hospital basado psicoanalíticamente se da cuenta de que la mayoría de sus pacientes están detenidos en el desarrollo. Los conocimientos de teoría psicoanalítica le permiten al equipo responder en un nivel de desarrollo apropiado, aceptando la noción de que el paciente es un niño en un cuerpo de adulto. Esta perspectiva ayuda al equipo a evitar los peligros de la despersonalización (Rinsley, 1982), por lo cual se espera que el paciente se comporte como un adulto maduro y cortés a pesar de una psicopatología severa. Tal despersonalización ha sido con frecuencia la historia de vida del paciente gravemente perturbado en términos de interacciones con los miembros de su familia.

La teoría psicoanalítica provee modelos de intervenciones dirigidas a las necesidades del paciente apropiadas a su fase del desarrollo, tal como el reflejo especular empático (Kohut, 1971) y la provisión de un ambiente sostenedor (Stamm, 1985a; Winnicott, 1985). Dentro de este contexto, los límites asociados con la estructura del hospital son vistos no como castigos por conductas irritantes e inmaduras sino más bien como sustitutos externos para fallas en la estructura intrapsíquica. En una veta similar, los miembros del equipo deben desempeñar funciones auxiliares del yo, tales como prueba de realidad, control de los impulsos, anticipación de consecuencias (juicio) y afinamiento de la diferenciación de self-objeto. Desde una perspectiva de la teoría del apego, el ambiente del equipo provee una base segura para los pacientes. Los afectos intensos son contenidos hasta que ellos mismos puedan regularlos. Los miembros del equipo fomentan el apego escuchando sus relatos personales y tendiendo a comprender sus planteos (Adshead, 1998).

Los pacientes que ingresan en una unidad de internación o en un hospital de día tienden a repetir sus situaciones familiares en el ambiente institucional. Para ser más precisos, ellos externalizan sus relaciones de objeto interno. La recapitulación de las relaciones de objeto interno del paciente en el campo interpersonal del ambiente institucional puede ser entendida mejor por el examen de los mecanismos de defensa de escisión e identificación proyectiva. Aunque estos mecanismos son operativos en algunos pacientes neuróticos, ellos son más prevalentes en pacientes con niveles borderline y psicóticos de organización del yo. Más aún, estos mecanismos están indudablemente activados en parte por la dinámica de grupo inherente al equipo de trabajo del hospital de internación u hospital de día. La escisión y la identificación proyectiva trabajan en tándem para desmentir y externalizar representaciones del self o de objeto asociadas frecuentemente con estados afectivos específicos. Esta desmentida proyectiva es también un medio para

forzar a personas en el ambiente para que participen en una versión externalizada de una relación de objeto interno.

La identificación proyectiva opera en forma inconsciente, automática y con fuerza apremiante. Los clínicos se sienten "intimidados" o forzados a obedecer el rol que les han atribuido proyectivamente. Un axioma básico de tratamiento de base psicodinámica reconoce que los miembros del equipo son más parecidos a los pacientes que diferentes. Los sentimientos, las fantasías, las identificaciones y los introyectos de los pacientes tienen sus contrapartes en los terapeutas. Debido a que estas contrapartes pueden ser reprimidas con más fuerza en el equipo, cuando son activadas por un paciente, son con frecuencia experimentadas como fuerzas foráneas que pasan arrolladoramente sobre el terapeuta. Symington (1990) caracterizó este proceso de identificación proyectiva como un paradigma víctima/victimario en el cual uno es privado de la libertad de pensar los propios pensamientos personales. En realidad, los clínicos que son el blanco del material proyectado por lo general sienten que están sujetos al paciente, al no poder pensar, sentir o funcionar en su rol terapéutico habitual.

Definir la identificación proyectiva de esta manera sugiere que mucha de la intensa contratransferencia experimentada por los miembros del equipo puede ser entendida como que surge de identificaciones inconscientes con aspectos proyectados del mundo interno del paciente. Sin embargo, sería ingenuo y demasiado simplista asumir que todas las reacciones emocionales que surgen en los terapeutas puedan ser atribuidas al comportamiento del paciente. Los clínicos también manifestarán reacciones emocionales en concordancia con la clásica, o estrecha, forma de contratransferencia, en la cual los terapeutas reaccionan frente a los pacientes como si éstos fueran personas del pasado de los terapeutas. Una de las ventajas de trabajar en el contexto de un equipo terapéutico es que sus miembros pueden ayudarse unos a otros a distinguir patrones contratransferenciales característicos, basados en las cuestiones psicológicas propias de los miembros del equipo, de aquellos otros que son identificaciones coercitivas con aspectos del mundo interno proyectado del paciente. Sería ideal si cada miembro del staff pudiera hacer tales distinciones individualmente, pero tales pretensiones no son realistas en los contextos con múltiples terapeutas.

Describir los mecanismos de escisión e identificación proyectiva provee solamente una explicación parcial de la tendencia de los pacientes a externalizar sus relaciones de objeto dentro de las relaciones del ambiente institucional. Puntualizar que esta repetición ocurre inconscientemente, automáticamente, y con una fuerza coercitiva, no toma de modo adecuado las fuerzas motivacionales inconscientes detrás de esta repetición. Hay por lo menos cuatro fuerzas diferentes que pueden ser identificadas y que contribuyen a esta repetición de las relaciones de objeto interno (Gabbard, 1992b).

Dominio activo del trauma experimentado pasivamente. Al recrear patrones internalizados de relación en el marco del hospital de internación u hospital de día, los pacientes pueden estar intentando dominar en forma activa el trauma que experimentaron pasivamente (Pine, 1990). Al reactivar relaciones problemáticas, los pacientes pueden adquirir una sensación de dominio y control sobre relaciones traumáticas pasadas porque esta vez son ellos los que tienen el poder.

Mantenimiento de apegos. También se restablecen unidades de relaciones de objeto con los terapeutas porque la nueva relación sirve como un medio de mantener el apego a personas claves de la infancia, en especial los padres. Aun cuando las relaciones infantiles con los padres sean abusivas y conflictivas, el niño los verá a ellos como una fuente de placer (Pine, 1990). Una relación sadomasoquista es mejor que ninguna relación en absoluto (Gabbard, 1989b). Más aún, incluso relaciones "malas" o tormentosas pueden ser tranquilizantes en el sentido de ser previsibles y confiables y proveen al paciente un sentido de continuidad y sentido (Gabbard, 1998). La alternativa es un profundo sentimiento de abandono y la ansiedad de separación asociada.

Un pedido de ayuda. Considerar a la identificación proyectiva sólo como un mecanismo de defensa es reduccionista (véase cap. 2). Dado que la persona blanco del material proyectado siente esta experiencia poderosamente, la identificación proyectiva también constituye una forma de comunicación (Casement, 1990; Gabbard, 1989a; Ogden, 1982). Las ansiedades primitivas operan de tal manera que hacen sentir a los pacientes una extraordinaria presión para desembarazarse de afectos inmanejables, incluyendo las representaciones del self y de objeto asociadas con aquellos afectos. Pero se siente cierto alivio cuando un terapeuta es forzado a experimentar un material proyectado insoportable para un paciente. Éste puede estar comunicando inconscientemente al clínico: "Yo no puedo trasmitir mi experiencia interna, pero al crear los mismos sentimientos en usted, es posible que usted empatice con mi lucha interna y que me ayude de alguna manera." De este modo, mientras la identificación proyectiva puede estar destinada a que uno mismo se libere de sentimientos abrumadores y los externalice en un contexto interpersonal, es también una manera de buscar ayuda con aquellos sentimientos a través de una forma rudimentaria de empatía" (Casement, 1990).

Un deseo de transformación. También se pueden externalizar relaciones de objeto interno abusivas con la esperanza de que se transformen. Sandler y Sandler (1978) han observado que los pacientes internalizan un deseo de interacción, una fantasía de ellos en relación con un progenitor

que les responde satisfaciendo el deseo. En este sentido, uno puede inferir que se repiten viejas relaciones con la esperanza inconsciente de que esta vez serán diferentes (esto es, tanto el objeto como el self serán transformados en la relación fantaseada que el paciente añora).

Un hospital de día o una unidad de internación pueden proveer una forma de capacidad nueva y diferente de relación interpersonal que facilita la internalización de relaciones de objeto menos patológicas. En un ambiente institucional óptimo la meta de los miembros del equipo es relacionarse con el paciente de manera tal que eviten ser inducidos a responder como sus representaciones de objeto interno lo harían. Al no comportarse como todos los demás en el mundo del paciente, ellos pueden ofrecerle nuevos objetos y nuevos modelos de relación.

Las respuestas iniciales que recibe el paciente pueden ser similares a las de su entorno, pero en la medida en que los miembros del equipo se familiarizan con el mundo de objetos internos del paciente, pugnan por contener las proyecciones más que identificarse con ellas. Al hacer esto, se rompe un círculo vicioso. El paciente es confrontado con un grupo de personas que responden de modo diferente a todos los demás. Estas personas intentan entender los procesos interpersonales en vez de unirse y participar automáticamente del "baile".

Weiss y col. (1986) han estudiado grabaciones de audio transcriptas de análisis con neuróticos y han concluido que un factor de curación es el fracaso del analista en responder como lo espera el analizado. De acuerdo con estos investigadores, un paciente desarrolla creencias patológicas basadas en interacciones tempranas con las figuras parentales y entonces busca inconscientemente contradecir estas creencias durante el análisis para que así éste se siga desarrollando. Sus investigaciones se aplican mucho más al marco hospitalario, donde los pacientes continuamente, pero en forma inconsciente, prueban a los miembros del equipo para ver si ellos serán diferentes de las figuras anteriores del ambiente prehospitalario. Esta situación requiere, sin embargo, una advertencia. Los miembros del equipo que simplemente "actúan de manera simpática" hacia el paciente evitarán que éste reexperimente y trabaje extensamente sus viejos patrones de relación. Por lo tanto, siempre hay en cualquier marco de tratamiento un balance óptimo entre servir como un objeto nuevo y servir como un objeto viejo (Gabbard y Wilkinson, 1994). A través del tiempo, los patrones de relación correspondientes al "objeto viejo" son gradualmente reemplazados por nuevos modos de relación basados en nuevas experiencias con el equipo durante el tratamiento y una recién hallada comprensión por parte del paciente de su necesidad inconsciente de recrear relaciones pasadas.

Dentro de esta formulación de relaciones de objeto interno, la tarea terapéutica es diagnosticar cuidadosamente las representaciones del self y de objeto del paciente y mantener una vigilancia diligente, en cualquier mo-

mento dado, en lo que respecta a la naturaleza de los selfs y los objetos internos proyectados. Está implícito en esta tarea el supuesto de que los terapeutas tienen suficiente familiaridad con sus propias configuraciones de self y objeto interno de manera que ellos puedan catalogar las dos variedades de contratransferencia.

En este modelo de tratamiento basado en la transferencia-contratransferencia, el equipo de tratamiento debe mantener una apertura a los poderosos sentimientos engendrados por estos pacientes. El examen de la contratransferencia tiene que ser una parte integral del proceso del tratamiento. El equipo debería permitirse libremente servir como continente para las proyecciones del self y de objeto del paciente y para los afectos conectados con las relaciones de objeto. Sobre una base individual, este abordaje significa evitar la actitud de "médico dedicado", descrita por Searles (1967/1979), en la cual el terapeuta trata de ser amoroso todo el tiempo como una defensa contra la vulnerabilidad de actuar con sadismo y odio hacia el paciente. Si el terapeuta está sobrecontrolado o sobredefendido para evitar reacciones emocionales contra el paciente, el proceso diagnóstico para describir estas relaciones de objeto interno será deficiente. Y otra cosa importante, el proceso de tratamiento será una charada; el paciente no podrá ver al terapeuta como una persona genuina comprometida en una rica y creciente relación de objeto total.

La apertura a las reacciones contratransferenciales debe existir también en el grupo. Los que ocupan el lugar de jefes o coordinadores en la unidad deben fomentar una actitud no crítica y de aceptación de las diversas reacciones emocionales de los miembros del equipo hacia los pacientes. Si los jefes comunican que se espera que el equipo oculte sus sentimientos personales para brindar un buen tratamiento a los pacientes, tal exhortación resonará en las ya hipertrofiadas estructuras del superyó de la mayoría de los trabajadores de la salud mental y activará todavía más sus defensas internas dirigidas a reprimir, suprimir, o escindir sentimientos e identificaciones inaceptables.

A pesar de la creciente presión en años recientes para usar las reuniones del equipo para documentar planes de tratamiento orientados conductualmente, las reacciones emocionales de los miembros del equipo hacia los pacientes deben ser discutidas abiertamente y con comprensión. Si las reuniones se convierten simplemente en sesiones administrativas para orientar la tarea, sin tiempo para procesar paradigmas transferenciales-contratransferenciales, la subsecuente disfunción del equipo causará deterioro en el trabajo clínico. Además, el equipo no estará involucrado por mucho tiempo más en un tratamiento de orientación dinámica, sino simplemente en la "gestión del caso".

La actitud del jefe o coordinador del equipo o de la unidad es crucial para configurar el tono para las discusiones basadas en la contratransferencia.

El coordinador debe ser un modelo para otros miembros del equipo examinando abiertamente sus propios sentimientos y relacionándolos con las relaciones de objeto del paciente. También debe valorar y aceptar las expresiones de sentimientos por parte de otros miembros del equipo y evitar interpretarlos como una manifestación de conflictos irresueltos y no analizados en un miembro particular de éste. Cuando un miembro del equipo comparte un sentimiento perturbador que surge al tratar a un paciente, el coordinador necesita efectuar preguntas, tales como "¿Por qué el paciente necesita provocar esa reacción en usted? ¿Qué es lo que él está repitiendo? ¿Con cuál figura del pasado del paciente se está usted identificando? ¿Cómo podemos utilizar los sentimientos que el paciente provoca en usted para entender cómo su cónyuge o amigos deben reaccionar frente a él?" El jefe del equipo de tratamiento debería también familiarizarse con el estilo particular de relacionarse con los pacientes que tiene cada miembro. Esta percepción debe incluir un conocimiento de las reacciones contratransferenciales típicas a cierta clase de pacientes así como también el funcionamiento que es más adaptativo y libre de conflictos. Esta familiaridad ayudará al jefe del equipo a determinar con precisión desviaciones de los patrones característicos de relación con los pacientes. Obviamente, en algunos casos el jefe puede necesitar abordar en privado a miembros del equipo para indicar la necesidad de un tratamiento personal o un cambio de carrera.

Miembros del equipo de enfermería así como otros miembros del equipo de tratamiento deberían recibir la expectativa de que ellos experimentarán fuertes sentimientos hacia el paciente que pueden ser usados como una herramienta diagnóstica y terapéutica. Se puede hacer una distinción entre tener sentimientos y actuarlos. Obviamente, se debería aconsejar al personal que registre y discuta con otros compañeros pero que no actúe los sentimientos de una naturaleza destructiva o erótica. Se los debería alentar a procesar sus sentimientos en las reuniones del equipo y a usar aquellos sentimientos para diagnosticar y comprender las relaciones de objeto interno del paciente. En la medida en que el tratamiento progresa, los miembros del equipo estarán armados con una gran comprensión de las relaciones de objeto interno del paciente y así estarán mucho menos predispuestos a la identificación contratransferencial y podrán en cambio clarificar las distorsiones de los pacientes y la naturaleza del mundo de objetos internos. De este modo, si se permite a los miembros del equipo experimentar poderosos sentimientos contratransferenciales y discutirlos tempranamente en el tratamiento de un paciente, estarán más capacitados para abordar al paciente con más objetividad a medida que el tratamiento progresa.

Si los terapeutas tienden, por culpa, a negar sus enojos, odios y desprecios contratransferenciales, a pesar de todo comunicarán sus intensos sentimientos negativos de una manera no verbal (Poggi y Ganzarain, 1983). Los pacientes son extraordinariamente avezados para detectar estas comunica-

ciones y pueden, como resultado, volverse cada vez más paranoides. En la medida en que los miembros del staff toman conocimiento de sus propias ambivalencias y tratan con ellas en forma más abierta, los pacientes serán capaces de tomar conciencia de sus ambivalencias y ser menos temerosos de sus odios. Pero mientras los miembros del equipo sigan negando sus odios, ellos sólo confirmarán los miedos del paciente de que tales sentimientos son inconfesables y deben ser evitados a cualquier costo. El modelo de la interacción equipo-paciente sugerido aquí es directamente análogo al propuesto para el psicoterapeuta en el capítulo 4. Los miembros del equipo hospitalario deben evitar el distanciamiento y participar en el campo interpersonal del paciente de una manera espontánea pero controlada. La capacidad de permitirse uno mismo ser "succionado", pero sólo parcialmente, es un extraordinario capital que permite a los terapeutas ganar un entendimiento empático de los problemas de relación del paciente (Hoffman y Gill, 1988).

La escisión en el contexto de terapeutas múltiples

Una ventaja de un contexto de terapeutas múltiples sobre la terapia individual es que las representaciones del self y de objeto del paciente son externalizadas sobre varios miembros del equipo todas de una vez más que sobre el psicoterapeuta solo y de manera gradual a lo largo del tiempo. El encuadre, entonces, sirve como una soberbia herramienta diagnóstica y terapéutica para la comprensión del proceso de escisión (véase cap. 2).

La escisión en el tratamiento hospitalario ha sido bien descrita en trabajos sobre la intensa contratransferencia provocada por pacientes borderline resistentes al tratamiento (Burnham, 1966; Gabbard, 1986, 1989c, 1992b, 1994, 1997; Main, 1957). Las investigaciones empíricas sugieren que la escisión no es propia de los pacientes borderline, si no que es característica de una gran variedad de trastornos de la personalidad (Allen y col., 1988; Perry y Cooper, 1986). Los miembros del equipo se encuentran ellos mismos asumiendo y defendiendo posiciones altamente polarizadas contra cada uno de los demás con una vehemencia desproporcionada con respecto a la importancia del tema. El paciente ha presentado una representación del self a un grupo de terapeutas y otra representación del self a otro grupo de terapeutas (Burnham, 1966; Cohen, 1957; Gabbard, 1986, 1989c, 1992b, 1994, 1997; Searles, 1965). A través de la identificación proyectiva, cada representación del self provoca una reacción correspondiente en el terapeuta que puede ser entendida como una identificación inconsciente con el objeto interno proyectado del paciente. El paradigma transferencia-contratransferencia producido por una constelación self-objeto puede diferir

enormente del paradigma producido por otra constelación. Esta discrepancia puede primero manifestarse en una reunión de equipo donde el paciente está siendo discutido. Los miembros del equipo pueden volverse perplejos por las disparatadas descripciones que se están expresando y pueden preguntarse unos a otros: "¿Estamos hablando del mismo paciente?".

Esta variedad de escisión, en su total manifestación, ilustra llamativamente la noción honrada por el tiempo de que los pacientes recapitulan su mundo interno de objetos en el ambiente del hospital (Gabbard, 1989c). Varios terapeutas se vuelven inconscientemente identificados con los objetos internos del paciente y actúan roles en un guión que es escrito por el inconsciente del paciente. Más aún, debido al elemento de control inherente en la identificación proyectiva, hay por lo general una cualidad obligatoria en las respuestas de los terapeutas. Ellos se sienten compelidos a comportarse "como alguien más". Si la identificación proyectiva no estuviese incluida, la escisión puramente intrapsíquica que resultaría, causaría poco disturbio en el equipo. Tampoco el equipo vería el proceso como una instancia de la escisión, ya que ellos probablemente no se sentirían polarizados y enojados con algún otro.

La escisión que ocurre en el tratamiento hospitalario representa una instancia especial donde tanto la escisión intrapsíquica y la escisión interpersonal se desarrollan simultáneamente (Hamilton, 1988). Los aspectos interpersonales de la escisión que ocurre en los equipos claramente son paralelos a la escisión intrapsíquica en el paciente. La identificación proyectiva es el vehículo que convierte la escisión intrapsíquica en escisión interpersonal.

Los miembros del staff que son escogidos como recipientes de objetos internos proyectados del paciente no son seleccionados al azar. Más frecuentemente que no, los pacientes borderline tienen una extraña habilidad para detectar conflictos latentes preexistentes entre varios miembros del equipo, y sus proyecciones pueden ser guiadas de acuerdo con esto. El ejemplo siguiente (Gabbard, 1989c) ilustra este patrón.

> La señorita E, una paciente borderline de 26 años, fue admitida a raíz de una crisis suicida en el hospital por su psicoterapeuta, el doctor F, diez días después de su admisión, mientras ella todavía estaba manifestando una ideación suicida, el doctor F encaró al señor G, el enfermero jefe de la unidad, y le dijo que le gustaría derivar a la señora E al campus del colegio local para que ella pudiera anotarse por el semestre. El señor G replicó que, de acuerdo con la política del hospital, los pacientes que están en riesgo suicida no pueden abandonar la unidad. Sugirió que el doctor F podría concurrir a una reunión del equipo de la unidad para discutir con mayor profundidad el manejo del paciente. Cuando el señor G explicó a la señora E que no podría abandonar la unidad para anotarse en el colegio, ella se enfureció con el señor G y lo acusó de ser un "tira-

no" que no tenía consideración por las necesidades individuales de los pacientes. Lo contrastó con el doctor F, a quien ella idealizó, diciendo que entre todos los miembros del staff comprometidos con su tratamiento, el doctor F era "el único que la entendía". En la siguiente reunión del equipo, una acalorada argumentación se desarrolló entre el doctor F y el señor G, quien actuó como un portavoz del equipo de la unidad. En el medio de la confrontación, el señor G le dijo al Dr. F que este último era bien conocido por su desacatamiento de las políticas del hospital y por su propensión a tratar a los pacientes como "especiales". Como una refutación a esa acusación, el doctor F le informó al señor G que de todos los enfermeros en el hospital, él era conocido como el más rígido y punitivo.

Este ejemplo demuestra cómo la escisión y la identificación proyectiva no ocurren en un vacío. Es evidente que la señora E seleccionó individuos que se ajustaban convenientemente a los paradigmas de relaciones de objeto interno asignados a ellos. Como varios autores han apuntado (Adler, 1985; Burnham, 1966; Shapiro y col., 1977), hay por lo general una cuota de realidad en la asignación de proyecciones de objeto interno a los miembros del equipo. Este ejemplo también refleja una observación de Burnham (1966), a saber, que el clivaje es usualmente entre aquellos terapeutas que enfatizan el marco de referencia administrativo (esto es, qué es bueno para el grupo) y aquellos que enfatizan un marco de referencia individualista basado en qué es bueno para un paciente determinado. Por último, mientras todos los terapeutas corren el riesgo de comprometerse en escisiones, el patrón descrito en este ejemplo es quizás más común en el tratamiento de pacientes borderline: el psicoterapeuta es visto como una figura idealizada, mientras que el equipo de la unidad es devaluado como insensible y punitivo. Otra característica típica de esta configuración es que, en sesiones de psicoterapia, el paciente puede omitir información derivada de las actividades diarias de la unidad y en cambio centrarse exclusivamente en los recuerdos de la infancia y el material transferencial (Adler, 1985; Kernberg, 1984). El psicoterapeuta entonces no tiene conciencia de las interacciones problemáticas en la unidad y es tomado por sorpresa cuando el equipo de enfermería centra la atención en ellas.

Como un resultado de esta forma de escisión, Adler (1985) apuntó que el equipo de tratamiento puede realmente excluir al psicoterapeuta del proceso de planificación del tratamiento. De esta manera los miembros del equipo de la unidad pueden consolidar su alianza proyectando "maldad" e incompetencia fuera del grupo de la unidad y sobre el psicoterapeuta. Si este proceso continúa sin examinarse, se vuelve imposible para el equipo de la unidad y el psicoterapeuta reconciliar sus diferencias y encontrarse a mitad de camino. Al igual que los objetos internos del paciente, ellos no pueden ser integrados. El poder regresivo de los grupos es bien conocido y puede resultar en el uso de la escisión y la identificación proyectiva en

profesionales, por otro lado, bien integrados (Bion, 1961; Kernberg, 1984; Oldham y Russakoff, 1987).

La utilización intensiva de procesos de revisión asociada con la medicina gerenciada también sirve como un nido adecuado para la escisión. El equipo de tratamiento puede tratar de establecer una alianza con el paciente externalizando toda agresión e ira potenciales. El auditor de la medicina gerenciada es un depositario conveniente y natural de todos los sentimientos negativos que pueden ser sentidos entre los terapeutas y el paciente. Por lo tanto, el auditor de la empresa de seguro puede ser ubicado en el rol de "objeto malo" tanto por el paciente como por los terapeutas, quienes pueden compadecerse de su condición de víctimas por culpa del auditor mientras evitan cualquier discusión directa acerca de la ira y la agresión transferenciales-contratransferenciales (Gabbard y col., 1991).

Cuando un grupo del equipo alcanza este punto de fragmentación, con harta frecuencia el paciente es culpado por intentar dividir y conquistar (Rinsley, 1980). Lo que con frecuencia se olvida en estas circunstancias es que la escisión es un proceso inconsciente que los pacientes emplean automáticamente para mantener su supervivencia emocional. Por lo general, nosotros no culpamos a los pacientes por los otros mecanismos de defensa. La cuestión única en la escisión parece ser la percepción de los terapeutas de que el paciente está siendo destructivo de manera consciente y maliciosa. Un marco de referencia empático es útil para recordar a los miembros del equipo que la escisión es un intento del paciente por alejar la destructividad para su protección personal.

Para resumir, la escisión en un marco de múltiples terapeutas comprende cuatro características primordiales: 1) el proceso ocurre en un nivel inconsciente; 2) el paciente percibe a los miembros individuales del equipo de maneras totalmente diferentes, basadas en proyecciones de las representaciones de objeto interno del paciente y trata a cada miembro del equipo de modo diferente de acuerdo con aquellas proyecciones; 3) los miembros del equipo reaccionan frente al paciente, a través de la identificación proyectiva, como si ellos fueran realmente los aspectos proyectados del paciente; y 4) como resultado, los terapeutas asumen posiciones altamente polarizadas en las discusiones del equipo acerca del paciente y defienden esas posiciones con extraordinaria vehemencia (Gabbard, 1989c).

Manejo de la escisión en el contexto de terapeutas múltiples

Cualquier discusión acerca de cómo manejar la escisión debe comenzar con la advertencia de Burnham (1966) de que la prevención completa de

la escisión no es posible ni deseable. Como con otros mecanismos de defensa, la escisión provee una válvula segura que protege a los pacientes de lo que ellos perciben como peligro abrumador. Es un proceso que se desarrollará a pesar de las medidas preventivas implementadas por los terapeutas. El punto esencial es que el equipo de tratamiento debe monitorear continuamente la escisión para impedir que ella destruya el tratamiento, devaste la moral del equipo, y dañe irreparablemente relaciones positivas entre los miembros. Casos de morbilidad psiquiátrica seria y de renuncias en el equipo han resultado de tales situaciones (Burnham, 1966; Main, 1957).

La educación es un importante camino para ayudar al equipo a manejar la escisión. Todos los profesionales en salud mental que trabajan con pacientes seriamente perturbados deberían conocer muy bien el concepto de escisión y sus variantes. Si los miembros del equipo no pueden reconocer la escisión cuando ella se desarrolla, el manejo de la situación puede ser desesperanzado. En las discusiones sobre contratransferencia, los miembros del equipo pueden ser alentados a trabajar en el sentido de contener aspectos proyectados del paciente más que actuarlos. Los sentimientos intensos hacia los pacientes deberían ser vistos como material útil para discusión y supervisión más que como reacciones reprobables que deben ser disimuladas frente a los supervisores. Si los miembros del equipo comprenden el mecanismo de la escisión, pueden aprender a evitar explotarla al no aceptar la idealización que podría aliarse con la devaluación de otros miembros del equipo (Adler, 1973; Shapiro y col., 1977). Los miembros del equipo deben también aprender a monitorear sus tendencias contratransferenciales a proyectar sus propios aspectos sobre el paciente.

Sin embargo, la educación es sólo un comienzo. Reuniones de equipo regulares y frecuentes que incluyan al psicoterapeuta del paciente tendrían que formar parte de la rutina semanal de la unidad psiquiátrica. El equipo debería establecer y monitorear un espíritu de comunicación abierta acerca de las diferencias. Muchos años atrás, Stanton y Schwartz (1954) demostraron persuasivamente el valor profiláctico de desentrañar y discutir desacuerdos encubiertos en el equipo. Los psicoterapeutas deberían verse a sí mismos como parte del equipo de tratamiento y aliarse con las decisiones administrativas del equipo de la unidad (Adler, 1985). Una rígida adherencia a la preocupación acerca de la confidencialidad puede alimentar correctamente las tendencias a la escisión del paciente.

Una meta primordial en el tratamiento de pacientes con patología mayor del carácter es la integración de representaciones escindidas del self y del objeto. Aunque la interpretación del mecanismo de escisión puede ayudar a los pacientes a alcanzar una visión más moderada y realista de ellos mismos y de los otros, es raro que esto sea suficiente para reparar el clivaje que ocurre en el nivel del grupo en el hospital. Las interpretaciones al pa-

ciente caen mejor si también hay otras intervenciones respecto de las interacciones del equipo. El abordaje del psicoterapeuta al mundo interno del paciente debe corresponderse con la meta del equipo de integración y moderación de los objetos externos.

Para ello, suele ser útil tener al miembro del equipo identificado con el objeto malo y al terapeuta identificado con el objeto bueno reunidos todos con el paciente para discutir francamente su percepción de lo que está ocurriendo. Este arreglo hace más difícil para el paciente mantener visiones polarizadas porque ambos terapeutas están actuando de manera humana y razonable. Más aún, los terapeutas que se enfrentan con esta situación ordinariamente se vuelven menos polarizados y se mueven hacia la mitad del terreno. El excesivo estado de separación demandado por el mecanismo de escisión es socavado. Aunque esta confrontación puede temporariamente incrementar la ansiedad del paciente, también transmite el mensaje de que los sentimientos negativos pueden ser contenidos dentro de las relaciones interpersonales sin consecuencias desastrosas.

Cuando la situación está tan cargada emocionalmente que los participantes no están dispuestos a encontrarse, se puede traer a un consultor objetivo para mediar en la discusión (Gabbard, 1986). El consultor puede ejercer el rol de un yo observador para el grupo y así alentar a aquellos individuos comprometidos en la escisión a identificarse con esa función, tal como Shapiro y col. (1977) describieron la función del psicoterapeuta cuando se reúne con adolescentes borderline y sus familias.

Estas reuniones presuponen el reconocimiento por todas las partes de un proceso de escisión en curso. Tal conocimiento constituye un paso mayor hacia un manejo exitoso de la escisión. Ordinariamente, los miembros del equipo se sentirán renuentes a verse a sí mismos como comprometidos con la escisión. Cuando se convoca a una reunión especial para discutir la dinámica del equipo sobre un paciente determinado, puede haber una fuerte resistencia de parte de los terapeutas porque tal reunión podría hacer que el paciente parezca demasiado especial (Burnham, 1986). Si el psicoterapeuta está comprometido en la escisión y concurre de muy buena gana a la reunión del equipo, puede ser que lo haga con una idea diferente. Sobre todo cuando es idealizado por el paciente, es probable que el psicoterapeuta asuma una actitud condescendiente como educador pretendiendo que el equipo entienda sus propias reacciones contratransferenciales y los dinamismos del paciente así también como él mismo lo hace. El mensaje implícito del psicoterapeuta en esta situación es que entender al paciente conducirá a que el equipo deje de culparlo. Más que ver la reunión del equipo como un medio productivo para discutir un proceso de escisión, el psicoterapeuta está convencido de que él está en lo cierto mientras que los otros están equivocados. Ser idealizado puede ser tan gratificante que el terapeuta puede no desear examinar la idealización como parte de un proceso defensivo en el

paciente (Finell, 1985). Este abordaje, por supuesto, encolerizará al equipo aun más y aumentará la escisión.

Cuando se convoca a una reunión del equipo para discutir la escisión potencial, todas las partes deberían abordarse unas a otras con la presunción de que ellos son todos clínicos razonables y competentes que cuidan el bienestar del paciente. Cuando este abordaje funciona, el grupo siente que cada miembro del equipo ha traído una pieza del rompecabezas de manera que la totalidad se vuelve más clara (Burnham, 1986). De todos modos, algunas escisiones parecen irreparables; y precisamente en la medida en que los objetos internos del paciente no pueden ser integrados, así tampoco pueden los objetos externos reconciliarse unos con otros. Si el terapeuta está en el rol de objeto devaluado, este atolladero en ocasiones se resuelve con la recomendación de un nuevo terapeuta por parte del equipo (Adler, 1985).

Cuanto más temprano se descubra la escisión, menos atrincherada estará y será más sensible al cambio. Ciertas señales de alarma deberían ser continuamente monitoreadas en las reuniones del equipo: 1) cuando un terapeuta es, de manera no característica, punitivo hacia el paciente, 2) cuando un terapeuta es de modo inusual indulgente, 3) cuando un terapeuta repetidamente defiende a un paciente contra comentarios críticos de otros miembros del equipo, y 4) cuando un miembro del equipo cree que ningún otro puede entender al paciente (Gabbard, 1989c).

Cuando los miembros del equipo pueden tragar su orgullo y aceptar que pueden estar comprometidos en una identificación inconsciente con aspectos proyectados del paciente, ellos pueden empezar a empatizar con los sentimientos y perspectivas de sus compañeros. Esta buena voluntad para considerar el punto de vista de algún otro puede conducir a trabajar en colaboración en beneficio del paciente lo cual provoca un marcado mejoramiento en el proceso de escisión. La escisión interna del paciente frecuentemente comienza a repararse al mismo tiempo que el clivaje externo del equipo comienza a cicatrizar (Gabbard, 1986). Estos desarrollos paralelos pueden ser entendidos como el tercer paso de la identificación proyectiva: las previas representaciones de objeto escindidas y proyectadas del paciente han sido contenidas y modificadas por los terapeutas y han sido entonces reintroyectadas (en forma modificada) por el paciente en un contexto interpersonal significativo. Por el abordaje de sus propias diferencias, con buena fe, los miembros del equipo pueden promover una atmósfera en el ambiente institucional donde las buenas experiencias predominen sobre las malas, una condición esencial para facilitar la integración del amor y el odio en el paciente.

El equipo multidisciplinario de tratamiento

El típico equipo de tratamiento está formado por representantes de varias disciplinas de la salud mental: un psiquiatra, un psicólogo, un trabajador social, un terapeuta ocupacional, enfermeros y técnicos en salud mental. Las rivalidades interdisciplinarias latentes son un campo fértil para el desarrollo de escisiones dentro del equipo. Los miembros individuales del equipo deben conceptualizar su trabajo como subsumiendo dos tareas diferentes: una comprende la asignación del tratamiento específico que corresponde con la disciplina y la otra se refiere a servir como un objeto de transferencia o un contenedor de proyecciones (Kernberg, 1984). Las observaciones del trabajo de uno mismo desde estos dos aspectos deben ser continuamente traídas a las reuniones del equipo y compartidas con el equipo de tratamiento. Todos los pacientes deberían entender que todo lo que digan será transmitido a los otros miembros del equipo de tratamiento, para obtener un cuadro completo del paciente y para proyectar un plan de tratamiento más efectivo. De esta manera, la escisión puede ser identificada antes de que se vuelva destructiva.

El trabajador social, por ejemplo, puede aportar datos al equipo de tratamiento provenientes de miembros de la familia y otras personas significativas que viven con el paciente. Estos individuos reales pueden ser comparados y contrastados con los objetos que habitan en el mundo interno del paciente. A medida que los trabajadores sociales desarrollan sus tareas usuales de recolección de datos y sirven de comunicación en ambas direcciones entre la familia y el paciente, ellos pronto encuentran que han sido "succionados dentro" de la matriz familiar. A medida que se permiten a sí mismos contener los aspectos proyectados de los miembros de la familia y los otros significantes, ganan una amplia apreciación de las fuerzas que perfilan la conducta del paciente. De modo similar, el contacto directo del trabajador social con el paciente puede producir una amplia apreciación del impacto del paciente sobre la familia. Por último, los trabajadores sociales pueden contribuir con una perspectiva especial con respecto a la manera en que los conflictos familiares son recreados en el ambiente institucional.

Miembros de las otras disciplinas encuentran que la terminación de sus tareas de tratamiento está también afectada por el estilo que el paciente tiene de relacionarse con ellos. El terapeuta ocupacional, por ejemplo, se propone asistir al paciente en el desarrollo de una tarea. El desempeño del paciente en esa tarea le facilita la resolución de problemas similares que puede encontrar en el marco vocacional o educacional. En la medida en que el paciente intenta completar la tarea, patrones característicos de relaciones de objeto se ponen de manifiesto con el terapeuta ocupacional. Los enfermeros encontrarán obstáculos similares en el intento de asistir al paciente con

materias básicas de higiene, y los psicólogos se confrontarán con los mismos patrones al alentar al paciente a participar en tests psicológicos. Este modelo de transferencia-contratransferencia fundamentado en la teoría de las relaciones objetales abarca todas las disciplinas y forma la base para un lenguaje común entre las disciplinas.

El rol del tratamiento de grupo en el ambiente institucional

Las descripciones anteriores de la introyección y proyección de representaciones del self y de objeto ilustran la necesidad de monitorear cuidadosamente los procesos grupales en toda unidad psiquiátrica. A menudo las reuniones del equipo son esenciales para integrar los fragmentos escindidos que circulan entre los miembros del equipo y los pacientes. Del mismo modo, reuniones grupales regulares con los pacientes promueven un cuidadoso proceso de interacciones entre el equipo y los pacientes, y entre los mismos pacientes; también sirven para prevenir la actuación de conflictos que se desarrollan en estas relaciones. La teoría de las relaciones objetales provee un buen marco conceptual para entender los procesos grupales en la unidad (Kenberg, 1973, 1984; Oldham y Russakoff, 1987). Stanton y Schwartz (1954) ilustraron cómo los dinamismos en el grupo de pacientes pueden reflejar directamente dinamismos similares en el equipo. Específicamente, es típico que determinados pacientes actúen conflictos encubiertos del equipo. El procesamiento sistemático de conflictos interpersonales tanto en las reuniones del equipo como en las reuniones de los pacientes con el equipo puede ser de valor para identificar procesos paralelos en los dos grupos.

El foco real de pequeños grupos de pacientes en la unidad hospitalaria de internación o en el hospital de día, varía, dependiendo de la fortaleza yoica y de las categorías diagnósticas de los pacientes en una unidad particular. En general, sin embargo, las reuniones grupales psicoterapéuticas sirven como una interfase entre las dificultades intrapsíquicas de los pacientes y sus conflictos en el ambiente institucional. Kibel (1987) sugirió que el foco de tales grupos debería estar en las dificultades interpersonales que emergen en la vida diaria en la unidad hospitalaria. Estas dificultades pueden ser ligadas a las deficiencias o conflictos intrapsíquicos de los pacientes. Él sugirió quitar el énfasis en la transferencia en tales grupos porque la ansiedad generada por el trabajo transferencial podría abrumar los yoes individuales y el yo colectivo del grupo. Horwitz (1987), por otro lado, creyó que el foco en la transferencia puede ser de valor en grupos de pacientes internados sirviendo de fortalecimiento de la alianza terapéutica dentro del grupo. Cuando las reuniones de grupos pequeños son conducidas apropiadamen-

te, pueden también convertirse en refugios o santuarios en donde los pacientes pueden ventilar sus sentimientos acerca de la experiencia de ser pacientes psiquiátricos internados y en donde los miembros del equipo pueden, a su vez, convalidar aquellos sentimientos y experiencias (Kibel, 1987). En las secciones II y III de este libro se discutirá un uso más específico de grupos de pacientes internados en el contexto de entidades diagnósticas distintas.

Indicaciones para un abordaje informado dinámicamente

Uno podría argüir que este modelo de tratamiento basado en la transferencia y contratransferencia es más aplicable a pacientes borderline y a pacientes con trastornos afectivos más que a pacientes esquizofrénicos. El paciente esquizofrénico retraído puede no parecer formar una relación de transferencia con los terapeutas. De hecho, las relaciones de objeto interno del paciente esquizofrénico son recreadas en el ambiente hospitalario a cada rato tanto como aquellas de los pacientes borderline. Ellas son simplemente menos dramáticas. Rangell (1982) apuntó que la aserción de Freud de que los pacientes con neurosis narcisistas no establecían transferencias es la única observación clínica que él hizo que no ha sido convalidada por la subsiguiente experiencia analítica. Como Brenner (1982) puntualizó, la aparente ausencia de transferencia *es* la transferencia. El paciente con esquizofrenia ha recreado su mundo de objeto interno justamente como lo hace el paciente borderline. Esta relación frente a frente con los terapeutas del hospital, la cual debe ser entendida, clarificada, y empatizada con ella, es similar al proceso de trabajo con un paciente no psicótico. Incluso pacientes con esquizofrenia tienen su propio y único equipo de defensas caracterológicas. Aunque muchos pacientes no requieren el uso de este modelo durante una hospitalización breve, esta forma de tratamiento es ciertamente útil para aquellos cuyas defensas frustran la adherencia al tratamiento (véase cap. 7).

Otra objeción potencial es que un marco conceptual basado en la modificación de relaciones objetales no es aplicable al tratamiento breve de la misma manera que lo es al tratamiento hospitalario prolongado. La falacia en este argumento es la conceptualización del tratamiento hospitalario como ocurriendo en un vacío más que como existiendo en un segmento de un continuo esfuerzo a través de muchos meses o años. Hay una acumulación de efectos de diferentes no confirmaciones de las expectativas inconscientes del paciente a lo largo del tiempo. Sólo con el fracaso repetido en provocar el mismo patrón de respuestas en los terapeutas los pacientes finalmente

empiezan a asimilar e internalizar las nuevas relaciones de objeto presentadas a ellos. Estudios de seguimiento a largo plazo de pacientes borderline (McGlashan, 1986; Stone y col., 1987), por ejemplo, han indicado que la mejoría máxima no ocurre hasta la segunda década después del alta. Los miembros del equipo de una unidad de pacientes internados o de un servicio de hospitalización parcial, el psicoterapeuta, los amigos y la familia pueden finalmente proveer suficientes experiencias y respuestas nuevas para fortalecer el yo del paciente y mejorar sus relaciones objetales a un nivel de funcionamiento superior en la sociedad.

Se pueden infligir errores serios de tratamiento en el paciente tan fácilmente en un marco de tratamiento corto como en un marco de tratamiento a largo plazo. Una comprensión psicodinámica sofisticada del paciente ayuda a los terapeutas en sus esfuerzos por evitar errores de técnica. Ellos pueden eludir, por ejemplo, la trampa de aliarse con la postura pasiva del paciente en el tratamiento frente a frente. Una noción dinámica fundamental es que el paciente es un colaborador en el proceso de tratamiento. El tratamiento informado psicodinámicamente alienta a los pacientes a reflexionar sobre las conexiones entre su situación presente y los antecedentes de la infancia de manera que ellos pueden empezar a entender cómo están perpetuando patrones que fueron escriturados tiempo atrás. Íntimamente conectada con esta noción está la idea de que los pacientes son capaces de cambiar su situación.

En el uso original que Sigmund Freud (1914/1958) le dio al término *acting out*, él estaba apuntando a la tendencia transferencial de los pacientes de repetir en acción algo del pasado, más que recordarlo o verbalizarlo. El mismo fenómeno ocurre en el tratamiento de pacientes internados o de hospital de día, donde los pacientes repiten su modo característico de comprometer a los otros en un intento por gratificar sus necesidades o deseos. Otra noción psicodinámica básica es que los pacientes se deben mover en la dirección de reflexionar y hablar acerca de sus experiencias internas más que permitir que ellas automáticamente los empujen a la acción. Los miembros del equipo continuamente recuerdan a los pacientes que ellos no se comprometerán en el "baile" que se está repitiendo. En cambio, requerirán a los pacientes que reflexionen y verbalicen el origen de su necesidad para el baile. Aquellos pacientes que, por razones de disfunción cognitiva, baja inteligencia, o repliegue psicótico, no pueden entrar en un intercambio verbal productivo con los miembros del equipo pueden, a pesar de todo, beneficiarse de los aspectos de la experiencia no verbal de nuevas formas de relaciones de objeto. Según Odgen (1986), un tratamiento no tiene que ser verbal para ser psicoanalítico por naturaleza.

En el marco de la psiquiatría contemporánea, la teoría y técnica psicodinámica debe tomar su lugar al lado de las intervenciones psicofarmacológicas, el trabajo con la familia, las teorías sistémicas, y las consideraciones

socioculturales. Incluso con pacientes no resistentes, la gran ventaja de este abordaje de relaciones de objeto es que provee a los miembros del equipo una sensación de dominio sobre las intensas reacciones contratransferenciales. La educación y la comprensión que un clínico informado psicodinámicamente provee al equipo hace que el trabajo sea más llevadero y más significativo ante las continuas embestidas emocionales de pacientes altamente perturbados.

Bibliografía

Adler G: Hospital treatment of borderline patients. Am J Psychiatry 130:32-36, 1973

Adler G: Borderline Psychopathology and Its Treatment. New York, Jason Aronson, 1985

Adshead G: Psychiatric staff as attachment figures. Br J Psychiatry 172:669, 1998

Allen JG, Deering CD, Buskirk JR, et al: Assessment of therapeutic alliances in the psychiatric hospital milieu. Psychiatry 51:291-299, 1988

Bion WR: Experiences in Groups and Other Papers. New York, Basic Books, 1961

Brenner C: The Mind in Conflict. New York, International Universities Press, 1982

Burnham DL: The special-problem patient: victim or agent of splitting? Psychiatry 29: 105-122, 1966

Casement PJ: The meeting of needs in psychoanalysis. Psychoanalytic Inquiry 10:325-346,1990 Cohen RA: Some relations between staff tensions and the psychotherapeutic process, in The Patient and the Mental Hospital: Contributions of Research in the Science of Social Behavior. Edited by Greenblatt M, Levinson DJ, Williams RH. Glencoe, IL, Free Press, 1957, pp 301-308

Finell JS: Narcissistic problems in analysts. Int J Psychoanal 66:433-445, 1985

Freud S: Remembering, repeating and working-through (further recommendations on the technique of psycho-analysis 11) (1914), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 12. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1958, pp 145-156

Gabbard GO: The treatment of the "special" patient in a psychoanalytic hospital. International Review of Psychoanalysis 13:333-347, 1986

Gabbard GO: A contemporary perspective on psychoanalytically informed hospital treatment. Hospital and Community Psychiatry 39:1291-1295, 1988

Gabbard GO: On Gabbard GO: Patients who hate. Psychiatry 52:96-106, 1989b

Gabbard GO: Splitting in hospital treatment. Am J Psychiatry 146:444-451, 1989c

Gabbard GO: Comparative indications for brief and extended hospitalization, in American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol 11. Edited by Tasman A, Riba MB. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992a, pp 503-517

Gabbard GO: The therapeutic relationship in psychiatric hospitalization. Bull Menningr Clin 56:4-19, 1992b

Gabbard GO: Treatment of borderline patients in a multiple-treater setting. Psychiatr Clin North Am 17:839-850, 1994

Gabbard GO: Training residents in psychodynamic psychiatry, in Acute Care Psychiatry Diagnosis and Treatment. Edited by Sederer Ll, Rothschild AJ. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1997, pp 481-491

Gabbard GO: Treatment-resistant borderline personality disorder. Psychiatric Annals 28:651-656, 1998

Gabbard GO, Wilkinson SM: Management of Countertransference With Borderline Patients. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994

Gabbard GO, Takahashi T, Davidson JE, et al: A psychodynamic perspective on the clinical impact of insurance review. Am J Psychiatry 148:318-323, 1991

Hamilton NG: Self and Others: Object Relations Theory in Practice. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1988

Harty MK: Countertransference patterns in the psychiatric treatment team. Bull Menninger Clin 43:105-122, 1979

Hilles L: Changing trends in the application of psychoanalytic principles to a psychiatric hospital. Bull Menninger Clin 32:203-218, 1968

Hoffman IZ, Gill MM: Critical reflections on a coding scheme. Int J Psychoanal 69:55-64, 1988

Horwitz L: Transference issues in hospital groups. Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy 2:117-122, 1987

Kernberg OF: Psychoanalytic object-relations theory, group processes and administration: toward an integrative theory of hospital treatment. Annual of Psychoanalysis 1:363-388, 1973

Kernberg OF: Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven. CT, Yale University Press, 1984

Kibel HD: Inpatient group psychotherapy - where treatment philosophies converge. Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy 2:94-116, 1987

Kohut H: The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. New York, International Universities Press,1971

Main TF: The ailment. Br J Med Psychol 30:129-145, 1957

McGlashan TH: The Chestnut Lodge follow-up study, III: long-term outcome of borderline personalities. Arch Gen Psychiatry 43:20-30, 1986

Menninger WC: The Menninger Hospital's Guide to the Order Sheet (1939). Bull Menninger Clin 46:1-112, 1982

Ogden TH: Projective Identification and Psychotherapeutic Technique. New York, Jason Aronson, 1982

Ogden TH: The Matrix of the Mind: Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986

Oldham JM, Russakoff LM: Dynamic Therapy in Brief Hospitalization. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1987

Perry JC, Cooper SH: A preliminary report on defenses and conflicts associated with borderline personality disorder. J Am Psychoanal Assoc 34:863-893, 1986

Pine F: Drive, Ego, Object, and Self A Synthesis for Clinical Work. New York, Basic Books, 1990

Poggi RG, Ganzarain R: Countertransference hate. Bull Menninger Clin 47:15-35, 1983

Rangell L: The self in psychoanalytic theory. J Am Psychoanal Assoc 30:863-891, 1982

Rinsley DB: Treatment of the Severely Disturbed Adolescent. New York, Jason Aronson, 1980

Rinsley DB: Borderline and Other Self Disorders: A Developmental and Object-Relations Perspective. New York, Jason Aronson, 1982

Sandler J, Sandler AM: On the development of object relations and affects. Int J Psychoanal 59:285-296, 1978

Schlesinger HJ, Holzman PS: The therapeutic aspects of the hospital milieu. Bull Menninger Clin 34:1-11, 1970

Searles HF: Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects. New York, International Universities Press, 1965

Searles HF: The "dedicated physician" in (1967), in Countertransference and Universities Press, 1979, pp 71-88

Shapiro ER. Shapiro RL, Zinner J, et al: The borderline ego and the working alliance: indications for family and individual treatment in adolescence. Int J Psychoanal 58:77-87, 1977

Simmel E: Psycho-analytic treatment in a sanatorium. Int J Psychoanal 10:70-89, 1929

Stamm I: Countertransference in hospital treatment: basic concepts and paradigms. Bull Menninger Clin 49:432-450, 1985 a

Stamm I: The hospital as a "holding environment." International Journal of Therapeutic Communties 6:219-229, 1985b

Stanton AH, Schwartz MS: The Mental Hospital: A Study of Institutional Participation in Psychiatric Illness and Treatment. New York, Basic Books, 1954

Stone MH, Stone DK, Hurt SW: Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. Psychiatr Clin North Am 10:185-206, 1987

Symington N: The possibility of human freedom and its transmission (with particular reference to the thought of Bion). Int J Psychoanal 71:95-106, 1990

Weiss J, Sampson H, the Mount Zion Psychotherapy Research Group: The Psychoanalytic Process: Theory, Clinical Observations, and Empirical Research. New York, Guilford, 1986

Wesselius LF: Countertransference in milieu treatment. Arch Gen Psychiatry 18:47-52, 1968

Winnicott DW: The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development. London, Hogarth Press, 1965

Zee HJ: Purpose and structure of a psychoanalytic hospital. Journal of the National Association of Private Psychiatric Hospitals 84:20-26, 1977

SECCIÓN

II

Abordajes dinámicos de los trastornos del Eje I

CAPÍTULO 7

Esquizofrenia

No hay período del desarrollo en donde lo humano exista fuera del reino de las relaciones interpersonales.

Harry Stack Sullivan

Los factores genéticos desempeñan un papel importante en el desarrollo de la esquizofrenia. Los estudios mejor controlados sugieren una concordancia para la esquizofrenia en gemelos monocigotas de entre 40 y 50%, mientras que la concordancia en gemelos dicigotas es aproximadamente similar a aquella encontrada en hermanos (Kety, 1996; Plomin y col,. 1990). Sin embargo, como ocurre con casi todos los trastornos psiquiátricos, los claros patrones de transmisión mendelianos no están involucrados. Hay quizás alguna heterogeneidad genética, es decir que, hay quizás, más de un defecto genético comprometido y más de un cuadro genético subyaciendo en el trastorno. Probablemente también sea aplicable la penetrancia incompleta, porque menos de la mitad de los pares de gemelos monocigotas son concordantes. Según parece, hay factores del ambiente que también están implicados en el desarrollo de la esquizofrenia, aunque no existe todavía un consenso sobre la naturaleza exacta de estos ataques ambientales. Entre los posibles factores figuran: lesión en el parto, infección viral durante la gestación, problemas de irrigación sanguínea intrauterina, factores de la dieta, fallas en el desarrollo y ciertos tipos de traumas de la infancia (Kety, 1996; Olin y Mednick, 1996).

Ninguno de los hallazgos de la investigación biológica atenúa el impacto de un hecho irreductible: la esquizofrenia es una enfermedad que le ocurre a una persona con un perfil psicológico único. Aun cuando los factores genéticos fueran la causa del 100% de la esquizofrenia, los clínicos también se verían enfrentados con un individuo dinámicamente complejo que reacciona a una enfermedad profundamente perturbadora. Los abordajes psicodinámicos sofisticados que se utilizan para el manejo del paciente esquizofrénico seguirán siendo siempre los componentes vitales del arsenal terapéutico del clínico. Es probable que no más del 10% de los pacientes esquizofrénicos pueda funcionar de manera exitosa con un abordaje terapéutico que comprenda únicamente la medicación antipsicótica y la hospitalización breve (McGlashan y Keats, 1989). El restante 90% puede beneficiarse con abordajes terapéuticos dinámicamente informados, incluyendo farmacoterapia dinámica, terapia individual, terapia grupal, abordajes familiares y entrenamiento de habilidades, como los ingredientes cruciales del manejo exitoso de su esquizofrenia.

No existe algo así como *el* tratamiento de la esquizofrenia. Todas las intervenciones terapéuticas deben ser confeccionadas en función de las necesidades únicas del paciente individual. La esquizofrenia es una enfermedad heterogénea con manifestaciones clínicas proteiformes. Una organización útil de la sintomatología descriptiva del trastorno es una división en tres grupos: 1) síntomas positivos, 2) síntomas negativos, y 3) desórdenes en las relaciones personales (Andreasen y col., 1982; Keith y Matthews, 1984; Munich y col., 1985; Strauss y col., 1974). Este modelo, propuesto primero por Strauss y col. (1974), distingue tres procesos psicopatológicos diferenciados encontrados en pacientes esquizofrénicos. Esta clasificación es una de varias que han sido sugeridas. Algunos proponen que el tercer grupo debería comprender síntomas de desorganización mental o cognitiva. Yo he preferido ocuparme de los trastornos de las relaciones interpersonales por su relevancia para un abordaje terapéutico psicodinámicamente informado. Los síntomas positivos incluyen alteraciones en el contenido del pensamiento (tales como los delirios), trastornos de la percepción (tales como las alucinaciones), y manifestaciones conductuales (tales como la catatonía y la agitación) que se desarrollan en un corto tiempo y por lo general acompañan a un episodio psicótico agudo.

Mientras que los síntomas positivos floridos constituyen una "presencia" innegable, los síntomas negativos de la esquizofrenia son mejor categorizados como una "ausencia" de función. Estos síntomas negativos incluyen afecto restringido, pobreza de pensamiento, apatía y anhedonia. En los pacientes con predominio de un cuadro de síntomas negativos se pueden observar características que sugieren anomalías de la estructura cerebral, incluyendo pobre adaptación premórbida, bajo rendimiento escolar, grandes dificultades para mantener los empleos, pobre desempeño en las pruebas

cognitivas, pobre respuesta al tratamiento, inicio de la enfermedad en edad temprana y dificultades premórbidas para el funcionamiento social e instrumental (Andreasen y col., 1990; McGlashan y Fenton, 1992).

Carpenter y col. (1988) sugirieron una distinción adicional entre los síntomas negativos. Ellos puntualizaron que ciertas formas de retracción social, afecto embotado y empobrecimiento aparente del pensamiento pueden ser, en realidad, secundarias a la ansiedad, depresión, deprivación ambiental o a los efectos de las drogas. Estas manifestaciones no deberían, por lo tanto, ser etiquetadas como *síntomas negativos* porque son de corta duración y secundarias. Carpenter y col. (1988) propusieron el término *síndrome deficitario* para referirse a síntomas negativos claramente primarios que perduran a lo largo del tiempo. La duración de los síntomas negativos es también significativa para el pronóstico. Mientras que los síntomas negativos fueron alguna vez considerados como implicando un pronóstico poco prometedor, recientes estudios sugieren que únicamente cuando los síntomas negativos persisten más allá de la fase temprana de la enfermedad son probablemente predictores de un resultado más pobre (Kay, 1990; McGlashan y Fenton, 1992).

Al igual que los síntomas negativos, los desórdenes en las relaciones personales tienden a desarrollarse a lo largo de un período prolongado. Estos problemas aumentan a partir de un sustrato caracterológico e incluyen una miríada de dificultades interpersonales tan variadas como los tipos de personalidades humanas. Las manifestaciones principales de los desórdenes en las relaciones interpersonales incluyen retraimiento, expresiones inapropiadas de agresión y sexualidad, pérdida de la percepción de las necesidades de los otros, excesiva demanda y dificultad para establecer contactos significativos con otras personas. Esta tercera categoría está definida menos rigurosamente que las otras dos porque, en esencia, todo paciente esquizofrénico lucha con problemas en las relaciones interpersonales. Por cierto, las tres categorías se superponen extensamente y un paciente esquizofrénico puede moverse de un grupo a otro durante el curso de su enfermedad. El aspecto más útil de estos tres modelos es que facilitan la categorización de manifestaciones predominantes de la enfermedad en cualquier momento dado, de manera que el tratamiento puede ser ajustado en concordancia. Estas distinciones son de un valor heurístico y práctico no sólo a nivel de la descripción de síntomas sino también en la ponderación de consideraciones dinámicas.

Comprensión psicodinámica de la esquizofrenia

Se han propuesto muchos modelos psicodinámicos para asistir a los clínicos en la comprensión del proceso esquizofrénico. La controversia conflic-

to vs. déficit (descrita en el cap. 2) es una característica importante en las discusiones acerca de las teorías de la esquizofrenia. El mismo Freud vaciló entre un modelo de conflicto y un modelo de déficit en la comprensión de la esquizofrenia a medida que su propia conceptualización evolucionaba (Arlow y Brenner, 1969; Grotstein 1977a, 1977b; London, 1973a, 1973b; Pao, 1973). Gran parte de la conceptualización de Freud (1911/1958, 1914/1963, 1915/1963, 1924a/1961, 1924b/1961) se desarrolló a partir de su noción de *catexis*, la cual se refería a la cantidad de energía ligada a cualquier estructura intrapsíquica o representación de objeto. Estaba convencido de que la esquizofrenia se caracterizaba por una decatectización de los objetos. A veces él usaba este concepto de decatectización para describir el proceso de desinvestimiento emocional o libidinal de las representaciones intrapsíquicas de objeto; otras veces usaba el término para describir la retracción social con respecto a las personas reales del ambiente (London, 1973a). Freud definía la esquizofrenia como una regresión en respuesta a intensas frustraciones y conflictos con los otros. Esta regresión desde las relaciones de objeto a un estadio autoerótico del desarrollo estaba acompañada por un retiro de la investidura emocional de las representaciones de objeto y de las figuras externas, lo que explicaba la aparición del retraimiento autístico en los pacientes esquizofrénicos. Freud (1914/1963) postulaba que la catexis del paciente era entonces reinvestida en el self o en el yo.

Algunos autores (London, 1973a 1973b; Wexler, 1971) pensaban que la teoría freudiana de decatectización implicaba un modelo de déficit de la esquizofrenia, aunque Freud intentó claramente tomar en cuenta también el conflicto. Después de desarrollar el modelo estructural, revisó su visión de la psicosis (1924a/1961, 1924b/1961). La neurosis era para él un conflicto entre el yo y el ello, y la psicosis, un conflicto entre el yo y el mundo externo. La psicosis comprendía una desmentida y una posterior remodelación de la realidad. A pesar de esta revisión, Freud continuaba hablando del retiro de la catexis y de su reinvestidura en el yo. Él usaba el retiro de la catexis de objeto para explicar su observación de que, comparados con los pacientes neuróticos, los pacientes esquizofrénicos eran incapaces de establecer transferencias.

La noción de Freud de que los pacientes esquizofrénicos no establecen relaciones transferenciales estaba indudablemente relacionada con el hecho de que él no intentó esfuerzos terapéuticos intensos con tales pacientes. Harry Stack Sullivan, por otro lado, dedicó su vida al tratamiento de la esquizofrenia y arribó a conclusiones bastante diferentes. Él creía que la etiología del trastorno era el resultado de dificultades interpersonales tempranas (particularmente en la relación niño-progenitor), y conceptualizó el tratamiento como un proceso interpersonal a largo plazo que intentaba llegar a aquellos problemas tempranos. De acuerdo con Sullivan (1962), la maternidad defectuosa produce un self cargado de ansiedad en el infante y

le impide a éste tener sus necesidades satisfechas. Este aspecto de la experiencia del self era entonces disociado, pero el daño a la autoestima era profundo. El inicio de la enfermedad esquizofrénica, en la perspectiva de Sullivan, era un resurgimiento del self disociado que conducía a un estado de pánico y, entonces, a la desorganización psicótica. Sullivan siempre consideró que la capacidad para las relaciones interpersonales estaba presente incluso en el paciente esquizofrénico más retraído. Su trabajo pionero con pacientes esquizofrénicos fue continuado por su discípula, Frieda Fromm-Reichmann (1950), quien remarcó que las personas esquizofrénicas no están contentas con su estado de retraimiento. Ellas son fundamentalmente personas solitarias que no pueden vencer su miedo y desconfianza hacia los otros a causa de las experiencias adversas que vivieron en la infancia.

Mientras Sullivan y sus seguidores estaban desarrollando teorías interpersonales, los primeros psicólogos del yo estaban observando que un límite defectuoso del yo es uno de los déficits principales en los pacientes esquizofrénicos. Federn (1952) no estaba de acuerdo con la afirmación de Freud de que la catexis de objeto era retirada en la esquizofrenia. Para él, en cambio, la catexis se retiraba del límite del yo. Observó que los pacientes esquizofrénicos se caracterizan por no tener barrera entre el interior y el exterior, porque el límite del yo no está investido psicológicamente (como ocurre en los pacientes neuróticos).

Muchas de estas formulaciones psicoanalíticas tempranas crearon profundas dificultades entre los clínicos que trataban pacientes esquizofrénicos y los familiares de estos pacientes. Términos tales como *madre esquizofrenógena* generaron una atmósfera en la cual las madres se sentían culpables por causar la esquizofrenia en sus hijos. En las últimas décadas han aparecido formulaciones psicodinámicas más sofisticadas de la esquizofrenia (Arlow y Brenner, 1969; Blatt y Wild, 1976; Grand, 1982; Grotstein, 1977a, 1977b; Mahler, 1952; Ogden, 1980, 1982). La mayoría de estas teorías están basadas en reconstrucciones a partir de trabajos con pacientes adultos. En otras palabras, los clínicos estudiaron los procesos mentales en el marco psicoterapéutico y luego se adentraron en las cuestiones del desarrollo infantil. Por desgracia, muchas de estas formulaciones psicoanalíticas no integran los hallazgos de la investigación biológica dentro de sus teorías de la etiología.

Varias configuraciones psicológicas reflejan la interfase entre lo neurobiológico y lo psicológico. Los niños que desarrollan esquizofrenia rechazan las relaciones de objeto por lo que es dificultoso establecer vínculos con ellos. La hipersensibilidad a la estimulación y las dificultades en la atención y concentración también son rasgos comunes de personalidad preesquizofrénica. La investigación reciente ha sugerido que las pérdidas regionalmente difusas de la barrera sensorial normal en el sistema nervioso central pueden ser características de la esquizofrenia (Freedman y col., 1996; Judd y

col,. 1992), de manera que los pacientes encuentran dificultades para descartar estímulos irrelevantes y sienten una sensación crónica de sobrecarga sensorial. Robbins (1992) ha sugerido una correlación entre estados emocionales de olvido mental y hallazgos de atrofia cortical y actividad disminuida en el lóbulo frontal de pacientes esquizofrénicos. Este grupo de características tomadas en conjunto conducen a formas patológicas de simbiosis con los cuidadores que son incapaces de adaptarse a las demandas de tales niños. La noción de una diátesis en la infancia que está presente mucho antes del inicio de los síntomas esquizofrénicos ha sido sostenida por una investigación creativa que incluía estudios de películas hogareñas de pacientes esquizofrénicos con inicio en la adultez y sus hermanos sanos (Walker y Lewine, 1990). Los jueces que vieron las películas y que no conocían la evolución psiquiátrica de los sujetos fueron capaces de identificar confiablemente a los niños preesquizofrénicos y distinguirlos de sus hermanos sanos.

Las teorías acerca de la etiología y la patogénesis deben tomar en cuenta la evidencia sustancial de que los factores genéticos desempeñan un papel fundamental. En ausencia de tales factores, incluso situaciones de familias altamente disfuncionales no producirán enfermedad esquizofrénica en la descendencia (Wahlberg y col., 1997). Una de las hipótesis más convincentes es la de Kendler y Eaves (1986), que postuló que los genes controlan el grado en que un individuo es sensible a las predisposiciones del ambiente, aspectos de riesgo aumentado vs. aspectos protectores y de riesgo disminuido. Esta teoría del control genético de la sensibilidad al ambiente fue sostenida por un estudio finlandés en donde un grupo de 58 niños adoptados con madres biológicas esquizofrénicas fueron comparados con un grupo control de 96 adoptados con riesgo genético ordinario (Wahlberg y col., 1997). Entre los hijos de padres adoptivos con altos niveles de comunicación anormal, una alta proporción de aquellos adoptados con riesgo genético alto mostraron evidencia de trastorno del pensamiento comparados con el grupo control de adoptados. En este modelo conceptual, el énfasis es puesto en el "ajuste" entre el niño y la familia adoptiva. Un subgrupo de adoptados con riesgo genético alto no se "ajustó" a sus padres adoptivos que se caracterizaban por una comunicación altamente anormal.

Una de las implicaciones de este modelo conceptual es que una experiencia positiva de crianza puede proteger a individuos de alto riesgo contra el futuro desarrollo de la esquizofrenia. Esta visión fue sostenida por el Estudio Finlandés de Familia Adoptiva (Tienari y col., 1994). En esta investigación, los niños de madres esquizofrénicas que tuvieron una experiencia positiva de adopción fueron protegidos de la posterior esquizofrenia, mientras que individuos genéticamente vulnerables que vivieron con una familia adoptiva perturbada tendieron a desarrollar el trastorno. Otros estudios, no obstante, no ligaron los disturbios familiares con el desarrollo de la enfermedad.

En una amplia revisión de la literatura, Olin y Mednick (1996) identificaron características premórbidas que parecen ser marcadores de riesgo para futuras psicosis. Estas características se ubican en dos categorías: 1) factores etiológicos tempranos, incluyendo las complicaciones perinatales, historia familiar de esquizofrenia, exposición maternal a la influenza, déficit neuroconductuales, separación parental en el primer año de vida, funcionamiento familiar con distrés y crianza institucional; y 2) precursores sociales y conductuales de enfermedad mental identificados por clínicos y maestros y variables de personalidad reveladas por entrevistas y cuestionarios. En otras palabras, entre la vulnerabilidad genética, los atributos ambientales y los rasgos individuales ocurre una interacción.

Gran parte de la literatura psicodinámica de la esquizofrenia está focalizada en las consideraciones de tratamiento. Por cierto, la comprensión psicodinámica es relevante para el tratamiento de la esquizofrenia, independientemente de su etiología. Ciertos hilos comunes corren a través de muchas de las teorías psicodinámicas que informan el abordaje clínico del paciente. Primero, los síntomas psicóticos tienen significado (Karon, 1992). Los delirios de grandeza o las alucinaciones, por ejemplo, siguen inmediatamente a una herida a la autoestima del paciente esquizofrénico (Garfield, 1985; Garfield y col., 1987). El contenido grandioso del pensamiento o la percepción es el esfuerzo del paciente para contrarrestar la herida narcisista.

Un segundo hilo común es que la relación humana, para estos pacientes, está cargada de terror. Las intensas ansiedades que implica el contacto con los otros son apreciables aun cuando la etiología no se pueda explicar del todo. Preocupaciones acerca de la integridad de los propios límites del yo y el temor de fusión con los otros representan un problema continuo que por lo general se resuelve con el aislamiento. La relación de tratamiento representa un desafío para que el paciente sea capaz de confiar en que empezar a conectarse con los otros no será catastrófico. Por último, un tercer hilo común comprende la convicción de todos los autores orientados psicodinámicamente de que la relación terapéutica, informada de manera dinámica, con clínicos sensibles puede mejorar fundamentalmente la calidad de vida de los pacientes esquizofrénicos. En un estudio de pacientes esquizofrénicos completamente recuperados (Rund, 1990), el 80% hizo psicoterapia de largo plazo y le concedió gran importancia. Y aun cuando no se llegaba a la recuperación completa, la relación terapéutica también podía ser de extraordinario valor para el paciente en su adaptación general a la vida.

Abordajes de tratamiento

Farmacoterapia

Estudios bien diseñados y controlados demuestran extensamente que la medicación antipsicótica es altamente eficaz para manejar los síntomas positivos de la esquizofrenia. La accesibilidad del paciente esquizofrénico a todas las otras formas de intervenciones terapéuticas se facilita mucho por el uso juicioso de los antipsicóticos. Keith y Matthews (1984) han aseverado incluso que "la libertad lograda a partir de los abordajes de los síntomas positivos es una condición *sine qua non* para los tratamientos psicosociales" (p. 71). Los síntomas negativos y los desórdenes en las relaciones interpersonales, sin embargo, son mucho menos afectados por la medicación y por lo tanto requieren abordajes psicosociales. Algunos de los agentes antipsicóticos nuevos y atípicos (tales como clozapina, risperidona y olanzapina) parecen provocar un gran impacto sobre las constelaciones de los síntomas negativos.

Debido a que circulan muchos textos interesantes de psicofarmacología, me abocaré a los abordajes psicosociales de tratamiento. Como ya se trató en el capítulo 5, el no cumplimiento con la medicación prescripta es un problema continuo en el tratamiento de muchos pacientes esquizofrénicos. Los psiquiatras dinámicos comprometidos en el manejo a largo plazo de pacientes con esquizofrenia deben tener muy en cuenta esta cuestión. Cada paciente debe ser educado respecto de: la posibilidad de recaída si suspende la medicación, los signos de discinesia tardía y el manejo de los efectos colaterales más benignos. Además, se debe explorar en forma frecuente el significado de la medicación para el paciente, en particular al primer signo de no cumplimiento. Como se destacó en el capítulo 5, la prescripción de medicación antipsicótica debe tener lugar en el contexto de una alianza terapéutica cuidadosamente fomentada y tratando de entender cual es la experiencia interna que tiene el paciente de todos los tratamientos.

Los nuevos antipsicóticos atípicos que empezaron a ser utilizados ampliamente en la década pasada han revolucionado el tratamiento de la esquizofrenia. Estos agentes, que incluyen risperidona, clozapina, olanzapina, quetiapina y ziprasidona, son por lo menos tan efectivos como la medicación antipsicótica convencional para los síntomas positivos y son más efectivos que los antipsicóticos convencionales para los síntomas negativos. La clozapina también ha mostrado que alivia los síntomas psicóticos en un porcentaje significativo de pacientes resistentes al tratamiento. Más aún, estos agentes con frecuencia alivian a los pacientes de varios efectos colaterales incómodos, y así tienen mejor disposición para continuar con la medicación y para participar en tratamientos psicosociales. El tratamiento con

risperidona provoca un efecto más favorable en la memoria de funcionamiento verbal, que el tratamiento con un agente antipsicótico convencional, por lo tanto logra que la colaboración en un tratamiento psicoterapéutico o psicosocial sea más que una posibilidad (Green y col., 1997). En un estudio que comparó pacientes que recibían clozapina con otros que recibían un antipsicótico convencional, los pacientes tratados con clozapina mostraban mucho más probabilidad de participar en tratamientos de rehabilitación psicosocial (Rosenheck y col., 1998).

El advenimiento de los antipsicóticos atípicos también ha implicado nuevos desafíos psicoterapéuticos para el clínico. Algunos pacientes que han estado crónicamente enfermos por muchos, muchos años debido a la falta de respuesta a los agentes convencionales se encontrarán de repente ellos mismos en estado de remisión. Algunos observadores (Degen y Nasper, 1996; Duckworth y col., 1997) han comparado estas remisiones impresionantes con lo que Oliver Sacks (1990) describió como "despertares". Para muchos pacientes, la psicosis puede llegar a servir como una función defensiva de manera que no tienen que enfrentar las incertidumbres de las relaciones, las complejidades de la situación laboral y el significado de la existencia. La identidad entera de un individuo puede estar sumergida en la noción de tener una enfermedad crónica. Cuando los síntomas de uno finalmente remiten, hay por lo general un proceso penoso relacionado con lo que se ha perdido y una sensación desconcertante de no saber quién es uno en un estado no psicótico de la mente. Como Degen y Nasper notaron (1996), "A pesar de indiscutibles mejoramientos, el alivio súbito de los síntomas ha resultado ser por lo menos tan doloroso como la psicosis para algunas personas" (p. 9). La intervención psicoterapéutica puede ayudar al paciente a integrar el viejo self con el nuevo self.

Pacientes con psicosis crónica pueden haber estado aislados también de los riesgos de la intimidad. La remisión de los síntomas psicóticos permite que surja la posibilidad de un compromiso romántico y sexual por primera vez en años. Muchos pueden experimentar una extraordinaria ansiedad frente a esta perspectiva. Habrá que enfrentar los inherentes riesgos de pérdida y rechazo que se producirán cuando estos pacientes empiecen a acercarse a los otros (Duckworth y col., 1997). Por último, emerger de la psicosis puede colocar a los pacientes frente a una crisis existencial acerca del propósito y significado en la vida. Ellos reconocen que una buena porción de sus vidas se ha perdido por la enfermedad crónica, y son forzados a reconsiderar sus valores personales y espirituales. Aquellos que ingresan en una actividad laboral son confrontados con la necesidad de integrar el significado del trabajo dentro de un sentido de propósito e identidad personal después de haber sido incapaces de trabajar por largos períodos.

Además del entrenamiento de habilidades, rehabilitación y otras modalidades, los pacientes que responden bien a los antipsicóticos atípicos tam-

bién requieren una relación humana de apoyo en donde estas adaptaciones puedan ser exploradas.

Psicoterapia individual

A pesar de una rica tradición clínica en psicoterapia individual de la esquizofrenia orientada psicoanalíticamente, los estudios de investigación han estado muy presionados para demostrar que es probable que el paciente esquizofrénico promedio pueda cosechar un beneficio significativo de tales esfuerzos (Gomez-Schwartz, 1984). El Camarillo State Hospital Study (mayo 1978) es citado a menudo porque fue el primer estudio en gran escala que comparó los logros de los pacientes esquizofrénicos de acuerdo con el tipo de tratamiento: psicoterapia o medicación antipsicótica. Los grupos de pacientes que recibieron medicación mostraron significativamente una mejoría mayor que aquellos que no recibieron medicación y que aquellos que recibieron sólo psicoterapia. Más aún, no se notó ningún efecto interactivo entre la psicoterapia y la medicación antipsicótica. Este estudio ha sido criticado, sin embargo, porque dependía de terapeutas inexpertos que no tenían un compromiso particular hacia el tipo de psicoterapia para la que fueron entrenados y que aplicaron a sus sujetos de investigación. Además, las mediciones de los resultados no fueron suficientemente sensibles para registrar cambios en el funcionamiento psicológico interpersonal y general que podrían responder específicamente a la psicoterapia (Conte y Plutchik, 1986). Otros dos estudios que también estuvieron cargados con problemas metodológicos (Grinspoon y col., 1972; Rogers y col., 1967) encontraron cuestionable el beneficio de la psicoterapia. Karon y VandenBos (1981) demostraron mayor mejoría en pacientes esquizofrénicos tratados por terapeutas experimentados, en comparación con un grupo control de pacientes que recibieron tratamiento rutinario con fenotiazinas y terapia de apoyo, pero este estudio ha sido también criticado por problemas metodológicos tales como falta de asignación randomizada y transferencia temprana de pacientes del grupo de tratamiento farmacológico a una unidad crónica (Keith y Matthews, 1984; Klein, 1980).

Sin duda, el estudio más elegantemente diseñado sobre los efectos de la psicoterapia en pacientes esquizofrénicos es el estudio de Boston reportado por Stanton, Gunderson y col. (Gunderson y col., 1984; Stanton y col., 1984). Una falla principal en estudios previos había sido la falta de definición en la forma de psicoterapia que era administrada por los terapeutas del proyecto. En el estudio de Boston, pacientes esquizofrénicos no crónicos de diversos marcos institucionales y ambulatorios fueron asignados a dos tipos de terapias: psicoterapia de apoyo para adaptación a la realidad (RAS) o psicoterapia exploratoria orientada al insight (EIO). Aquellos incluidos en

el análisis (95 de los 164 pacientes originales) permanecieron en sus tratamientos asignados durante seis meses por lo menos. A los dos años de seguimiento, los investigadores obtuvieron datos completos de 47 de los pacientes originales. Hasta este punto en el análisis de los datos, los pacientes que recibieron RAS mostraron menos recidivas y mejor desempeño de roles. Por otro lado, los pacientes que recibieron EIO tuvieron mayores mejorías en cognición y funcionamiento del yo. Los investigadores concluyeron que las diferencias globales entre los dos grupos fueron relativamente menores.

Lamentablemente, a pesar de la metodología sofisticada y el diseño del estudio de Boston, la generalización de los resultados debe ser limitada por varias razones. Primero, únicamente 47 pacientes completaron los dos años del proyecto; por lo tanto, muchas de las comparaciones definitivas fueron basadas en aproximadamente 20 sujetos en cada grupo de tratamiento (Carpenter, 1984). Segundo, la colección de datos finalizó después de dos años. Muchos terapeutas experimentados en pacientes esquizofrénicos considerarían que el lapso de dos años es simplemente el comienzo de la fase media de la terapia. Los pacientes esquizofrénicos tienen notorias dificultades para adherir a un proceso psicoterapéutico. Más aún, esperar que un terapeuta, en el tratamiento de pacientes esquizofrénicos, adhiera de igual manera a un modelo de terapia más o menos expresiva o a un modelo de terapia de más o menos apoyo, introduce una artificialidad en el tratamiento que está siendo evaluado. En ningún lado la flexibilidad es más importante que en la psicoterapia de la esquizofrenia. Como se remarcó en el capítulo 4, en un marco natural, el psicoterapeuta puede cambiar alternativamente entre intervenciones expresivas y de apoyo, dependiendo de las necesidades del paciente en un momento dado.

Los propios investigadores (Glass y col., 1989) evaluaron luego a ciegas el proceso de terapia a partir de transcripciones de cintas de audio y concluyeron que los primeros hallazgos de pequeñas diferencias globales entre los dos grupos "encubrían procesos distintos dentro de las terapias que tienen importantes y específicos efectos" (p. 607). Terapeutas considerados expertos en exploración dinámica produjeron mayores mejorías en psicopatología global, negación de enfermedad y retardo y apatía.

Además, al interpretar los datos del estudio Boston, se debería tener en cuenta otra diferencia irreductible entre las necesidades de investigación y el ambiente de la práctica clínica. Las motivaciones, tanto conscientes como inconscientes, que conducen a un psicoterapeuta a ingresar en lo que podría convertirse en un compromiso para toda la vida al tratar a un paciente esquizofrénico, son misteriosas y muy personales. Cualesquiera que sean las fuerzas que conducen a un terapeuta y a un paciente a "elegirse" mutuamente son ignoradas por los diseños de los grupos grandes que requieren asignaciones, de paciente a terapeuta, randomizadas de manera rigurosamente científica (Müller, 1984). Únicamente el estudio intensivo de

casos individuales puede arrojar luz sobre esta contribución significativa al éxito psicoterapéutico.

En un informe posterior, Gunderson (1987) reconoció la dificultad de involucrar a los pacientes esquizofrénicos en un proceso psicoterapéutico a largo plazo. Él notó que su estudio y otros han sugerido que cerca de dos tercios de pacientes esquizofrénicos abandonan la psicoterapia cuando es asignada de manera no específica como parte de un estudio de investigación. Gunderson examinó cuidadosamente los datos del estudio de Boston para determinar las características típicas de aquellos que continuaron en psicoterapia. Su sorprendente hallazgo fue que estos pacientes estaban caracterizados por aislamiento social, apatía y desorganización interna. No obstante, ellos tendieron a desempeñar un rol más coherente que el grupo que abandonó. Él también determinó que el porcentaje de abandono está afectado por normas culturales dentro del ambiente hospitalario. Por ejemplo, pacientes del Veteran Administration Hospital usados en el estudio presentaban mucho más probabilidad de abandonar que aquellos hospitalizados en el McLean Hospital, donde la psicoterapia es una parte estandarizada del tratamiento. Gunderson también concluyó que la hospitalización a largo plazo puede ser útil para involucrar a los pacientes. Cuando dividió a los pacientes de acuerdo con la terapia realizada del modelo RAS o del modelo EIO, pudo determinar que los pacientes con trastornos del pensamiento y emocionalmente distantes pero con una visión optimista de su enfermedad presentaban mayor probabilidad de continuar con el primer tipo de tratamiento, mientras que los pacientes que presentaban mayor probabilidad de continuar con el segundo tipo de tratamiento tenían bastante conservada la prueba de realidad, sus relaciones interpersonales eran razonablemente buenas y veían de sus episodios psicóticos como un hecho lamentable. Los hallazgos de Gunderson son coherentes con aquellos que provienen del estudio de seguimiento a largo plazo de McGlashan (1984,1987) de pacientes tratados en el Chestnut Lodge. En este estudio, 163 pacientes esquizofrénicos previamente hospitalizados en el Chestnut Lodge fueron seguidos un promedio de 15 años después del alta mientras recibían psicoterapia intensiva orientada psicoanalíticamente. Cerca de un tercio de estos pacientes tuvo resultados de moderados a buenos (McGlashan, 1984). De los dos grupos identificables cuyas psicosis remitieron, un grupo intentó integrar su experiencia psicótica dentro de sus vidas. Ellos creían que habían ganado importante información del episodio psicótico, y sentían curiosidad acerca del significado de sus síntomas. El segundo grupo mostró otro camino hacia una recuperación estable, a saber, el camino de "sellar" la enfermedad. Estos pacientes tendían a tener una fija visión negativa de su enfermedad y no estaban interesados en comprender sus síntomas psicóticos. Aunque ambos grupos habían alcanzado una adaptación razonablemente estable, aquellos que integraron sus experiencias parecían haber tenido resultados algo superiores.

Estos hallazgos sugieren que los pacientes que pueden integrar una experiencia psicótica dentro de sus vidas pueden beneficiarse de un trabajo exploratorio en el contexto de la psicoterapia, mientras que aquellos que cierran con un sello un episodio psicótico probablemente no se beneficiarán y hasta pueden resultar dañados por persistentes intentos exploratorios. Incluso las psicoterapias que implican algún insight requerirán un significativo apoyo por parte del terapeuta. La distinción expresiva-de apoyo es ciertamente menos rígida en la psicoterapia de la esquizofrenia que en el tratamiento de pacientes con más alto funcionamiento.

La terapia personal (Hogarty y col., 1995, 1997a, 1997b) es la más rigurosamente probada de las intervenciones psicosociales individuales en la esquizofrenia. En contraste con las terapias psicodinámicas, que son por lo general no específicas para un trastorno, la terapia personal es específica para un trastorno. Está fundamentada también en la investigación de la enfermedad, es decir, basada en el modelo estrés-vulnerabilidad y considera que la desregulación afectiva relacionada con el estrés juega un papel central en la exacerbación de los síntomas. Algunos terapeutas psicodinámicos han basado sus presunciones acerca de la enfermedad en teorías psicoanalíticas que pueden no tener base empírica. Por otro lado, una gama de técnicas terapéuticas caracterizan a la terapia personal, y muchos terapeutas dinámicos son similarmente flexibles en ajustar sus abordajes a las necesidades del paciente.

La terapia personal procede en fases. En la fase inicial, el foco está en la estabilización clínica de los síntomas, el desarrollo de la alianza terapéutica, y la provisión de psicoeducación básica. Esta fase usualmente tiene lugar durante los primeros meses después del alta del hospital. La fase intermedia es ajustada para ayudar al paciente a que tome conciencia de señales afectivas internas asociadas con los estresores. Algunos pacientes podrían también iniciar el entrenamiento de habilidades sociales, ejercicios de relajación y entrenamiento para aumentar la percepción social en este punto. La fase avanzada de la terapia es diseñada para proveer oportunidades para la introspección. Además, el paciente recibe instrucción en los principios de la resolución de conflictos y el manejo de la crítica. En cada fase, la terapia es confeccionada de acuerdo con las necesidades individuales del paciente.

Hogarty y col. (1997a, 1997b) asignaron de manera randomizada 151 pacientes con esquizofrenia para terapia personal o para uno de dos tratamientos comparativos: terapia familiar o terapia individual de apoyo. Ellos siguieron a los pacientes duante tres años después del alta hospitalaria. Solo el 18% terminó prematuramente el estudio, y de aquellos, la mayoría no estaba en el grupo de terapia personal. La terapia personal resultó más efectiva que la terapia familiar y de apoyo para prevenir las recaídas afectivas y psicóticas, así como el no cumplimiento de la medicación, pero esta mayor efectividad se vio en aquellos pacientes que vivían con sus familias. En-

tre los pacientes que no vivían con una familia, los que recibieron terapia personal se desempeñaron peor, tuvieron significativamente más descompensaciones psicóticas que aquellos que recibieron terapia de apoyo. Los investigadores concluyeron que la terapia personal debería probablemente ser demorada hasta que los pacientes hubieran alcanzado estabilidad residencial y mejoría sintomática.

La terapia personal mostró ser altamente beneficiosa para el desempeño de roles o para la adaptación social, pero sus efectos sobre los síntomas no fueron significativamente mayores que aquellos logrados con los tratamientos de comparación. De hecho, pacientes que recibieron terapia individual en realidad tuvieron *más* ansiedad que aquellos que recibieron terapia de apoyo o familiar. Además, la terapia personal parecía ser más durable en su impacto que la terapia de apoyo. Los pacientes que recibieron terapia personal continuaron mejorando en la adaptación social durante el segundo y tercer año después del alta, mientras que aquellos que recibieron terapia de apoyo, con o sin intervención familiar, experimentaron efectos de adaptación con un máximo a los 12 meses después del alta y luego entraron en una meseta.

De acuerdo con nuestra comprensión contemporánea acerca de la estrategia de tratamiento óptima para la esquizofrenia, la terapia personal fue únicamente una modalidad en el plan de tratamiento general. Los pacientes recibieron medicación antipsicótica y también se usaron varios abordajes de rehabilitación en conjunción con la terapia personal. Para Fenton y McGlashan (1997), la terapia personal provee el contexto ideal en el cual se debe considerar "*la específica combinación de intervenciones que será más útil para este paciente particular con este particular tipo de esquizofrenia en esta particular fase de la enfermedad o de la recuperación*" (p. 1495). Este esfuerzo para diseñar la elección de intervenciones a medida de las necesidades específicas del paciente hace al buen sentido clínico. La terapia personal puede ser por cierto aplicada dentro de un marco de comprensión psicodinámica de las defensas, relaciones de objeto y sentido del self del paciente.

Además, ensayos controlados y randomizados de terapia cognitivo-conductual han mostrado que las intervenciones psicoterapéuticas pueden ser un componente útil de un plan de tratamiento global para la esquizofrenia (Kuipers y col., 1998; Tarrier y col., 1998). En un estudio, las mejorías del paciente que resultaron de una terapia cognitivo-conductual fueron ampliamente sostenidas a los 18 meses de seguimiento (Kuipers y col., 1998). Las estrategias tales como entrenamiento en la resolución de problemas y prevención de recaídas mostraron ser particularmente útiles en este estudio y deberían ser incorporadas en cualquier abordaje psicoterapéutico.

Después de que los síntomas del paciente se han estabilizado, el principal desafío del terapeuta es empezar a construir una alianza terapéutica.

Debido a la pérdida de insight que presentan los pacientes en su enfermedad,ésta suele ser una tarea extraordinariamente difícil. Como resultado, los terapeutas deben ser innovadores para encontrar algún terreno común. Selzer y Carsky (1990) han remarcado la importancia de encontrar un objeto organizador-una persona, una idea, o un objeto inanimado- que permita al paciente y al terapeuta hablar acerca de lo que está ocurriendo entre ellos. En este estadio temprano del tratamiento, los pacientes son generalmente incapaces de reconocer que están enfermos y necesitan tratamiento, y el principal objetivo debe ser el establecimiento de una relación. Por ejemplo, Frese (1997) advierte a los clínicos que eviten desafiar las creencias delirantes de los pacientes. Puntualiza que cuando los pacientes tienen delirios, ellos asumen naturalmente que son ciertos, incluso ante la evidencia de lo contrario. Frese, quien ha sufrido él mismo de esquizofrenia por muchos años mientras estaba siguiendo una exitosa carrera como psicólogo, aconseja a los clínicos pensar en los pacientes como si hablasen de manera poética y metafórica. Él sugiere que es útil ayudar a los pacientes a ver cómo los otros consideran sus creencias, de manera que puedan evitar ciertas acciones que provoquen su ingreso en un hospital psiquiátrico. Mediante la alianza con la necesidad del paciente de evitar la hospitalización, el terapeuta puede ganar su cooperación y el cumplimiento con otros aspectos del plan de tratamiento, tales como la medicación.

Gran parte del trabajo inicial de la psicoterapia debe ser directivo y diseñado para reparar los déficit del paciente que impiden el desarrollo de una alianza terapéutica (Selzer, 1983; Selzer y Carsky, 1990; Selzer y col., 1989). El consiguiente trabajo de construir una alianza puede rendir sus frutos. Cuando Frank y Gunderson (1990) examinaron el rol de la alianza terapéutica en los cursos y resultados de 143 pacientes esquizofrénicos en el Boston Psychotherapy Study, descubrieron que ésta era un predictor clave del éxito de tratamiento. Pacientes con buenas alianzas terapéuticas muestran más probabilidad de mantenerse en psicoterapia, más probabilidad de cumplir con la medicación prescripta, y más probabilidad de alcanzar mejores resultados al final del segundo año.

La alianza de tratamiento puede también ser facilitada mediante la restauración y el apoyo de las defensas del paciente, focalizando en las fuerzas del paciente y aportando un refugio seguro para el paciente. McGlashan y Keats (1989) enfatizaron que, sobre todo, la psicoterapia debería ofrecer asilo. Sentimientos y pensamientos que otros no entienden son aceptados por el psicoterapeuta. Se acepta y entiende el repliegue o la conducta bizarra sin pedirle al paciente que cambie para ser aceptado. Una gran parte de este aspecto de la técnica consiste en "ser con " el paciente (McGlashan y Keats, 1989), es decir, tener la disposición a estar con otro ser humano sin exigir demasiado. Como Karon (1992) ha puntualizado, el terror es el afecto primario del esquizofrénico. Los terapeutas deben ser capaces de aceptar

los sentimientos de terror cuando son proyectados sobre ellos y evitar replegarse o ser abrumados por esos afectos poderosos.

En la medida en que la alianza se vuelve sólida, el terapeuta puede empezar a identificar factores de recaída específicos e individuales y ayudar al paciente a aceptar el hecho de que tiene una enfermedad seria.

El terapeuta también debe servir como un yo auxiliar para el paciente. Cuando profundas debilidades del yo, tales como el juicio pobre, están en evidencia, él puede ayudar al paciente a anticiparse a las consecuencias de sus acciones.

Debe esforzarse por estar abierto y ser genuino con el paciente. Si todos los sentimientos negativos son negados y escindidos en la relación terapéutica, el paciente experimentará al terapeuta como irreal. Más aún, la aparente habilidad del terapeuta para superar todos los sentimientos de ira, fastidio, odio y frustración simplemente aumentará la envidia que el paciente siente por él (Searles, 1967/1979). Esta postura no implica que el terapeuta debería dedicarse a una profunda autorrevelación, pero puede desear compartir temas de interés personal con el paciente y querer convalidar la percepción que el paciente tiene de sentimientos como irritación, tristeza, hastío y otros afectos displacenteros.

El terapeuta debe estar atento a los déficit. Algunos pacientes tienen limitaciones neurocognitivas sustanciales que el terapeuta puede señalar con tacto. Y en este caso podrá también brindar consejos sobre cómo compensarlas para que el paciente no se sienta desesperanzado.

Kingdon y Turkington (1994) han descrito en detalle en un excelente trabajo basado en la terapia cognitivo-conductual, con investigación empírica demostrando su eficacia. Gran parte de su abordaje está estrechamente relacionada con terapia de apoyo dinámicamente informada, que reconoce las fragilidades y busca fortalecer el funcionamiento del yo. Por ejemplo, al abordar una alucinación del paciente, el terapeuta puede desear explorar la cualidad idiosincrásica de la percepción. Se pueden formular preguntas tales como: "¿Puede alguien más escuchar lo que se dice?" y el terapeuta podría inquirir acerca de las creencias del paciente con respecto al origen de las voces. En el trabajo con los delirios, el terapeuta puede preguntar con mucho tacto si hay otras posibles explicaciones para el fenómeno que el paciente cree. ¿Es posible que el paciente esté tomando en forma personal cosas o leyendo cosas en las conductas de los otros? También vale la pena explorar una cadena de inferencia. Por ejemplo, si el paciente cree que hay en su cerebro un chip de silicio, se podría preguntar cómo llega la electricidad al chip. Por lo general, la experiencia del paciente debería ser aceptada y habría que crear una atmósfera positiva para la exploración que pueda conducirlo a algún pensamiento crítico acerca de otras posibilidades.

Solo después de que se establezca una sólida alianza, se reconozcan y discutan los factores de recaída específicos e individuales, se aborden los dé-

ficit y el paciente esté bien instalado en una vivienda con su familia u otros, recién entonces debería el terapeuta intentar un abordaje expresivo en donde el insight o la interpretación sean centrales. Algunos pacientes pueden no llegar nunca hasta este punto. Es posible que cuando las estrategias de rehabilitación y de apoyo son suficientes, el terapeuta se sienta satisfecho con lo ya logrado y no desee buscar una mayor mejoría. Se debe evitar la fantasía de rescatar al paciente de la esquizofrenia ya que ésta es la peor actitud psicológica posible para un terapeuta. Los terapeutas deben estar cómodos con la posibilidad de que los pacientes prefieran elegir "el demonio que conocen" antes que enfrentar las incertidumbres del cambio y la mejora. La psicoterapia efectiva requiere una actitud en el terapeuta que permita al paciente desear permanecer enfermo como una aceptable alternativa al cambio psicoterapéutico (Searles, 1976/1979). No obstante, un subgrupo sustancial de personas con esquizofrenia querrán colaborar con un terapeuta para ganar una comprensión de su enfermedad y de cómo ella ha destrozado su sentido de quiénes son. En los libros hay testimonios elocuentes de los pacientes esquizofrénicos respecto de los beneficios de la psicoterapia individual (Anonymous, 1986; Ruocchio, 1989). Ellos se refieren a lo importante que es tener una figura consistente en sus vidas que está presente en las adversidades a lo largo de muchos años. Cuentan también cómo las experiencias subjetivas de ellos mismos y de sus vidas cambiaron significativamente por una relación psicoterapéutica a largo plazo, aun cuando las medidas de los resultados pueden no ser lo bastante sensibles para registrar tales cambios. Según un paciente (Anónimo, 1986): "Un yo frágil dejado solo permanece frágil. La medicación o el apoyo superficial por sí solos no son un sustituto para el sentimiento de que uno es comprendido por otro ser humano" (p. 70).

Psicoterapia grupal

Estudios de psicoterapia grupal con pacientes esquizofrénicos sugieren que esta modalidad puede ser útil, pero enfatizan el momento de su implementación. Al parecer, el momento óptimo es después de que los síntomas positivos son estabilizados a través de la intervención farmacológica (Kanas y col., 1980; Keith y Matthews, 1984). El paciente con desorganización aguda es incapaz de filtrar los estímulos ambientales, y los múltiples estímulos provenientes de un marco grupal pueden abrumar al ya hostigado yo del paciente, justo cuando está intentando restablecerse a sí mismo. Una revisión de estudios controlados de terapia grupal para la esquizofrenia (Kanas, 1986) encontró considerable evidencia de la eficacia de la psicoterapia grupal para internados pero con una clara tendencia a mayores éxitos en las unidades de crónicos a largo plazo que en los pabellones de agudos. Des-

pués de que la sintomatología positiva es controlada, los grupos de pacientes internados pueden ser de un gran apoyo para pacientes esquizofrénicos en la medida en que se están reorganizando y ven a otros preparándose para el alta. Los estudios de eficacia sugieren que, como una modalidad ambulatoria, la terapia grupal puede ser tan efectiva como la terapia individual (O' Brien, 1983). Para el paciente que está estabilizado con medicación, las sesiones semanales de 60-90 minutos pueden servir para cimentar la confianza y proveer un grupo de apoyo donde los pacientes tienen libertad para discutir las preocupaciones de cómo manejar las alucinaciones auditivas y cómo tratar con el estigma de la enfermedad mental.

Intervención familiar

En la literatura de la investigación empírica acerca de la eficacia de las intervenciones psicosociales en la esquizofrenia, ninguna modalidad ha sido más comprobada que las intervenciones familiares. Numerosos estudios (Falloon y col. 1982; Goldstein y col. 1978; Hogarty 1984; Leff y col. 1982) han demostrado que el tratamiento familiar más la medicación antipsicótica es tres veces más efectiva en prevenir las recaídas que la medicación sola. Estas investigaciones usaron un factor conocido como emoción expresada (EE), identificado primero por Brown y col. (1972). Este término fue acuñado para describir un estilo de interacción entre los miembros de la familia y el paciente que está caracterizado por un intenso sobre-compromiso y excesiva crítica. Aunque este concepto no culpa a los progenitores de causar la esquizofrenia en sus niños, muestra que las familias también son afectadas por la esquizofrenia y que ellos pueden convertirse en contribuidores secundarios de recaídas a través de una intensificación de sus interacciones con el paciente esquizofrénico. En resumen, familias con alto EE producen una mayor frecuencia de recaída en un miembro esquizofrénico que las familias con bajo EE.

Un metaanálisis de 27 estudios acerca de la relación existente entre la repercusión de la EE y la esquizofrenia confirmó que la EE es un predictor fuerte y significativo de recaída (Butzlaff y Hooley, 1998). La relación entre EE alta y recaída se manifiesta con más fuerza para pacientes con formas más crónicas de esquizofrenia.

La vasta investigación en EE ha conducido al desarrollo de un abordaje psicoeducacional sofisticado con familias de personas esquizofrénicas. Las familias son entrenadas en reconocer signos y síntomas prodrómicos que presagian la recaída, se les enseña a reducir la crítica y el sobrecompromiso, y se las ayuda a ver que un programa coherente de medicación puede preservar un funcionamiento óptimo. Otras áreas de educación incluyen instrucción acerca de los efectos colaterales de la medicación y su manejo,

el curso a largo plazo y el pronóstico de la esquizofrenia, y las bases genéticas y biológicas de la enfermedad. Los clínicos que emplean este abordaje pueden efectivamente reclutar la ayuda familiar para colaborar en la prevención de recaídas.

El rigor de la investigación en intervenciones familiares con esquizofrenicos es admirable. Los estudios suelen usar randomización, criterios de inclusión bien establecidos, recolección sistemática de resultados, evidencia de adhesión a la intervención y controles apropiados. Las revisiones de la eficacia de estos tratamientos familiares sugieren que la intervención familiar a largo plazo es efectiva para disminuir el porcentaje de recaídas, reducir la EE y mejorar los resultados (Dixon y Lehman, 1995; Penn y Mueser, 1996). Los logros del tratamiento se muestran también bastante estables y por lo general perduran durante dos años.

Sin embargo, los impresionantes resultados obtenidos con este modelo conceptual de intervención familiar han sido cuestionados. Algunos investigadores se han preguntado si el control de la EE es el factor exclusivo implicado en la prevención de la recaída. Un estudio (MacMillan y col., 1986) encontró que la ingestión regular de medicación antipsicótica y la duración de la enfermedad antes de la internación eran factores que, cuando se los tomaba en cuenta, invalidaban el efecto de la EE en la predicción de recaídas. Otro estudio (Parker y col., 1988) examinó a 57 pacientes esquizofrénicos desde el punto de vista del nivel de la EE del grupo familiar. La recaída fue predicha por un grupo familiar con un sólo progenitor y por un curso pobre de la enfermedad previa, pero el nivel de la EE no fue predictivo. Los investigadores especularon que aquellos pacientes con un curso pobre pueden provocar respuestas en los familiares que tienen un alto componente de EE, particularmente si el paciente vive en un grupo familiar con un sólo progenitor. Falloon (1988) ha puntualizado que la investigación en EE no ha incluido mediciones seriadas de EE que podrían ayudar a determinar si los trastornos de la conducta en los pacientes esquizofrénicos *provocan* respuestas con alto componente de EE en los progenitores o *son el resultado* del estrés debido a relaciones con alto EE.

Otras preguntas se han planteado acerca del constructo de alta EE y de las intervenciones familiares que éste pone de manifiesto. Muchas familias de pacientes esquizofrénicos sienten que los están culpando por las recaídas cuando simplemente están respondiendo a una situación difícil de la mejor manera que pueden (Lefley, 1992). Como señalaron Kanter y col. (1987), si a las familias se las obliga a permanecer en una postura no intrusiva, ellas pueden fallar al no responder apropiadamente cuando el familiar esquizofrénico exhibe conductas provocativas o pérdida de control Más aún, en algunos casos se puede creer que un cambio de una alta EE a una baja EE ha causado la mejoría del paciente cuando, de hecho, la familia simplemente ha disminuido su EE como *resultado* de la mejoría del paciente (Hogarty

y col., 1986). Los investigadores también se han planteado si la EE es una construcción que permanece estable a través del tiempo (Lefley, 1992). Otras inquietudes incluyen la observación de que una alta EE está relacionadao con otras enfermedades además de la esquizofrenia, el hecho de que únicamente una cierta proporción de personas con esquizofrenia son influidas por una alta EE y la comprensión de que la construcción entera es esencialmente cultural (Jenkins y Karno, 1992).

Dada la controversia alrededor de la relación entre recaída y EE, los clínicos pueden estar desconcertados acerca de las intervenciones más útiles a aplicar con las familias. Kanter y col. (1987) recalcaron que los esfuerzos psicoeducacionales que incluyen información acerca de la enfermedad, el apoyo y los consejos, pueden producir resultados tan impresionantes como los datos aportados por los estudios de EE. Hatfield (1990) destacó que es probable que la educación sea más útil que el tratamiento en el trabajo con familias y que no son necesarias intervenciones específicas. A pesar de todo, debido a que los pacientes esquizofrénicos tienen dificultad para tratar con ambientes muy estimulantes, hay una tendencia a reducir la intensidad de estímulos ambientales. Más aún, una reciente investigación sugiere que los dos elementos de EE, a saber, sobrecompromiso emocional y excesiva crítica, no deberían ser puestos juntos (King y Dixon, 1996). En esta investigación, de 69 pacientes y 108 familiares, el sobrecompromiso emocional aparecía asociado con un *mejor* resultado social en los pacientes, sugiriendo que la excesiva crítica puede ser el factor que promueve la recaída.

Entrenamiento de habilidades psicosociales

La rehabilitación psicosocial, usualmente definida como un abordaje terapéutico que estimula a los pacientes a desarrollar sus máximas capacidades a través de apoyos ambientales y procedimientos de aprendizaje (Bachrach, 1992) debería ser una parte importante del tratamiento contemporáneo para cualquier persona que sufre de esquizofrenia. Este abordaje diseñado a la medida de cada individuo consiste en aprovechar las fuerzas y capacidades del paciente, maximizar su potencial vocacional, estimular su compromiso activo en el propio tratamiento y ayudarlo a desarrollar sus habilidades sociales. Estas metas variadas son por lo general subsumidas bajo el título de entrenamiento de habilidades psicosociales. Hogarty y col. (1991) encontraron que los que reciben entrenamiento de habilidades psicosociales hacen mejoras sustanciales en las medidas de adaptación social y tienen un porcentaje bajo de recaídas al año de seguimiento comparados con un grupo control. De todas maneras, esta ganancia se desgasta dentro de los dos años posteriores al tratamiento.

La rehabilitación cognitiva o la corrección cognitiva también ha sido incorporada dentro de estas estrategias. A través de la práctica repetida de técnicas relacionadas, se modifican varios déficit cognitivos. En el entrenamiento de habilidades sociales, los pacientes participan en actuación de roles y otros ejercicios para mejorar su funcionamiento en los contextos interpersonales. La investigación de estos abordajes no es todavía convincente en cuanto a su eficacia. Aunque parece haber claras mejoras en el desempeño de conductas motoras cuando el entrenamiento tiene lugar, estas habilidades pueden desgastarse a través del tiempo. También, la evidencia de la generalización del entrenamiento de habilidades psicosociales desde el marco clínico a la vida diaria es todavía débil (Penn y Mueser, 1996; Scott y Dixon, 1995). Sin embargo, hay una opinión general de que la enseñanza de habilidades específicas y la modificación de los déficit cognitivos se muestran como una parte promisoria de un plan de tratamiento general.

Tratamiento hospitalario

Para el paciente esquizofrénico que tiene una ruptura psicótica aguda, la hospitalización breve provee "una pausa", una oportunidad para reagruparse y ganar una nueva dirección para el futuro. La medicación antipsicótica alivia la mayoría de los síntomas positivos. La estructura de una unidad hospitalaria provee un refugio seguro para impedir que los pacientes se dañen a sí mismos o a otros. Los miembros del equipo de enfermería desempeñan funciones de yoes auxiliares para el paciente. El equipo de tratamiento puede también identificar estresores del Eje IV del DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) que podrían contribuir a un episodio psicótico en este particular momento de la vida del paciente. Puede empezar un esfuerzo psicoeducacional con el paciente y la familia para establecer un ambiente posthospitalario óptimo. Ellos deberían ser preparados para el hecho de que están tratando con una enfermedad que dura toda la vida, y que el objetivo es minimizar la incapacidad, no efectuar una cura permanente. Se destaca la importancia de permanecer medicado y también se puede explicar el concepto de EE. Al mismo tiempo, el equipo de tratamiento necesita transmitir una sensación de esperanza. Por lo general, resulta puntualizar que, aunque la enfermedad es crónica, una considerable investigación sugiere que algunos pacientes esquizofrénicos se vuelven más y más funcionales a medida que envejecen (Harding y col., 1987).

El impulso que brinda la hospitalización breve tiene carácter de cuenta regresiva. Las defensas son restauradas y el paciente debería retornar a su funcionamiento tan rápido como sea posible. En el caso de que no esté en psicoterapia, el hospital puede ser usado como una fase preparatoria para lograr que esté listo para un proceso de psicoterapia ambulatoria

(Selzer, 1983). La omnipotencia del paciente es desafiada por la necesidad de acomodarse a las necesidades de los otros. Es inevitable que la implementación de horarios y actividades propone alguna frustración de sus necesidades y deseos. Este nivel óptimo de frustración los ayuda a que mejoren su prueba de la realidad y otras funciones del yo (Selzer 1983). Si la psicoterapia puede ser iniciada durante la hospitalización, el paciente entonces puede mantener una sensación de continuidad al ver al terapeuta fuera del hospital. Después de que la sintomatología positiva del paciente es aliviada hasta cierto punto, el tratamiento grupal puede ser instituido y puede también ser continuado con una apoyatura ambulatoria, dependiendo de la docilidad del paciente hacia el formato grupal. Para algunos pacientes ambulatorios que se encuentran en una situación social de aislamiento, los encuentros grupales pueden ser su único contacto social significativo.

Para aquellos pacientes con síntomas negativos predominantes, el diagnóstico y la medicación pueden ser reconsiderados. ¿Existen razones secundarias, tales como depresión, ansiedad, y efectos colaterales de la medicación, que podrían dar cuenta de los síntomas negativos? De la misma manera, el proceso psicoterapéutico, si está en curso, puede ser reevaluado con la colaboración del terapeuta para determinar si hay que hacer un cambio en la estrategia. El trabajo con la familia puede realizarse en un estilo psicoeducacional y sus miembros pueden ser convocados para buscar los factores de estrés que impiden que el paciente responda al tratamiento convencional. Antes que nada, el grupo de síntomas negativos requiere entrenamiento en habilidades psicosociales y rehabilitación vocacional. Los grupos de habilidades sociales que apuntan a la mejora conductual de simples comportamientos diarios tales como comer, conversar, caminar y modales, pueden ser de extraordinario valor para el conjunto de síntomas negativos. De igual manera, una evaluación vocacional cuidadosa en un marco supervisado en donde se enseñan y desarrollan habilidades de trabajo concretas puede ser un componente esencial.

La investigación sobre adaptación posthospitalaria y porcentajes de rehospitalización demuestra que los pacientes tienen más probabilidades de permanecer fuera del hospital cuando se les han enseñado habilidades y conductas adaptativas y han aprendido a controlar las conductas sintomáticas y mal adaptativas durante su permanencia en internación (Mosher y Keith, 1979). Aunque la focalización conductual de tales programas en la institución puede parecer incompatible con los psiquiatras dinámicos, este foco en realidad puede trabajar sinérgicamente con abordajes dinámicos. Los pacientes que mejoran sus relaciones interpersonales como resultado del entrenamiento de habilidades sociales orientado conductualmente pueden empezar a experimentar cambios en sus relaciones de objeto, los que producen entonces material para discutir en psicoterapia.

Los pacientes esquizofrénicos que son resistentes al tratamiento también pueden desplegar un cuadro predominante de trastornos en las relaciones interpersonales; son habituales en ellos las dificultades caracterológicas serias que coexisten con la esquizofrenia. Los clínicos algunas veces tienden a olvidar que cada paciente esquizofrénico también tiene una personalidad. Estos problemas caracterológicos pueden entonces provocar el no cumplimiento de la medicación, el alejamiento hostil o indiferente de los miembros de la familia o de otras personas de apoyo en el ambiente, negación de la enfermedad e incapacidad para funcionar en un contexto vocacional. Una unidad de internación u hospital de día puede ser el marco ideal para llegar a la dimensión caracterológica que acompaña a la esquizofrenia y examinar las causas que subyacen en el no cumplimiento del paciente.

En gran medida, el tratamiento de estos pacientes, en el hospital o en el hospital de día, sigue el modelo descrito en el capítulo 6. A través de la identificación proyectiva, los pacientes intentan restablecer su mundo de objetos internos en el ambiente institucional. Los miembros del equipo contienen aquellas proyecciones y brindan nuevos modelos de relación para la reinternalización. Además, los pacientes son informados acerca de los patrones interaccionales mal adaptativos en la medida en que van apareciendo en el aquí y ahora del marco de tratamiento.

Muchos de los principios de tratamiento descritos en este capítulo son ilustrados en el siguiente ejemplo detallado de un caso:

> El señor H, un hombre soltero de 22 años proveniente del sudeste de los Estados Unidos, tenía una historia de esquizofrenia de tres años de duración que no había respondido al tratamiento ambulatorio con medicación ni a la hospitalización breve. Derivado para la hospitalización psiquiátrica, vino a la admisión acompañado por sus padres. Cuando se le solicitó que describiera sus problemas, recitó una letanía de quejas físicas que implicaban virtualmente cada área anatómica de su cuerpo, pero negaba firmemente cualquier problema psiquiátrico. Cuando se enteró de que estaba siendo admitido en un establecimiento psiquiátrico, fue renuente a internarse. Sólo después de reiterados reaseguros de que se le practicaría un completo estudio físico y neurológico como parte de la evaluación psiquiátrica, consintió en la hospitalización.
>
> Las preocupaciones somáticas del paciente impedían tomar cualquier historia sobre su trastorno psiquiátrico. Afortunadamente, los padres fueron capaces de rellenar esas lagunas. El señor H era el tercero de tres niños nacidos de progenitores muy exitosos. El padre del paciente era un respetado ejecutivo y su madre ocupaba un cargo administrativo importante en el sistema escolar. Su hermano mayor se había graduado en una prestigiosa facultad de medicina y su hermana mayor era una estudiante destacada en un curso de Maestría en Administración. El paciente había concurrido por poco tiempo a la universidad, pero fue forzado a abandonar después del inicio de su enfermedad. Se quejaba de hipersen-

sibilidad al ruido en su dormitorio y expresaba preocupación de que otros estuviesen hablando acerca de él. Pero al final, pidió volver a su casa para no ser humillado por los otros hombres jóvenes en su dormitorio que, según él alegaba, lo llamaban "perdedor", "marica" y "loco" en la mitad de la noche.

Después de dejar la universidad, el señor H regresó a la casa de sus padres, a quienes exigía que le dedicaran cada vez más tiempo. Cuando su padre intentaba irse para trabajar en la mañana, el paciente corría detrás de él y algunas veces saltaba sobre el capó del auto para impedir que se marchara. También lo despertaba en mitad de la noche para exigirle que escuchara un recital de sus quejas físicas. Acusaba sin cesar a su padre que lo descuidaba diciendo: "¿Qué vas a hacer por mi dolor?". El señor H había sido visto por numerosos especialistas y generalmente por varios especialistas en un mismo campo, sin ningún diagnóstico de enfermedad física. Insistía en que necesitaba un continuo "monitoreo" por parte de sus padres para que tomaran conciencia de los altibajos de sus síntomas físicos. El señor H fue bendecido con padres cariñosos y dedicados, que intentaban complacer sus súplicas de atención dedicándole largos períodos. En una ocasión, el padre se sentó y escuchó las preocupaciones somáticas de su hijo durante diez horas sin interrupción.

El señor H también continuó escuchando voces que lo condenaban y en una oportunidad se lanzó contra un extraño en la calle porque estaba convencido de que estaba diciendo cosas desagradables acerca de él. El señor H había sido hospitalizado en dos ocasiones diferentes por algunas semanas en cada oportunidad y fue medicado con cuatro tipos diferentes de antipsicóticos en distintos momentos. Pero, el paciente suspendía la medicación debido a que negaba que tuviese una condición psiquiátrica que justificara la medicación psicotrópica y por los efectos colaterales anticolinérgicos que lo fastidiaban.

Poco tiempo después de la admisión, un examen de su estado mental reveló que el paciente continuaba sufriendo de alucinaciones auditivas, aunque no se quejaba de "escuchar voces". En realidad, estaba convencido de que la gente hablaba de él. En varias ocasiones durante los primeros días de su hospitalización, reaccionaba coléricamente frente a los otros pacientes porque pensaba que lo estaban ridiculizando. Todos negaban con vehemencia que hablaran de él. Además, el señor H encontraba dificultad para completar un pensamiento debido a un trastorno del pensamiento formal que consistía en interceptación y disgregación. Se detenía a mitad de la frase, cambiaba de tema y luego empezaba otra frase.

El señor H desplegaba mucha ansiedad en el hospital porque ninguno de los miembros del equipo "monitoreaba" sus síntomas físicos como lo hacían sus padres. Como se esperaba, el paciente intentó recrear su situación familiar en el ambiente institucional. Desarrolló intensos vínculos de transferencia hacia su doctor y su enfermera principal, de quienes esperaba que estuviesen con él todo el tiempo. Cuando su doc-

tor dejó la unidad después de una reunión con él, el señor H intentó correr detrás de él de la misma manera como había tratado de retener a su padre cada vez que iba a trabajar.

Los exámenes físicos y neurológicos no revelaron hallazgos significativos. Después de una cuidadosa evaluación psiquiátrica, el equipo de tratamiento desarrolló una formulación explicativa. Las inquietudes paranoides y las preocupaciones somáticas del paciente enmascaraban un sentido de autoestima extraordinariamente bajo. El señor H había crecido sintiéndose como la "oveja negra" de la familia, porque sus limitaciones le habían imposibilitado competir con las personas de gran éxito alrededor suyo. Para preservar cierto grado de autoestima, construyó una identidad de "víctima" que sufría problemas físicos incapacitantes que lo alejaban de un desempeño aceptable. De esta manera, el señor H podía atribuir sus fracasos en la escuela y en varios trabajos a las enfermedades físicas.

Las preocupaciones somáticas también proveían un foco de organización para los pensamientos del paciente, impidiendo de este modo un estado más profundo de fragmentación psicótica o autodisolución. Esta preocupación somática severa estaba ligada a su percepción paranoide de hacer el ridículo frente a otros a través de mecanismos de introyección y proyección. Cuando era muy pequeño había internalizado (como objetos persecutorios) las expectativas y demandas de sus padres. De esta manera los extraños en la calle o en los corredores que él los percibía como que estaban hablando de él se convirtieron en estos objetos persecutorios que el paciente había proyectado en el ambiente. Cuando los perseguidores fueron reintroyectados, se convirtieron en perseguidores internos en la forma de varios achaques y dolores que requerían inmediata atención. Por lo tanto, el paciente se sentía constantemente bajo asedio por una multitud de atormentadores tanto en su ambiente como dentro de su cuerpo.

En un nivel neurofisiológico, la incapacidad del señor H para filtrar varios estímulos puede haber llevado a que el paciente elaborara sus sentimientos a partir de numerosas fuentes de dolor y tormento. Finalmente, la somatización desempeñaba todavía otra función: era la única manera que el paciente conocía para mantener relaciones de objeto y por lo tanto defenderse contra la ansiedad de separación severa. Era claro que tenía poco interés en una evaluación diagnóstica o en las sugerencias de tratamiento de los médicos. Tales hallazgos y recomendaciones eran mucho menos significativas para él que su inquietud de necesitar un "monitoreo" continuo. La letanía de quejas físicas no estaba en realidad dirigida a provocar respuestas de mejoría en aquellos que lo rodeaban; más bien, su propósito era mantener una presencia externa continua de manera que no tuviese que enfrentar sus ansiedades de abandono. Paradójicamente, su aluvión de quejas tendía a provocar la respuesta opuesta, a saber, el alejamiento hostil o indiferente de los otros. Al principio, el equipo de tratamiento intentó controlar los síntomas positivos a través de la medicación. Pero, el paciente rechazaba obstinadamente la medica-

ción porque la asociaba con los doctores anteriores que le habían dicho que sus dolencias estaban "en su cabeza".

Con respecto a la necesidad del señor H de preservar su autoestima y organizar sus pensamientos a través de una intensa investidura en los síntomas físicos, el doctor le aseguró que nadie estaba cuestionando la severidad de sus dolencias. Le explicó que la enfermedad tenía dos aspectos, el psicológico y el físico. También le explicó que una manifestación física de la enfermedad era la dificultad para filtrar varios estímulos en el ambiente y dentro del cuerpo (Freedman y col., 1996; Spohn y col., 1977). A través de este abordaje educacional, el doctor convenció al paciente de que la medicación antipsicótica podría ser una prueba que valiera la pena porque generalmente tenía un efecto beneficioso en el sistema de "filtrado". Después de que el paciente accediera a tomar la medicación, su trastorno del pensamiento mejoró notablemente, permitiéndole hablar con más coherencia con los miembros del equipo y otros pacientes. Sus alucinaciones auditivas continuaron a pesar de la medicación, pero se aplacaron un poco en frecuencia y severidad.

El equipo de tratamiento también intentó reparar algunos déficit del yo del paciente, los miembros funcionan como yoes auxiliares. En una ocasión, por ejemplo, mientras estaba con una enfermera en una habitación del hospital, el señor H empezó a quejarse, decía que había personas que estaban hablando de él en el corredor. Para demostrar que ahí no había nadie, la enfermera abrió la puerta y caminó con el paciente por el corredor. Ella, le explicó entonces, que su enfermedad se caracterizaba por voces originadas en el interior de la persona, pero que se percibían como viniendo de fuentes exteriores. Este abordaje fue reforzado por retroalimentación a través de pacientes amigos en los encuentros grupales.

El paciente, al principio, había sido mantenido fuera de los encuentros grupales de la unidad por la naturaleza sobreestimulante de esa modalidad de tratamiento. Sin embargo, después de haber sido estabilizado con la medicación, empezó a concurrir a los grupos y a menudo traía sus preocupaciones de que otros estaban hablando de él. Los otros pacientes negaban firmemente esas acusaciones y lo estimulaban a que realizara un "chequeo por los alrededores" cada vez que escuchara las voces. Las acusaciones hostiles hacia los otros pacientes y hacia los miembros del equipo poco a poco se transformaron en una amable actitud inquisidora ya que se iba dando cuenta de que las voces efectivamente emanaban de adentro.

En la medida en que el señor H ganaba mayor control sobre sus síntomas positivos, el foco de tratamiento se dirigió hacia los trastornos en las relaciones interpersonales. El paciente intentó establecer con su doctor la misma relación que tenía con su padre. Y así el doctor descubrió que le estaba dedicando más tiempo a este paciente que a los otros. La urgencia con la cual el señor H presentaba sus quejas de diarrea, dolor de estómago, dolor de articulaciones y otras por el estilo, hicieron que su doctor fuera renuente a liberarse del compromiso con el paciente y dejar

la unidad. Un día en que el señor H frenéticamente lo siguió hasta afuera del hospital y continuó caminando con él por la acera, el doctor se dio cuenta de hasta qué punto el paciente había reproducido su situación familiar en el hospital. El señor H sentía como si mereciera la más completa atención de su médico y no era consciente de las necesidades de los otros pacientes que compartían el mismo terapeuta. El doctor entonces le dijo que debería bajar sus expectativas acerca de la cantidad de tiempo que estaría con él. También le explicó que establecería entrevistas de 30 minutos exactos y que no se reuniría con él fuera de ese tiempo.

Este encuadre bien limitado servía para organizar al paciente y además le presentaba una nueva forma de relación de objeto que él debería internalizar. El paradigma de relación de objeto de un self quejoso y demandante ligado a un objeto indulgente fue modificado por la experiencia del paciente con un nuevo objeto que era humanitario pero con límites en el encuadre. Esta nueva experiencia produjo cambios en la representación del self del paciente. Aunque al principio se sentía frustrado, se volvió más tolerante a las ausencias del doctor y a aceptar más limitaciones de sus expectativas acerca de los otros. Más aún, las limitaciones con las que se tropezó el señor H en esta relación lo condujeron a discutir su ansiedad de separación con el médico. Empezó a expresar su preocupación de que en ausencia de una figura cuidadora, sus necesidades básicas no fueran satisfechas.

Cuando fue capaz de enfrentar estas y otras inquietudes psicológicas, lo derivaron a un psicoterapeuta individual no relacionado con la unidad del hospital. La fase temprana de esta psicoterapia estaba caracterizada por un extenso informe del paciente acerca de sus síntomas físicos. El terapeuta escuchó estos informes con interés y preocupación, empatizando con la necesidad del paciente de focalizar en lo somático más que en lo psicológico. Periódicamente, sin embargo, el terapeuta comentaba que él era en realidad incapaz de ayudar al paciente con cualquier padecimiento físico porque no tenía nada que agregar al extenso trabajo del equipo de tratamiento y de los especialistas. En la medida en que se desarrollaba la confianza, el paciente empezó a discutir sus profundos sentimientos de inferioridad dentro del contexto familiar. Si bien sus hermanos se habían distinguido académicamente, su única distinción era que él sufría varios padecimientos bizarros que le impedían alcanzar éxitos similares. La negación de su enfermedad psiquiátrica, su falta de conciencia psicológica y su falta de curiosidad acerca de sus síntomas condujeron al terapeuta a iniciar un tratamiento predominantemente de apoyo. Dentro de este contexto, entonces, el paciente fue por fin capaz de explorar un rango sorprendentemente amplio de sentimientos acerca de sí mismo y de su lugar en la familia.

Como parte de un plan de tratamiento general, el paciente se involucró en un grupo de habilidades sociales con un pequeño número de sus pares. En este contexto recibió una amable confrontación con respecto a sus problemas de higiene, sus fracasos en responder preguntas coloquia-

les, su ensimismamiento y su falta de conciencia acerca de las necesidades de los otros. Empezó a mejorar en todas estas áreas además de mostrar una mejoría general en su funcionamiento interpersonal. Por ejemplo, comenzó a decir "buenos días" a los que hablaban con él e incluso se interesaba por el bienestar de ellos. También ingresó en un programa de entrenamiento y evaluación vocacional en donde tenía que desempeñar tareas simples bajo supervisión. La actividad del terapeuta encargado del programa consistía en adaptar cuidadosamente el nivel de complejidad de las tareas a la capacidad del paciente de manera que su autoestima no estuviese seriamente amenazada. Por último, se empleó un abordaje psicoeducacional con los padres para ayudarlos a aceptar las limitaciones de su hijo. Se les dijo que el sobrecompromiso y la enorme expectativa podrían ser contraproducentes porque el paciente los experimentaría como presión para tener éxito más allá de sus capacidades.

Este fragmento de un tratamiento dinámicamente informado ilustra cómo los diferentes marcos teóricos discutidos en el capítulo 2 pueden ser útiles en el tratamiento de un paciente. Los principios de la psicología del self condujeron al equipo de tratamiento a una conciencia empática de las necesidades del paciente de mantener su autoestima, y sus terapeutas por lo tanto eligieron no desafiar sus somatizaciones. Un marco basado en la teoría de las relaciones objetales facilitó al médico la comprensión de las relaciones problemáticas del paciente con su terapeuta. Finalmente, la psicología del yo fue útil de dos maneras: 1) se aplicó un modelo de déficit del yo para concebir técnicas de construcción del yo que instrumentaría el equipo de enfermería, y 2) se usó un modelo de conflicto para entender las alucinaciones visuales. Las voces persecutorias que le decían al paciente "perdedor" o "loco" se desarrollaron a partir de un doloroso conflicto entre las expectativas internalizadas de sus progenitores (como el ideal del yo y superyó) y la realidad de sus limitaciones (sentido de realidad del yo). Estas voces siempre parecían más evidentes después de que el paciente experimentaba algún fracaso en su programa vocacional.

En resumen, los pacientes con esquizofrenia precisan figuras terapéuticas en sus vidas. Necesitan ayuda para navegar a través de las realidades complicadas del sistema de salud mental. También necesitan que alguien les facilite una comprensión de sus miedos y sus fantasías que les impiden cumplir con los varios componentes del plan de tratamiento general. Por cierto, un rol fundamental del psicoterapeuta es explorar los problemas de cumplimiento que surgen en otras áreas del tratamiento. En la práctica contemporánea, este rol lo ejerce por lo general un administrador del caso clínico, a menudo porque el paciente no está interesado en la terapia o porque los recursos de la comunidad no pueden proveer psicoterapia. Los administradores del caso sirven como abogados del paciente, como guías en los recursos de salud mental, y como coordinadores del plan total de tratamiento. Aún

cuando la dirección del caso es orientada hacia la realidad y la adaptación, surgen las cuestiones de transferencia y contratransferencia; los administradores del caso deberían por lo tanto ser capaces de proveer intervenciones psicoterapéuticas efectivas (Kanter, 1989). Lo que más necesitan los pacientes esquizofrénicos son personas dedicadas, se llamen administradores de casos clínicos o psicoterapeutas, que puedan ofrecer relaciones humanas compasivas que sirvan de refugio en un mundo confuso y amenazante.

Bibliografía

Arnerican Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

Andreasen NC, Olsen SA, Dennert JW, et al: Ventricular enlargement in schizophrenia: relationship to positive and negative symptoms. Am J Psychiatry 139:297-302, 1982

Andreasen NC, Flaum M, Swayze VW, et al: Positive and negative symptoms in schizophrenia: a critical reappraisal. Arch Gen Psychiatry 47:615-621, 1990

Anonymous: Can we talk? The schizophrenic patient in psychotherapy: a recovering patient. Am J Psychiatry 143:68-70, 1986

Arlow JA, Brenner C: The psychopathology of the psychoses: a proposed revision. Int J Psychoanal 50:5-14, 1969

Bachrach LL: Psychosocial rehabilitation and psychiatry in the care of long-term patients. Am J Psychiatry 149:1455-1463, 1992

Blatt SJ, Wild CM: Schizophrenia: A Developmental Analysis. New York, Academic Press, 1976

Brown GW, Birley JLT, Wing JK: Influence of family life on the course of schizophrenic disorders: a replication. Br J Psychiatry 121:241-258, 1972

Buztlaff RL, Hooley JM: Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. Arch Gen Psychiatry 55:547-552, 1998

Carpenter WT Jr: A perspective on the Psychotherapy of Schizophrenia Project. Schizophr Bull 10:599-602, 1984

Carpenter WT Jr, Henrichs DW, Wagman AMI: Deficit and nondeficit forms of schizophrenia: the concept. Am J Psychiatry 145:578-583, 1988

Conte HR, Plutchik R: Controlled research and supportive psychotherapy. Psychiatric Annals 16:530-533, 1986

Degen K, Nasper E: Return From Madness: Psychotherapy With People Taking the New Antipsychotic Medications and Emerging From Severe, Lifelong, and Disabling Schizophrenia. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996

Dixon LB, Lehman AF: Family interventions for schizophrenia. Schizophr Bull 21: 631-643, 1995

Duckworth K, Nair V, Patel JK, et al: Lost time, found hope and sorrow: the search for self, connection, and purpose during "awakenings" on the new antipsychothics. Harv. Rev. Psychiatry 5:227-233, 1997

Falloon IRH: Expressed emotion: current statlls. Psychol Med 18:269-274, 1988

Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW, et al: Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. N Engl J Med 306: 1437-1440, 1982

Federn P: Ego Psychology and the Psychoses. New York, Basic Books, 1952

Fenton WS, McGlashan TH: We can talk: individual psychotherapy for schizophrenia. Am J Psychiatry 154:1493-1495, 1997

Frank AF, Gunderson JG: The role of the therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia: relationship to course and outcome. Arch Gen Psychiatry 47:228-236, 1990

Freedman R, Adler LE, Myles-Worsley M, et al: Inhibitory gating of an evoked response to repeated auditory stimuli in schizophrenic and normal subjects: human recordings, computer simulation, and an animal model. Arch Gen Psychiatry 53:1111-1121,1996

Frese FJ: Recovery: Myths, mountains, and miracles. Presentation to Menninger Clinic staff, May 30, 1997

Freud S: Psycho-analytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia (dementia paranoides) (1911), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 12. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1958, pp 1-82

Freud S: On narcissism: an introduction (1914), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 14. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1963, pp 67-102

Freud S: The unconscious (1915), in The Standard Edition of the Complete Psychologica Works of Sigmund Freud, Vol 14. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1963, pp 159-215

Freud S: Neurosis and psychosis (1924a), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 19. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1961, pp 147-153

Freud S: The loss of reality in neurosis and psychosis (1924b), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 19. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1961, pp 181-187

Fromm-Reichmann F: Principles of Intensive Psychotherapy. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1950.

Garfield D: Self-criticism in psychosis: enabling statements in psychotherapy. Dynamic Psychotherapy 3:129-137, 1985

Garfield D, Rogoff M, Steinberg S: Affect-recognition and self-esteem in schizophrenia. Psychopathology 20:225-233, 1987

Glass LL, Katz HM, Schnitzer RD, et al: Psychotherapy of schizophrenia: an empirical investigation of the relationship of process to outcome. Am J Psychiatry 146:603-608, 1989

Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JR, et al: Drug and family in the aftercare of acute schizophrenics.Arch Gen Psychiatry 35:1169-1177, 1978

Gomez-Schwartz B: Individual psychotherapy of schizophrenia, in Schizophrenia: Treatment, Management, and Rehabilitation. Edited by Bellack AS. Orlando, FL, Grune & Stratton, 1984, pp 307-335

Grand S: The body and its boundaries: a psychoanalytic view of cognitive process disturbances in schizophrenia. International Review of Psychoanalysis 9:327-342, 1982

Green MF, Marshall BD Jr, Wirshing WC, et al: Does risperidone improve verbal working memory in treatment-resistant schizophrenia? Am J Psychiatry 154:799-804, 1997

Grinspoon L, Ewalt JR, Shader RI: Schizophrenia: Pharmacotherapy and Psychotherapy. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1972

Grotstein JS: The psychoanalytic concept of schizophrenia, I: the dilemma. Int J Psychoanal 58:403-425, 1977a

Grotstein JS: The psychoanalytic concept of schizophrenia, II: reconciliation. Int J Psychoanal 58:427-452, 1977b

Gunderson JG: Engagement of schizophrenic patients in psychotherapy, in Attachment and the Terapeutic Process: Essays in Honor of Otto Allen Will, Jr. Edited by Sacksteder JL, Schwartz DP, Akabane Y, Madison, DT. International Universities Press, 1987, pp. 139-153

Gunderson JG, Frank AF, Katz HM, et al: Effects of psychotherapy in schizophrenia, II: comparative outcome of two forms of treatment. Schizophr Bull 10:564-598, 1984

Harding CM, Zubin J, Strauss JS: Chronicity in schizophrenia: fact, partial fact, or artifact? Hospital and Community Psychiatry 38:477-486, 1987

Hatfield AB: Family Education in Mental Illness. New York, Guilford, 1990

Hogarty GE: Depot neuroleptics: the relevance of psychosocial factors—a United States perspective. J Clin Psychiatry 45(5 pt 2): 36-42, 1984

Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, et al: Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, 1: one-year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. Arch Gen Psychiatry 43:633-642, 1986

Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, et al: Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia, II: two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. Arch Gen Psychiatry 48:340-347, 1991

Hogarty GE, Kornblith SF, Greenwald D, et al: Personal therapy: a disorder-relevant psychotherapy for schizophrenia. Schizophr Bull 21:379-393, 1995

Hogarty GE, Greenwald D, Ulrich RF, et al: Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, II: effects on adjustment of patients. Am J Psychiatry 154:1514-1524, 1997a

Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, et al: Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family, 1: description of study and effects on relapse rates. Am J Psychiatry 154:1504-1513, 1997b

Jenkins JH, Karno M: The meaning of expressed emotion: theoretical issues raised by cross-cultural research. Am J Psychiatry 149:9-21, 1992

Judd LL, McAdams LA, Budnick B, et al: Sensory gating deficits in schizophrenia: new results. Am J Psychiatry 149:488-493, 1992

Kanas N: Group therapy with schizophrenics: a review of controlled studies. Int J Group Psychother 36:339-351, 1986

Kanas N, Rogers M, Kreth E, et al: The effectiveness of group psychotherapy during the first three weeks of hospitalization: a controlled study. J Nerv Ment Dis 168:487-492, 1980

Kanter J: Clinical case management: definition, principles, components. Hospital and Community Psychiatry 40:361-368, 1989

Kanter J, Lamb HR, Loeper C: Expressed emotion in families: a critical review. Hospital and Community Psychiatry 38:374-380, 1987

Karon BP: The fear of understan ding schizophrenia. Psychoanalytic Psychology 9:191-211, 1992

Karon BP, Vanden Bos G: Psychotherapy of Schizophrenia. NewYork, Jason Aronson, 1981

Kay SR: Significance of the positive-negative distinction in schizophrenia. Schizophr Bull 16:635-652, 1990

Keith SJ, Matthews SM: Schizophrenia: a review of psychosocial treatment strategies, in Psychotherapy Research: Where Are We and Where Should We Go? Edited by Williams JBW, Spitzer RL. New York, Guilford, 1984, pp 70-88

Kendler KS, Eaves LJ: Models for the joint effect of genotype and environment on liability to psychiatric illness. Am J Psychiatry 143:279-289, 1986

Kety SS: Genetic and environmental factors in the etiology of schizophrenia, in Psychopathology: The Evolving Science of Mental Disorder. Edited by Matthysse H, Levy DL, Kagan J, et al. New York, Cambridge University Press, 1996, pp 477-487

King S, Dixon MJ: The influence of expressed emotion, family dynamics, and symptom type on the social adjustment of schizophrenic young adults. Arch Gen Psychiatry 53:1098-1104, 1996

Kingdon DG, Turkington D: Cognitive-Behavioral Therapy of Schizophrenia. New York, Guilford, 1994

Klein DF: Psychosocial treatment of schizophrenia, or psychosocial help for people with schizophrenia? Schizophr Bull 6:122-130, 1980

Kuipers E, Fowler D, Garety P, et al: London-East Anglia randomised controlled trial of cognitive-behavioural therapy for psychosis, III: follow-up and economic evaluation at 18 months. Br J Psychiatry 173:61-68, 1998

Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, et al: A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients. Br J Psychiatry 141:121-134, 1982

Lefley HP: Expressed emotion: conceptual, clinical, and social policy issues. Hospital and Community Psychiatry 43:591-598, 1992

London NJ: An essay on psychoanalytic theory: two theories of schizophrenia, part 1: review and critical assessment of the development of the two theories. Int J Psychoanal 54:169-178, 1973a

London NJ: An essay on psychoanalytic theory: two theories of schizophrenia, part II: discussion and restatement of the specific theory of schizophrenia. Int J Psychoanal 54: 179-193, 1973b

MacMillan JF, Gold A, Crow TJ, et al: Expressed emotion and relapse. Br J Psychiatry 148:133-143, 1986

Mahler M: On child psychosis and schizophrenia: autistic and symbiotic infantile psychoses. Psychoanal Study Child 7:286-305, 1952

May PRA: Treatment of Schizophrenia: A Comparative Study of Five Treatment Methods. New York, Science House, 1968

McGlashan TH: The Chestnut Lodge follow-up study, II: long-term outcome of schizophrenia and the affective disorders. Arch Gen Psychiatry 41:586-601, 1984

McGlashan TH: Recovery style from mental illness and long-term outcome. J Nerv Ment Dis 175:681-685, 1987

McGlashan TH, Fenton WS: The positive-negative distinction in schizophrenia: review of natural history validators. Arch Gen Psychiatry 49:63-72, 1992

McGlashan TH, Keats CJ: Schizophrenia: Treatment Process and Outcome. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989

Mosher LR, Keith SJ: Research on the psychosocial treatment of schizophrenia: a summary report. Am J Psychiatry 136:623-631, 1979

Müller C: Psychotherapy and schizophrenia: the end of the pioneers' period. Schizophr Bull 10:618-620, 1984

Munich RL, Carsky M, Appelbaum A: The role and structure of long-term hospitalization: chronic schizophrenia. Psychiatric Hospital 16:161-169, 1985

O'Brien C: Group psychotherapy with schizophrenia and affective disorders, in Comprehensive Group Psychotherapy, 2nd Edition. Edited by Kaplan HI, Sadock BJ. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1983, pp 242-249

Ogden TH: On the nature of schizophrenic conflict. Int J Psychoanal 61:513-533, 1980

Ogden TH: The schizophrenic state of nonexperience, in Technical Factors in the Treatment of the Severely Disturbed Patient. Edited by Giovacchini PL, Boyer LB. New York, Jason Aronson, 1982, pp 217-260

Olin SS, Mednick SA: Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations premorbidly. Schizophr Bull 22:223-240, 1996

Pao P-N: Notes on Freud's theory of schizophrenia. Int J Psychoanal 54:469-476, 1973

Parker G, Johnston P, Hayward L: Parental as a predictor of schizophrenic relapse. Arch Gen Psychiatry 45:806-813, 1988

Penn DL, Mueser KT: Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. Am J Psychiatry 153:607-617, 1996

Plomin R, Defries JC, McClearn GE: Behavioral Genetics: A Primer, 2nd Edition. New York, WH Freeman, 1990

Robbins M: Psychoanalytic and biological approaches to mental illness: schizophrenia. J Am Psychoanal Assoc 40:425-454, 1992

Rogers CR, Gendlin ET, Kiesler DJ, et al (eds): The Therapeutic Relationship and Its Impact: A Study of Psychotherapy With Schizophrenics. Madison, Wl, University of Wisconsin Press, 1967

Rosenheck R, Tekell J, Peters J, et al: Does participation in psychosocial treatment augment the benefit of clozapine? Arch Gen Psychiatry 55:618-625, 1998

Rund BR: Fully recovered schizophrenics: a retrospective study of some premorbid and treatment factors. Psychiatry 53:127-139, 1990

Ruocchio PJ: How psychotherapy can help the schizophrenic patient. Hospital and Community Psychiatry 40:188-190, 1989

Sacks O: Awakenings. New York, Harperperennial, 1990

Scott JE, Dixon LB: Psychological interventions for schizophrenia. Schizophr Bull 21:621-630, 1995

Searles HF: The Searles HF: Psychoanalytic therapy with schizophrenic patients in a private-practice context (1976), in Countertransference and Related Subjects: Selected Papers. NewYork, International Universities Press, 1979, pp 582-602

Selzer MA: Preparing the chronic schizophrenic for exploratory psychotherapy the role of hospitalization. Psychiatry 46:303-311, 1983

Selzer MA, Carsky M: Treatment alliance and the chronic schizophrenic. Am J Psychother 44:506-515, 1990

Selzer MA, Sullivan TB, Carsky M, et al: Working With the Person With Schizophrenia: The Treatment Alliance. New York, New York University Press, 1989

Spohn HE, Lacoursiere RB, Thompson K, et al: Phenothiazine effects on psychological and psychophysiological dysfunction in chronic schizophrenics. Arch Gen Psychiatry 34: 633-644, 1977

Stanton AH, Gunderson JG, Knapp PH, et al: Effects of psychotherapy on schizophrenic patients, I: design and implementation of a controlled study. Schizophr Bull 10: 520-563, 1984

Strauss JS, Carpenter WT, Bartko JJ: The diagnosis and understanding of schizophrenia, part III: speculations on the process that underlie schizophrenic symptoms and signs. SchizophrBull 11:61-69, 1974

Sullivan HS: Schizophrenia as a Human Process. New York, WW Norton, 1962

Tarrier N, Yusupoff L, Kinney C, et al: Randomised controlled trial of intensive cognitive-behaviour therapy for patients with chronic schizophrenia. BMJ 317:303-307, 1998

Tienari P, Wynne LC, Moring J, et al: The Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia: implications for family research. Br J Psychiatry 164 (suppl 23):20-26, 1994

Wahlberg K-E, Lyman CW, Oja H, et al: Gene-environment interaction in vulnerability to schizophrenia: findings from the Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia. Am J Psychiatry 154:355-362, 1997

Walker E, Lewine RJ: Prediction of adult-onset schizophrenia from childhood home movies of the patients. Am J Psychiatry 147: 1052-1056, 1990

Wexler M: Schizophrenia: conflict and deficienq. Psychoanal Q 40:83-99, 1971

CAPÍTULO

8

Trastornos afectivos

Los trastornos afectivos, al igual que la esquizofrenia, son enfermedades que están fuertemente influidas por factores genéticos y biológicos. Dado que los estresores y su significado parecen estar involucrados etiológicamente en los trastornos afectivos, estas enfermedades también son modelos ideales para estudiar, de una manera clínicamente relevante, la interacción de los genes y el ambiente.

Un extenso estudio australiano en gemelos (Bierut y col., 1999) encontró que había una agregación familiar moderada de depresión en las mujeres, relacionada primariamente con factores genéticos. Estos factores parecían jugar un rol menor en los hombres con depresión. Más aún, para ambos sexos, las experiencias ambientales individuales jugaban un rol mayor en el desarrollo de la depresión.

Kendler y col. (1993) siguieron 680 pares de gemelas de conocida cigoticidad para determinar si se podía desarrollar un modelo etiológico para predecir episodios depresivos mayores. Ellos encontraron que el rol de los factores genéticos era sustancial pero no abrumador. El predictor más influyente fue la presencia de eventos estresores recientes. Otros dos factores, las relaciones interpersonales y un temperamento caracterizado por neurotismo, también jugaron un rol etiológico significativo. El neurotismo parecía, en muchos casos, provocar el alejamiento hostil o indiferente del apoyo social.

En un reporte ulterior de una muestra extendida del estudio de gemelas, Kendler y col. (1995) lograron una comprensión mayor en la etiología de la depresión. El modelo más convincente que surgió de sus hallazgos fue el siguiente: la sensibilidad a los efectos inductores de depresión de los eventos estresantes de la vida parece estar bajo control genético. Por ejemplo, cuando los individuos de menor riesgo genético para depresión mayor fueron

examinados, tenían una probabilidad de comienzo de depresión mayor por mes de sólo cerca del 0,5% en ausencia de un evento estresante de la vida. Cuando estos individuos fueron expuestos a un estresor, sin embargo, la probabilidad ascendió al 6,2%. En aquellos individuos con mayor riesgo genético, la probabilidad del comienzo de depresión por mes era de sólo el 1,1% sin la exposición a un estresor, pero el riesgo aumentaba notablemente al 14,6% cuando un evento estresante de la vida estaba presente. En un análisis posterior (Kendler y col., 1999), los investigadores encontraron que cerca de un tercio de la asociación entre eventos estresantes de la vida y comienzos de depresión era *no causal*, porque estos individuos predispuestos a la depresión mayor se seleccionan en ambientes de alto riesgo. Por ejemplo, las personas con un temperamento de neuroticismo pueden provocar el alejamiento de los otros y, de esta manera, causar la ruptura de una relación significativa.

Al parecer, los estresores más poderosos son: la muerte de un pariente cercano, un asalto, problemas conyugales serios y un divorcio o una separación. Sin embargo, hay también evidencia considerable de que experiencias tempranas de abuso, abandono o separación pueden crear una sensibilidad neurobiológica que predispone a los individuos a responder a los estresores en la adultez desarrollando un episodio depresivo mayor. Por ejemplo, Kendler y col. (1992) documentaron un incremento del riesgo para la depresión mayor en aquellas mujeres que habían experimentado separación materna o paterna en la niñez o adolescencia. El modelo de respuesta de tipo kindling derivado de estudios de umbrales de convulsión ha sido sugerido como un paradigma útil para la comprensión de los mecanismos involucrados en este aumento de la vulnerabilidad (Gold y col., 1988a, 1988b; Post y col., 1982).

El factor liberador de corticotrofina (CRF), que induce a la hipófisis a secretar hormona adrenocorticotrófica (ACTH), está muy elevada en el líquido cefalorraquídeo de los pacientes deprimidos comparados con sujetos de control no deprimidos (Nemeroff, 1998a). Cuando el CRF es inyectado directamente dentro de los cerebros de animales de laboratorio, estos animales exhiben comportamientos similares a la depresión en los humanos. Estas observaciones sugieren un modelo de diátesis de estrés para los trastornos del humor. En otras palabras, un sustrato genético puede servir para disminuir los niveles de las monoaminas en las sinapsis o incrementar la reactividad del eje hipotalámico-hipofisiario-suprarrenal (HPA) al estrés. Si no hay estrés serio en el individuo, el umbral determinado genéticamente no resulta suficiente para inducir depresión. Sin embargo, las experiencias de abandono o abuso en la infancia pueden activar la respuesta de estrés e inducir un aumento de la actividad en las neuronas que contienen CRF, que son conocidas por responder al estrés y por ser excesivamente activas en las personas deprimidas (Nemeroff, 1998a). Estas células pueden volverse hi-

persensibles en ciertos individuos, reaccionando en forma desmedida aún frente a estresores leves.

En un estudio piloto diseñado para explorar este modelo, se compararon mujeres que habían sufrido abuso infantil, con o sin depresión mayor actual, con sujetos control sanas sin antecedentes de abandono temprano o trauma (Heim y col., 1998). Las mujeres con una historia de abuso infantil tenían un marcado incremento de las respuestas de ACTH al estrés psicosocial estandarizado de laboratorio comparado con mujeres control sanas. En promedio, la respuesta de ACTH era mayor en mujeres que tenían depresión mayor actual más historia de abuso infantil. Las respuestas de cortisol y ACTH neto se correlacionaron positivamente con el grado de abuso infantil y con la severidad de la depresión y de PTSD. Cuando se realizaron pruebas de estimulación de CRF, las mujeres que tenían una historia de abuso infantil y depresión mayor actual mostraron respuestas aplanadas de ACTH, un hallazgo que era más probable que se relacionara con la sobreexposición crónica de la hipófisis al CRF. Los investigadores concluyeron que se relatanto el eje HPA como los sistemas CRF extrahipotalámicos son sensibilizados en respuesta al abuso infantil temprano, lo que da como resultado una vulnerabilidad incrementada al desarrollo de la depresión.

Las investigaciones del Reino Unido sobre la relación entre el abuso infantil o abandono y la depresión en las mujeres adultas proveen alguna evidencia para sostener tal hipótesis. Un estudio prospectivo (Bifulco y col., 1998) encontró que mujeres con una historia de abuso infantil o abandono tenían el doble de probabilidad de tener relaciones negativas y baja autoestima en la adultez que aquéllas sin esa historia. Las mujeres abusadas o abandonadas con estas relaciones negativas y baja autoestima en la adultez tienen, entonces, una probabilidad diez veces mayor de padecer depresión. En una revisión reciente de estudios de abuso sexual infantil, Weiss y col. (1999) encontraron una relación clara entre ese abuso y el comienzo de la depresión en la adultez. Estos autores sugirieron que los esteroides gonadales podían jugar un rol clave en la modulación del eje HPA y podían contribuir entonces a la mayor sensibilidad de ese eje al estrés en las mujeres. Este dimorfismo sexual serviría para explicar la mayor prevalencia de depresión en la mujer. Una de las implicancias clínicas de esos hallazgos es que la exploración del impacto del trauma infantil o abandono puede ser crucial en la terapia psicodinámica de las pacientes deprimidas.

Al parecer, estos estresores tempranos de separación infantil, abandono o abuso tornan a los individuos más vulnerables a los estresores de la adultez que pueden llevar a la depresión. Sin embargo, desde una perspectiva psicodinámica, el clínico debe siempre considerar el sentido de un estresor particular: lo que para un observador externo puede parecer un estresor relativamente leve, para el paciente puede tener significados poderosos conscientes o inconscientes que amplifican en gran medida su impacto. Ham-

men (1995) señaló que "existe un considerable consenso de lo que importa no es sólo la ocurrencia de un hecho negativo de la vida sino qué significado e interpretación tiene para la persona ese hecho (p. 98). En un estudio longitudinal de la relación entre reacciones represivas y estresores, Hammen y col. encontraron que aquellos estresores cuyo contenido coincidían con un área de autodefinición del paciente eran particularmente plausibles de precipitar episodios depresivos (Hammen y col., 1985). Es decir que para alguien cuyo sentido de sí mismo depende en gran parte de su conexión social, la pérdida de una relación interpersonal significativa puede precipitar una depresión mayor. Además, si la autovaloración de alguien está especialmente vinculada con el dominio y logro, esa persona será más proclive a padecer un episodio depresivo en respuesta a un fracaso percibido en la escuela o en el trabajo.

Los avances en la investigación en los trastornos del humor sugieren que tanto la medicación como la psicoterapia pueden ser necesarias en el tratamiento de los trastornos afectivos mayores. La exploración psicodinámica del sentido que tienen los estresores puede ser de particular importancia.

Los pacientes deprimidos también pueden beneficiarse con la farmacoterapia dinámica. Algunos pacientes deprimidos no cumplen con la medicación prescripta por varias razones, tales como sentir que no merecen mejorarse o que tomar medicación los estigmatiza como enfermos mentales. Además de estar indicada para pacientes con problemas de no cumplimiento, la psicoterapia debe ser utilizada para aquéllos que tienen contraindicados antidepresivos debido a condiciones médicas preexistentes, o no pueden tolerar sus efectos adversos y para aquellos que son refractarios en forma parcial o completa a cualquier tratamiento somático.

No hay que olvidar que la depresión abarca el espectro entero de la patología y la salud y puede estar presente en formas leves en ciertos momentos de estrés aún en personas básicamente sanas. Los individuos con depresión menor que no reúnen criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) para el episodio depresivo mayor o la distimia son responsables de más días de incapacidad en la comunidad que las personas con depresión mayor (Broadhead y col., 1990). Los médicos proveen más servicios a personas con *síntomas* depresivos que aquéllos con trastornos depresivos formalmente definidos (Johnson y col., 1992). De esta manera, aún cuando estas formas leves de depresión carecen de criterios del DSM-IV para ser clasificadas como trastornos mayores, no son necesariamente benignas. La medicación es con frecuencia inefectiva en la depresión menor, y estos pacientes pueden necesitar psicoterapia para recuperar un funcionamiento normal.

Para muchos pacientes, la combinación de psicoterapia y medicación parece ser especialmente útil. En un mega-análisis de 595 pacientes con trastorno depresivo mayor enrolados en seis protocolos de tratamientos estan-

darizados, Thase y col. (1997) hallaron una ventaja altamente significativa para la combinación de psicoterapia y medicación en las depresiones recurrentes más graves. Sin embargo, cuando se estudiaron las formas leves de depresión, la terapia combinada no resultó más efectiva que la psicoterapia sola. Además, Nemeroff (1998b) observó que, mientras aproximadamente el 65% de los pacientes deprimidos responden a un solo antidepresivo con una declinación del 50% en las escalas de severidad, sólo el 30% vuelve a un estado eutímico completo basado en los puntajes de esas escalas estandarizadas.

La comprensión psicodinámica en el tratamiento es también extremadamente útil al abordar la interfase de personalidad y depresión. Esta interfase puede ser subdividida en tres categorías diferentes: 1) depresión mayor en el Eje I con comorbilidad en el Eje II, 2) personalidad depresiva, y 3) depresión caracterológica en el contexto de los trastornos de la personalidad.

Una revisión de la literatura provee una amplia evidencia de que los trastornos de personalidad complican el tratamiento de los trastornos depresivos del Eje I (Reich y Green, 1991). En el estudio colaborativo del National Institute of Mental Health (NIMH), los resultados de los pacientes con trastornos de la personalidad eran significativamente peores en el funcionamiento social y presentaban más probabilidad de tener síntomas residuales de depresión que los pacientes sin trastornos de personalidad (Shea y col., 1990). En un estudio británico que comprendía un seguimiento durante 18 años de 89 pacientes deprimidos, un efecto interactivo de melancolía y la medida de personalidad de neurotismo llevó a peores resultados en aquéllos con ambos rasgos (Duggan y col., 1991). Estos estudios sugieren que es probable que ciertos trastornos de la personalidad contribuyan a mantener la depresión una vez que ya ha ocurrido, y los factores caracterológicos también pueden ser responsables del pobre cumplimiento de la medicación. La psicoterapia puede ser necesaria en combinación con la medicación para tratar de manera efectiva a estos pacientes.

La segunda categoría, la personalidad depresiva, ha sido controversial a pesar de una tradición psicoanalítica de mucho tiempo. En el Apéndice B del DSM-IV, el criterio para el trastorno depresivo especifica una constelación de rasgos de personalidad, en contraste con el criterio para distimia, que focaliza en síntomas somáticos. Estos rasgos incluyen un humor dominado por el descontento, la congoja y la tristeza; un concepto de sí mismo centrado en desvalorización y baja autoestima; una tendencia a culparse y a criticarse; una propensión a sentir culpa o remordimiento; una actitud pesimista; una postura negativa y crítica hacia los otros; una tendencia a la cavilación y preocupación.

Gran parte de la controversia ha girado alrededor de si el trastorno depresivo de la personalidad es realmente distinto de la distimia. Sin embargo, están apareciendo datos que sugieren que la distinción entre las dos es

válida y clínicamente útil. En un estudio de 54 pacientes con características depresivas leves de comienzo temprano y de larga data, Phillips y col., (1998) identificaron a 30 sujetos con trastorno depresivo y 24 sin trastorno depresivo de la personalidad. El 63% de los sujetos con trastorno depresivo de la personalidad no tenía distimia, mientras que el 60% no tenía depresión mayor actual. Los pacientes con trastorno depresivo de la personalidad eran más proclives a tener otro trastorno de la personalidad que aquellos del grupo de comparación, pero el 40% de ellos no tenían ese trastorno. Aquellos que *eran* comórbidos con un trastorno de la personalidad tendían a presentar trastornos de la personalidad del Grupo C o trastornos de la personalidad ansiosos, sugiriendo que las defensas y los conflictos en un nivel neurótico eran lo más importante, lo que coincide con la comprensión psicoanalítica tradicional del trastorno depresivo de la personalidad (Kernberg, 1984). Por último, la duración de la psicoterapia fue significativamente más larga para los sujetos que tenían trastorno depresivo de la personalidad que para aquellos que no lo tenían.

La tercera categoría incluye a aquellos pacientes con trastornos graves de la personalidad, específicamente borderline, que se presentan con quejas de "depresión" pero no reúnen criterios del DSM-IV para un trastorno en el Eje I. Muchos de estos pacientes describen un profundo sentimiento de soledad o vacío asociado con la percepción de que sus necesidades emocionales no son advertidas por los demás. Pueden tener también un sentido consciente de rabia y frustración que los separa del paciente típico del Eje I. Pero como esta forma caracterológica de depresión está primariamente asociada con la personalidad borderline, será discutida en profundidad en el capítulo 15.

Por todas las razones precedentes, la comprensión y el tratamiento psicodinámico todavía juegan un rol principal en el tratamiento de los trastornos del humor, a pesar de los avances espectaculares de la comprensión biológica de la manía y de la depresión. El psiquiatra que combina abordajes psicodinámicos con medidas psicofarmacológicas estará mejor equipado para tratar la enorme variedad de pacientes perturbados afectivamente que se ven en la práctica clínica.

Comprensión psicodinámica de la depresión y la manía

En el escrito clásico de 1917, "Duelo y melancolía", Freud estableció la diferencia entre la pena y la depresión melancólica. En la primera, el evento precipitante es la pérdida real de una figura significativa. En la melancolía, por el contrario, el objeto perdido es *emocional* más que real. Más aún, el

paciente melancólico siente una pérdida profunda de la autoestima, acompañada de autorreproche y culpa, mientras que el doliente mantiene un sentido razonablemente estable de la autoestima. Freud explicó el marcado autodesprecio, común en los pacientes depresivos, como resultado del enojo vuelto hacia adentro. Más específicamente, la rabia es dirigida hacia adentro porque el paciente se ha identificado con el objeto perdido. En 1923, Freud observó que esa introyección era la única forma que tenía el yo para renunciar a un objeto. Ese mismo año, en "El yo y el ello", postuló que los pacientes melancólicos tienen un superyó severo, al que relacionó con la culpa de haber mostrado agresión por los seres amados.

Klein (1940/1975) vinculó la depresión con la posición depresiva (véase cap. 2). Ella comprendió los estados maníaco-depresivos como un reflejo de la falla infantil para establecer buenos objetos internos. Las personas deprimidas, en otras palabras, nunca han superado la posición depresiva común en la infancia. Ella contrastó este estado con el duelo normal, en el cual la posición depresiva es reactivada como resultado de la pérdida de un ser querido, pero que luego se supera y se elabora por el restablecimiento de la figura perdida como un objeto interno, así como también por la reinserción de los padres buenos en el proceso. Para Klein, entonces, los pacientes depresivos están desesperadamente preocupados por haber destruido a los objetos buenos amados dentro de ellos como resultado de su propia voracidad y destructividad. Como consecuencia de esa destrucción, se sienten perseguidos por los objetos malos odiados que permanecen. Este sentimiento de ser perseguido por objetos malos mientras "anhelan" los objetos buenos perdidos es lo que constituye la esencia de la posición depresiva, que es reactivada en los estados melancólicos. En otras palabras, los pacientes pueden sentirse desvalorizados porque perciben que han cambiado a sus padres buenos internos en perseguidores como resultado de sus fantasías e impulsos destructivos.

Klein notó que las defensas maníacas, tales como omnipotencia, negación, desprecio e idealización, se desarrollan en respuesta a afectos dolorosos producidos por el "anhelo" por los objetos de amor perdidos. Estas defensas son usadas al servicio de: 1) rescatar y restaurar los objetos de amor perdidos, 2) despreciar los objetos internos malos, y 3) negar la dependencia extrema de los objetos de amor. Desde el punto de vista clínico, los pacientes pueden expresar estas operaciones maníacas a través de la negación de cualquier agresión o destructividad hacia otros, una disposición eufórica que es contraria a su actual situación de vida, una idealización de los otros, o una actitud de rechazo y desprecio hacia otras personas que sirven para negar la necesidad de relacionarse. Un aspecto integral de la postura maníaca defensiva es con frecuencia un deseo de triunfar sobre los padres y entonces revertir la relación niño-padre. Este deseo de triunfo puede a su vez dar origen a la culpa y depresión. Para Klein, este mecanismo es respon-

sable en parte de la depresión que a menudo se desarrolla luego de un éxito o un ascenso.

La formulación de Klein es útil porque ayuda a los clínicos a comprender cómo la función psicológica del episodio maníaco puede coexistir con determinantes biológicos. La función defensiva de la manía es mucho más evidente en los pacientes maníacos disfóricos (Post y col., 1989), cuya ansiedad y depresión "atraviesan" un episodio maníaco, necesitando un resurgimiento de la negación maníaca. Más aún, en una forma mucho más atenuada, las defensas hipomaníacas son reclutadas de manera típica para la defensa contra la amenaza de los afectos depresivos o de la pena. Un paciente, por ejemplo, describió que se sentía "elevado" luego de haber tomado conocimiento de la muerte de su madre. Se sentía poderoso, expansivo y liberado de la dependencia. A pesar de estos sentimientos, pudo advertir que era extraño que no se sintiera afligido.

Aunque tanto Freud como Klein vieron la agresión como esencial para la comprensión de la depresión, Bibring (1953) creyó que la depresión era un estado afectivo primario no relacionado con la agresión vuelta hacia sí mismo. Para él la depresión surgía de la tensión entre ideales y realidad. Tres aspiraciones narcisistas altamente investidas: ser valioso y amado, ser fuerte o superior, ser bueno y amoroso, son sostenidas como ideales. Sin embargo, la conciencia que tiene el yo de su inhabilidad real o imaginada de alcanzar estos ideales produce depresión. Como resultado, la persona deprimida se siente indefensa e impotente. Bibring pensó que, en ciertos casos, la conciencia de indefensión del yo puede hacer que la agresión se vuelva contra sí mismo, pero sólo como un fenómeno secundario. Él pensó que cualquier frustración narcisista o herida que disminuye la autoestima puede precipitar una depresión clínica. A diferencia de todos los autores que escribieron sobre la psicodinamia de la depresión, Bibring (1953) no postuló que el superyó jugaba un rol clave. Postuló, más bien, que la tensión surge dentro del propio yo, no entre el yo y otra instancia intrapsíquica. Describió sucintamente esta depresión como "un colapso parcial o completo de la autoestima del yo, dado que se siente incapaz de vivir acorde con sus aspiraciones (yo ideal, superyó) mientras ellas son fuertemente mantenidas" (p. 26). Este autor comprendió la euforia maníaca como una reacción secundaria compensatoria a la depresión, o como una expresión de la fantasía de cumplimiento de las aspiraciones narcisistas del individuo.

Revisando la formulación de Freud, Jacobson (1971a) sugirió que los pacientes melancólicos actúan realmente como si ellos fueran el objeto de amor perdido y sin valor, aun cuando no asumen todas las características de ese objeto. El self, entonces, es experimentado como el objeto malo y, en ocasiones, este objeto malo interno o el objeto de amor externo perdido es transformado en el superyó sádico. El yo se vuelve "una víctima del super-

yó, tan indefenso e impotente como un niño que es torturado por su madre cruel y poderosa" (p. 252).

> La señora I era un ama de casa de 49 años que empezó a sufrir una depresión psicótica. Estaba convencida de que era completamente despreciable y le preocupaba el recuerdo de cómo su padre la había golpeado de niña porque ella era una "nenita muy mala". A veces el introyecto malo del padre abusivo y odiado era absorbido en la autoimagen de la paciente, y ella se cortaba como autocastigo y como una forma de atacar al objeto interno. Otras veces, el padre era experimentado como un objeto interno separado, un superyó rígido, que la reprendía por ser mala. En esos momentos, la señora I escuchaba una voz alucinatoria que le decía, "Tú eres mala" y "Mereces morir".

El mundo interno de objetos de la señora I indica cómo, en la depresión psicótica, puede haber, por un lado, una fusión del self con el objeto, y por el otro lado, una reactivación de una relación de objeto interno en el cual un objeto malo tormentoso, un superyó primitivo, persigue a un self malo. Jacobson creyó que la manía podría ser entendida como una reunión mágica del self con la figura del superyó rígido, cambiando de esta manera esa figura de un atormentador punitivo por una figura amorosa, totalmente buena y misericordiosa. Este objeto idealizado puede entonces ser proyectado hacia el mundo externo para establecer relaciones altamente idealizadas con los otros mientras toda la agresión y la destructividad son negadas.

Sobre la base de una extensa experiencia en psicoterapia de pacientes gravemente deprimidos, Arieti (1977) postuló una ideología preexistente en las personas que se deprimen severamente, a saber, vivir no para uno, sino para otra persona, y que denominó el *otro dominante*. Lo habitual es que el esposo sea el otro dominante, pero una organización o un ideal también pueden cumplir esa función. Cuando una meta o un propósito trascendente ocupan este lugar en el mundo psicológico individual, es referido como el objetivo dominante o la ideología dominante. El concepto de Arieti recuerda, de alguna manera, el de Bibring, debido a su énfasis en la indefensión del paciente al darse cuenta de que el objetivo es inalcanzable. Estos pacientes por lo general no pueden imaginar o aceptar cualquier marco alternativo que podría permitirles abandonar el objetivo dominante. Ellos se dan cuenta de que vivir para alguien o para otra cosa no es trabajar para ellos, pero se sienten incapaces de cambiar. Creen que la vida carece de valor si no pueden provocar la respuesta que desean del otro dominante o si son incapaces de alcanzar su objetivo imposible. Ellos adhieren rígidamente a un plan de vida ideal que no pueden abandonar.

Podemos resumir las diversas formulaciones teóricas de la depresión concluyendo que, cualquiera que sea la contribución bioquímica que exista, los pacientes experimentan la depresión psicológicamente como una al-

teración de la autoestima en el contexto de las relaciones interpersonales fallidas. Estas relaciones infantiles son internalizadas y reactivadas en la adultez con el comienzo de los trastornos afectivos. El tormentoso mundo interno de relaciones de objeto es entonces externalizado en relaciones actuales en el mundo del paciente. La depresión ilustra la relación estrecha entre las interacciones interpersonales íntimas de un individuo y el mantenimiento de la autoestima (Strupp y col., 1982). En términos de la psicología del self, la depresión puede ser vista como la desesperanza resultante de la falla de los objetos del self para gratificar las necesidades del self, tales como necesidades de especularidad, unión, o idealización.

Blatt (1998) ha sugerido que desde la perspectiva psicoanalítica, estas diferentes visiones teóricas representan dos tipos subyacentes de depresión. La depresión *anaclítica* está caracterizada por sentimientos de indefensión, soledad y debilidad relacionados con temores crónicos a ser abandonado y desprotegido. Los individuos con este tipo de depresión anhelan ser nutridos, protegidos y amados. La depresión *introyectiva*, por otro lado, está caracterizada por sentimientos de falta de méritos, fracaso, inferioridad y culpa. Los individuos con esta variante son también muy autocríticos y sufren de un temor crónico a la crítica y desaprobación de otros. Son extremadamente perfeccionistas y competitivos y excesivamente cumplidores en el trabajo y la escuela. La depresión anaclítica se caracteriza por la vulnerabilidad a las rupturas de las relaciones interpersonales, y la depresión se manifiesta, en principio, como sentimientos disfóricos de abandono, pérdida y soledad. La depresión introyectiva comprende la vulnerabilidad a las frustaciones en un sentido positivo y efectivo del self y lo primero que aparecen son los sentimientos disfóricos de culpa, fracaso y falta de valor y un sentido de que la propia autonomía y el control se han perdido.

Psicodinamia del suicidio

Muchos trastornos psiquiátricos diferentes pueden culminar trágicamente en el suicidio. Sin embargo, el suicidio se asocia de manera predominante con los trastornos afectivos mayores, por lo cual es considerado en detalle en el contexto de este capítulo. Pero antes de examinar la perspectiva psicodinámica del suicidio hay que consignar una advertencia. Los determinantes de la conducta suicida pueden ser biológicos y también psicológicos. La psicodinamia revelada por el trabajo psicoterapéutico con pacientes suicidas puede en cierta medida ser *secundaria* a los cambios neuroquímicos, por lo que todas las modalidades terapéuticas somáticas disponibles deben ser utilizadas agresivamente junto con el abordaje psicoterapéutico. En muchos casos, la psicoterapia sola es insuficiente con los pacientes suicidas se-

rios. En un estudio comparativo (Lesse,1978), sólo el 16% de los pacientes severamente deprimidos tuvo un resultado positivo en psicoterapia, mientras que el 83% de los pacientes que recibían psicoterapia más farmacoterapia y el 86% de aquéllos que recibían terapia electroconvulsiva (TEC) tuvo buenos resultados. Es mucho más importante salvar la vida del paciente que quedarse solamente con la teoría.

La conducta e ideación suicida, como todos los otros actos y pensamientos, son productos finales de los principios de sobredeterminación y función múltiple (véase cap. 1). Las motivaciones para el suicidio son muy variadas y con frecuencia oscuras (Meissner, 1986). El clínico debe entonces escuchar cuidadosamente a cada paciente, notando los desarrollos particulares de transferencia-contratransferencia antes de llegar a cualquier conclusión acerca de los determinantes dinámicos del suicidio.

Según su concepción de la dinámica de la depresión, Freud (1917/1963) suponía que el yo podía matarse sólo si se trataba a sí mismo como un objeto, y así postuló que el suicidio resulta del desplazamiento de impulsos homicidas, esto es, que los deseos destructivos hacia un objeto internalizado son dirigidos, en cambio, contra el self. Luego del desarrollo del modelo estructural (1923/1961), Freud redefinió al suicidio como la victimización del yo por un superyó sádico. La visión de Karl Menninger (1933) era un poco más compleja. Él creyó que al menos tres deseos podrían contribuir a un acto suicida: el deseo de matar, el deseo de ser matado y el deseo de morir. El deseo de matar puede ser dirigido no solamente hacia un objeto *interno*. La experiencia clínica confirma una y otra vez que el suicidio es con frecuencia destinado para destruir la vida de los sobrevivientes. Los pacientes deprimidos a menudo sienten, por ejemplo, que el suicidio es la única venganza satisfactoria contra sus padres. El cónyuge de un paciente puede ser similarmente el "blanco" de un suicidio.

Un tema recurrente en las relaciones de objeto de los pacientes suicidas es el drama entre un sádico atormentador y una víctima atormentada. Como en el caso de la señora I, hay por lo habitual un objeto interno persecutorio que hace al paciente miserable. En forma alternativa, el paciente que se identifica con el perseguidor puede atormentar a todos en su ambiente. Y en algunos casos, puede creer que el único resultado posible del drama es someterse al atormentador a través del suicidio (Meissner, 1986). Esta figura persecutoria interna se conoce como el "verdugo oculto" (Asch,1980).

En otros casos, la agresión juega un rol mucho menos destacado en la motivación del suicidio. Según Fenichel (1945) el suicidio podía ser el cumplimiento de un deseo de reunión, esto es, el reencuentro mágico y gozoso con un amado perdido, o la unión narcisista con una figura superyoica amorosa. La pérdida del objeto frecuentemente se oculta detrás de la conducta suicida, y muchos pacientes suicidas revelan fuertes anhelos de depender de un objeto perdido (Dorpat, 1973). Con respecto a esto, el suicidio

puede ser un deseo regresivo de reunión con una figura materna perdida. Las últimas palabras del Reverendo Jim Jones en el homicidio y suicidio masivos en Guyana en 1978 fueron: "Madre... Madre", pronunciadas justo antes de que se disparara un tiro en la cabeza. Un proceso patológico de duelo está envuelto con frecuencia en los suicidios, particularmente en aquéllos que ocurren en el aniversario de la muerte de una persona amada. La investigación ha demostrado, por ejemplo, que existe una correlación estadísticamente significativa entre el suicidio y el aniversario de la muerte de un progenitor (Bunch y Barraclough, 1971). Cuando la autoestima de un individuo y su autointegridad dependen del apego a un objeto perdido, el suicidio puede parecer el único camino para restaurar la cohesión del self.

> La señora J era una mujer de 24 años con una depresión psicótica. Dos años antes había sufrido el suicidio de su hermano gemelo. Después de esta muerte, ella se aisló e intentó matarse. Más aún, tenía una identificación con su hermano a tal punto que se presentaba como hombre y se hacía llamar con el primer nombre de él. Fue refractaria a la medicación antidepresiva, al carbonato de litio y al TEC. Sentía que no podía seguir viviendo sin él. Finalmente se suicidó en el aniversario de la muerte de su hermano.

Para evaluar el riesgo suicida en cualquier paciente, estos temas psicodinámicos deben ser puestos en el contexto de un conjunto de predictores de riesgo suicida. Un examen prospectivo de 954 pacientes (Clark y Fawcett, 1992) reveló que era útil diferenciar los factores de riesgo a corto plazo de los de largo plazo para intentar predecir el suicidio. Siete factores predijeron el suicidio dentro del primer año de ingreso al estudio: ataques de pánico, ansiedad psíquica, pérdida severa del placer e intereses, agitación depresiva que comprende un rápido giro del humor que va de la ansiedad a la depresión y al enojo o viceversa, abuso de alcohol, disminución de la concentración e insomnio global. Los factores de riesgo a largo plazo incluían desesperanza, ideación suicida, intención suicida, y una historia previa de tentativas suicidas. La desesperanza, que ha demostrado ser muchas veces un mejor predictor de riesgo suicida que la depresión, puede estar vinculada a una visión del self sostenida rígidamente que no puede ser cambiada a pesar de las desilusiones repetidas. Si uno no puede vivir de acuerdo con las expectativas sostenidas rígidamente de lo que el self debería ser, es posible que surja la desesperanza y el suicidio parezca la única salida. En una veta similar, Arieti (1977) observó que ciertos pacientes que no pueden cambiar su ideología dominante o su expectativa del otro dominante pueden también estar en alto riesgo suicida. Al evaluar la ideación suicida, existe un mayor riesgo cuando la ideación es *ego-sintónica*; estos pacientes encuentran aceptable la ideación suicida y parecen rendirse en la lucha contra la urgencia de matarse.

Para ubicar al suicidio en un contexto psicodinámico, los clínicos deben entender la naturaleza del evento precipitante, las motivaciones conscientes e inconscientes, y las variables psicológicas preexistentes que incrementan la posibilidad de actuar los pensamientos suicidas. A través del uso de tests psicológicos proyectivos, investigadores (Smith, 1983; Smith y Eyman, 1988) han estudiado e identificado cuatro patrones de funcionamiento yoico y paradigmas de relaciones de objeto interno que diferencian a los individuos que realizan tentativas serias de aquéllos que meramente hacen gestos para controlar a otros significativos. Los que realizaban tentativas serias exhibían: 1) una incapacidad de abandonar los deseos infantiles de crianza, asociados con el conflicto de ser abiertamente dependientes; 2) una visión sobria pero ambivalente hacia la muerte; 3) expectativas de uno mismo excesivamente elevadas; y 4) sobrecontrol del afecto, en particular la agresión. Aunque este patrón se aplica más a los hombres que a las mujeres (Smith y Eyman, 1988), una actitud inhibitoria hacia la agresión distingue a las mujeres que realizan tentativas serias de aquellas que sólo realizan gestos leves. Estos hallazgos en las pruebas muestran que las estructuras psicológicas preexistentes que favorecen el suicidio son más uniformes entre los pacientes individuales que las diversas motivaciones que subyacen en cada acto suicida particular.

Consideraciones terapéuticas

Hallazgos de la investigación

Mientras que la terapia interpersonal y la terapia cognitivo-conductual han sido estudiadas bastante extensamente con los pacientes deprimidos, la terapia psicodinámica breve de la depresión tiene una menor base de investigación. En estudios tempranos de terapia dinámica breve, ésta se usó por lo general como una modalidad comparativa para un grupo control por investigadores comprometidos con otros abordajes. La mayoría de estos estudios han observado a la terapia dinámica breve más en un formato de *grupo* que en una situación *individual*.

En los últimos tiempos, sin embargo, estudios rigurosamente controlados han mostrado resultados prometedores para la terapia dinámica breve en los pacientes deprimidos. En una investigación de cuidadores deprimidos de miembros de familia añosos (Gallagher-Thompson y Steffen, 1994) se los asignó aleatoriamente a uno de dos grupos de tratamiento: psicoterapia dinámica breve o terapia cognitivo-conductual. Luego de 20 sesiones, el 71% de los cuidadores ya no estaba clínicamente deprimido. No se hallaron sobre todo diferencias entre los dos grupos de tratamiento.

En el segundo Proyecto Psicoterapéutico de Sheffield (Shapiro y col., 1994, 1995) en el Reino Unido, se reportaron hallazgos similares en un ensayo controlado y randomizado. Ciento veinte pacientes deprimidos fueron asignados a 8 ó 16 sesiones de terapia psicodinámica-interpersonal o terapia cognitivo-conductual. Ambos tratamientos resultaron igualmente efectivos y rápidos en sus efectos. Los pacientes que tenían sólo depresión leve o moderada tuvieron el mismo resultado independientemente de si fueron tratados con 8 o16 semanas de terapia. Sin embargo, en los pacientes severamente deprimidos, se hallaron resultados significativamente superiores cuando se brindaron 16 semanas de terapia, sin que importara si el tratamiento fue psicodinámico-interpersonal o cognitivo-conductual. Al año de seguimiento, no se hallaron diferencias globales en resultados o mantenimiento de logros entre los dos tipos de terapia. Períodos más prolongados de terapia *parecieron* estar asociados a mejores resultados a largo plazo, sobre todo en el caso de la terapia psicodinámica-interpersonal.

La terapia psicodinámica-interpersonal breve también puede ser efectiva en cuanto al costo. En un estudio de 110 pacientes no psicóticos que no habían respondido a un tratamiento sistemático por un período de seis meses con un especialista en salud mental (Guthrie y col., 1999), se encontró que el 75,5% tenía una enfermedad depresiva. Todos los pacientes fueron randomizados a sesiones de ocho semanas de psicoterapia psicodinámica-interpersonal o a un control habitual de cuidado por sus psiquiatras. A los seis meses de seguimiento, aquéllos que recibían terapia mostraban una mejoría significativamente mayor que los sujetos control en el funcionamiento social y en el distrés psicológico. También mostraron reducciones significativas en la utilización de los servicios de salud durante los seis meses posteriores al tratamiento comparado con los sujetos control. El costo adicional de la terapia era compensado por la reducción en el gasto de cuidado de salud durante los seis meses posteriores al tratamiento.

No se encuentran estudios randomizados y controlados de terapia psicodinámica a largo plazo y psicoanálisis con pacientes depresivos. Sin embargo, muchos clínicos reconocen que hay un subgrupo de pacientes deprimidos que requerirían dicho tratamiento. Blatt y col. (1995) reanalizaron los datos del Programa Colaborativo de Investigación de Tratamiento de Depresión del NIMH y encontraron que pacientes muy perfeccionistas y autocríticos (esto es, el subtipo *introyectivo* de pacientes deprimidos) no respondieron bien a ninguno de los cuatro grupos de tratamiento, que incluían 16 semanas de terapia cognitiva, 16 semanas de terapia interpersonal, 16 semanas de imipramina más manejo clínico, y 16 semanas de placebo más manejo clínico. Dos estudios prospectivos longitudinales (Blatt, 1992; Blatt y col., 1994) sugieren que la terapia psicodinámica a largo plazo puede ser efectiva con pacientes autocríticos y perfeccionistas que no responden a modalidades breves. Muchos de estos pacientes probablemente

tienen, de manera significativa, rasgos caracterológicos obsesivo-compulsivos o narcisistas. Estos pacientes perfeccionistas pueden estar, también, en un alto riesgo suicida (Blatt, 1998; Hewitt y col., 1997), de manera tal que la inversión de tiempo, energía y recursos estaría bien justificada.

Principios terapéuticos

Manía. La mayoría de los pacientes maníacos no se beneficiarán de intervenciones psicoterapéuticas hasta que su manía esté controlada primero, farmacológicamente. Gran parte del tratamiento posterior implica prevenir la recaída a través de la focalización en los problemas de no cumplimiento y la falta de conciencia de enfermedad. Con frecuencia, se deben abordar varias temáticas psicodinámicas mayores presentes con frecuencia en los pacientes bipolares. Al mantenerse en la negación general de su enfermedad, estos pacientes suelen argumentar que sus síntomas maníacos o hipomaníacos no son parte de una enfermedad sino más bien un reflejo de quiénes realmente son. Los pacientes con enfermedad bipolar se caracterizan por la falta de insight. En un estudio de 28 pacientes maníacos tratados en una unidad de internación (Ghaemi y col., 1995), se tomaron las medidas de insight en la admisión y la externación. Los investigadores encontraron que, aún cuando todos los otros síntomas de manía habían mejorado o remitido, el insight permanecía notablemente ausente.

En relación con esta negación suele haber otra temática psicodinámica que comprende la escisión o la discontinuidad psíquica. Gran número de pacientes bipolares continúan negando la significación de sus episodios maníacos previos, cuando están eutímicos. Pueden argumentar que su conducta era simplemente el resultado de que no se cuidaban a sí mismos, y suelen insistir obstinadamente en que no repetirán más lo que pasó antes. En esta forma de escisión, la representación del self envuelta en el episodio maníaco es vista como desconectada por completo con el self en la fase eutímica. Esta falta de continuidad del self no parece molestar al paciente, mientras que los miembros de la familia y los clínicos pueden estar bastante exasperados con esto. El clínico a cargo del paciente necesita trabajar psicoterapéuticamente para juntar los fragmentos del self en un relato continuo en la vida del paciente para que la necesidad de la farmacoterapia de mantenimiento se vuelva más convincente para éste. Algunas veces la grabación de los episodios maníacos (con el permiso del paciente) y la reproducción de la grabación cuando está eutímico puede ayudar a convencerlo de la conexión entre el self maníaco y el self eutímico.

Desde una perspectiva kleiniana, el trabajo psicoterapéutico fundamental con el paciente bipolar puede ser facilitar la labor de duelo. Hay una fuerte unión entre el trauma físico infantil y la manía en la adultez (Levitan

y col., 1998), y es posible que la necesidad de negar la agresión tenga sus raíces en los primeros años de vida. La amenaza de sentimientos agresivos, persecutorios, lleva a la necesidad de defensas maníacas para negarlas. Después de un episodio maníaco, el paciente puede estar agudamente consciente de su propia destructividad y sentirse arrepentido acerca del daño que ha causado a otros durante la fase maníaca. Este es un momento óptimo para que los psicoterapeutas ayuden a los pacientes a integrar el amor y la agresión en sus representaciones del self y de objeto internos. Continuar con la escisión de estos aspectos de sí mismos les ofrece a los pacientes un alivio temporario del dolor pero no les permite resolver sus ansiedades depresivas. Klein (1940/1975) notó que a medida que los sentimientos de persecución y agresión disminuyen, las defensas maníacas se vuelven menos necesarias. Por eso, otro objetivo es ayudar al paciente a volverse más capaz de internalizar una relación en la cual lo bueno predomina sobre lo malo y el amor predomina sobre el odio.

En un estudio prospectivo a dos años de recaídas en 61 pacientes ambulatorios con enfermedad bipolar (Ellicott y col., 1990), la recaída no pudo ser explicada por cambios en los niveles de litio o el cumplimiento de la medicación. Sin embargo, había una asociación significativa entre los eventos estresantes de la vida y la recaída. Los investigadores concluyeron que las intervenciones psicológicas en momentos de alto estrés eran cruciales para prevenir las recurrencias. El psiquiatra dinámico debe estar atento a la significación de los estresores específicos en la vida del paciente y monitorizarlos, mientras maneja, al mismo tiempo, el fármaco estabilizador del ánimo.

El litio y otros estabilizadores del ánimo tienen con frecuencia un significado especial para los pacientes bipolares. Para algunos, la medicación representa un método de privación de la euforia egosintónica de sus períodos maníacos y puede también recordarles que otros miembros de su familia han padecido enfermedad bipolar con consecuencias adversas como el suicidio. Jamison (1995) describió su propia batalla contra la enfermedad bipolar y se refirió al valor extraordinario de la psicoterapia al ayudarla a continuar tomando litio y comprender sus temores de cumplir con el régimen de medicación. A través de la psicoterapia, ella descubrió sus miedos secretos acerca de la medicación: "De hecho, la verdad es que yo estaba secretamente aterrorizada de que el litio pudiera *no* funcionar: ¿y si lo tomaba y seguía estando enferma, y si, por el contrario, no lo tomaba, no podría ocurrir que mis peores temores se concretaran?" (1995, p. 103).

Aunque los problemas con el no cumplimiento deben ser abordados con energía, la farmacoterapia del trastorno bipolar tiene una eficacia limitada en prevenir las recurrencias a lo largo del tiempo. Sólo cerca del 40% de los pacientes que toman litio se encuentran libres de recaídas en el seguimiento a cinco años (Maj, 1999). Altas tasas de problemas con el empleo y de dificultades familiares son la regla más que la excepción (Miklowitz y

Frank, 1999). De este modo, hay un consenso de que la psicoterapia debe tener objetivos más amplios que mejorar sólo el cumplimiento; debe incluir la identificación de los estresores, mejorar el funcionamiento familiar y procesar el impacto de la enfermedad en el paciente y en otros.

Salzman (1998) ha propuesto con persuasión la integración de la farmacoterapia y la psicoterapia en el tratamiento de los pacientes bipolares. Construir una alianza terapéutica es el punto de partida y se debe concretar a través de la exploración psicoterapéutica, la empatía y la educación en lugar de usar tácticas de debate. La creación de un gráfico del humor puede ser también útil. Los cambios transferenciales de idealización a devaluación son comunes, y el acting-out contratransferencial en respuesta a la frustración y el enojo es un riesgo continuo.

Jamison (1995) comparte la visión de que el tratamiento combinado es necesario: "Inefablemente, la psicoterapia cura. Construye algún sentido a partir de la confusión, refrena los pensamientos y sentimientos terroríficos, devuelve algo de control y esperanza y posibilita aprender de todo esto... Ninguna pastilla podía ayudarme a enfrentar el problema de no querer tomar pastillas y tampoco la psicoterapia sola podía prevenir mi manía y mis depresiones. Las necesito a ambas" (p. 89).

Depresión. Al contrario de la sabiduría convencional, la utilidad de los abordajes psicodinámicos para la depresión no está limitada a las formas más leves, más neuróticas de la condición. La intervención psicoterapéutica puede, de hecho, ser esencial para el tratamiento de las formas más graves, psicóticas de depresión, especialmente en aquellos casos donde los tratamientos somáticos han sido inefectivos o rechazados por el paciente. Arieti (1977) informó sobre la psicoterapia intensiva de 12 pacientes gravemente deprimidos de los que tenía datos de seguimiento de tres años o más. Siete habían mostrado recuperación completa y otros cuatro habían mejorado notablemente. Considerando la gravedad de la depresión, sin embargo, ciertos principios técnicos fundamentales deben guiar al clínico.

El primer paso en el tratamiento es el establecimiento de una alianza terapéutica independientemente de que el paciente esté en un hospital o sea un paciente ambulatorio. Para construir el vínculo necesario, el terapeuta debe simplemente escuchar y empatizar con el punto de vista del paciente. Tal vez el error más común de los miembros de la familia y de los profesionales principiantes de la salud mental es tratar de alegrar al paciente focalizándolo en lo positivo. Comentarios como "Usted no tiene razón para estar deprimido" "Usted tiene tantas buenas cualidades" o "¿Por qué quiere suicidarse? Hay tanto por vivir", son capaces de provocar un efecto contraproducente. Estos comentarios "alentadores" son experimentados por los pacientes depresivos como fallas profundas de la empatía, lo que puede llevarlos a sentirse más solos e incomprendidos y, por consiguiente, más suicidas.

Por el contrario, los terapeutas que trabajan con estos pacientes deben transmitir su comprensión de que efectivamente hay una razón para estar deprimido. Ellos pueden empatizar con el dolor de la depresión y al mismo tiempo atraer la ayuda del paciente en una búsqueda colaborativa de las causas subyacentes. El abordaje inicial debe ser de apoyo pero firme (Arieti, 1977; Lesse, 1978). Las interpretaciones prematuras, como "Usted no está realmente deprimido, usted está enojado", también serán experimentadas como no empáticas y fuera de contexto. El clínico será más útil si se limita a escuchar e intenta entender qué piensa el paciente de su enfermedad.

Durante las fases tempranas de la recolección de la información, el terapeuta desarrolla una formulación explicativa de la depresión del paciente. ¿Qué eventos pudieron precipitar la depresión? ¿Qué aspiración narcisísticamente valorada no logró alcanzar el paciente? ¿Cuál es la ideología dominante del paciente? ¿Quién es el otro dominante para el cual el paciente está viviendo y de quién no está recibiendo las respuestas esperadas? ¿Hay culpa conectada con la agresión o enojo? ¿Y si fuera así, contra quién está enojado el paciente? ¿Hay frustración por la búsqueda del self de respuestas de objetos del self? ¿El paciente tiene primariamente un tipo anaclítico de depresión, en el cual el cambio terapéutico comprenderá relaciones interpersonales? O, ¿tiene el paciente más una depresión introyectiva, en la cual la definición de sí mismo y la autovaloración serán más centrales?

Mientras el clínico escucha la historia del paciente y desarrolla una hipótesis acerca de las bases psicodinámicas de la depresión, el paciente establece un vínculo transferencial con el terapeuta. En términos de Arieti (1977), el terapeuta se vuelve un "tercero dominante", en adición al otro dominante en la vida del paciente. Muchas de las mismas preocupaciones que son problemáticas en las relaciones principales del paciente también emergerán en la transferencia. Arieti señaló que la construcción de una alianza terapéutica puede requerir que los terapeutas se amolden a ciertas expectativas del paciente durante las etapas iniciales de la psicoterapia, facilitando así la repetición de la patología del paciente en la relación terapéutica. Cuando la suficiente información ha sido acopiada, el terapeuta puede tener que girar a un abordaje más expresivo e interpretarle al paciente el patrón de "otro dominante" que ha causado tanta dificultad. Arieti observó que "el paciente debe advenir a darse cuenta conscientemente de que no supo cómo vivir por él mismo. Nunca se escuchó a sí mismo. En circunstancias de gran significancia afectiva nunca fue capaz de afirmarse. Se ha preocupado sólo de obtener aprobación, afecto, amor, admiración o cuidado del otro dominante" (p. 866). Luego de esta comprensión, una buena cantidad de enojo hacia el otro dominante puede emerger.

Una vez que la ideología dominante se descubre, la tarea del terapeuta consiste en ayudar al paciente a concebir nuevas formas de vida. En términos de Bibring (1953), las aspiraciones idealizadas deberán ser modificadas

lo suficiente para ser comprendidas, o rechazadas y reemplazadas con otras aspiraciones y otros objetivos. Con la esperanza de desarrollar nuevos patrones y propósitos de vida, estos pacientes pueden depender de sus terapeutas para las respuestas. Si los terapeutas cooperan diciéndoles qué hacer, sólo reforzarán cualquier sentimiento de baja autoestima y de inefectividad (Betcher, 1983; Maxmen, 1978). Las demandas de los pacientes para resolver sus dilemas serán devueltas con la explicación de que están en la mejor posición para hacer planes de vida alternativos.

El establecimiento del sentido interpersonal y el contexto de su depresión es central en el abordaje psicodinámico con los pacientes deprimidos. Por desgracia, los pacientes suelen resistirse tenazmente a estas consecuencias interpersonales (Betcher, 1983). A veces prefieren creer que su depresión y sus deseos suicidas ocurren en un vacío e insisten fervientemente en que ellos son los culpables. La atención cuidadosa de los desarrollos de la transferencia-contratransferencia puede llevar a ruptura de esta forma de resistencia. Tanto en la psicoterapia como en el tratamiento hospitalario, los pacientes recapitulan sus relaciones de objeto interno y también sus patrones de relación con figuras externas. Los pacientes deprimidos, en particular, engendran fuertes sentimientos. En el curso de ese tratamiento, el terapeuta puede experimentar desesperanza, enojo y deseos de deshacerse del paciente, fantasías poderosas de rescate, y muchos otros sentimientos. Todas estas respuestas emocionales pueden reflejar cómo se sienten otros en la vida del paciente. Estas dimensiones interpersonales de la depresión pueden estar involucradas en causar o en perpetuar la patología. Para examinar el impacto de la enfermedad del paciente en los otros, el terapeuta debe incentivar su colaboración utilizando estos sentimientos constructivamente en la relación terapéutica. Muchos casos refractarios de depresión se han estancado al repetir patrones característicos de relaciones de objeto que tienen fuertes determinantes caracterológicos y son por consiguiente difíciles de alterar.

> El señor K era un químico respetado que tuvo que ser hospitalizado a raíz de una depresión con ideas suicidas a los 41 años. Durante su tratamiento ambulatorio, se le prescribieron todos los antidepresivos conocidos en dosis terapéuticas con monitoreo de niveles séricos, y se usó el TEC durante las primeras semanas de su estadía en el hospital. Ninguna de estas intervenciones somáticas aliviaron para nada su depresión. Sin embargo, el paciente continuó manteniendo la idea de que era víctima de un "desequilibrio químico" que el médico debía resolver. El señor K se quejaba de dudar de sí mismo, de sentimientos de desvalorización, de incapacidad para dormir, trabajar o concentrarse y de desesperanza acerca del futuro. Él sentía que todo lo que hacía no tenía sentido y que había inducido a su mujer a buscar otras distracciones a causa de sus demandas repetidas de consuelo. La señora K estaba desesperada porque

todo lo que ella le ofrecía parecía no ser de ninguna ayuda. Aún cuando intentaba señalarle sus aspectos positivos, él respondía con un "sí, pero", desechando sus opiniones como irrelevantes.

El residente a cargo del tratamiento del señor K y los otros miembros del personal de la unidad en el equipo terapéutico compartían la frustración de la señora K. El señor K demandaba que atendieran a sus necesidades, pero después desechaba todas sus sugerencias e insights como inútiles. Todo el personal terapéutico se sentía descalificado e impotente, y agobiados por la depresión del señor K. Cada vez que los residentes de guardia realizaban su ronda durante la noche, el señor K los atrapaba en largas discusiones acerca de su depresión. Enumeraba las medicaciones que habían sido utilizadas y exponía cuál era el rol de los neurotransmisores en la depresión. Y luego pedía un consejo por su condición. Era inevitable que el residente que realizaba la ronda fuera inducido a opinar en un intento de aliviar el sufrimiento de este individuo obviamente inteligente y bien informado. Sin embargo, cualquier sugerencia del residente era descartada por "inútil". En consecuencia, los residentes de guardia sentían que perdían el tiempo, y se marchaban frustados y cansados.

El residente a cargo del tratamiento del señor K y el personal del equipo del hospital plantearon la situación al supervisor de residentes, quien les explicó que el mundo interno del paciente estaba siendo recreado en el ambiente institucional. Al asumir el rol de "quejoso que rechaza la ayuda", el señor K estaba restableciendo una relación de objeto interno caracterizada por una representación del self sufriente y victimizada de larga data conectada a una representación de objeto impotente e inútil. El señor K usó la reactivación de su relación de objeto interno para atormentar a todos los que lo rodeaban. Así podría descargar el enorme monto de rabia que sentía por su madre quien, según él, no le había brindado lo que necesitaba cuando era niño.

A raíz de esta consulta, se produjo un cambio importante en el abordaje del tratamiento. El residente y el personal de enfermería principalmente involucrados con el señor K fueron capaces de desengancharse de sus esfuerzos terapéuticos heroicos y comenzaron a intentar la colaboración del paciente para tratar de resolver lo que le estaba pasando. Ya no era un recipiente pasivo del tratamiento "médico", ahora estaba involucrado como un colaborador activo en el proceso psicológico de reflexión y comprensión.

Al paciente se le aclaró y describió el paradigma de las relaciones de objeto que se estaba practicando en el ambiente institucional. Al mismo tiempo, el asistente social le dio a la señora K una explicación psicoanalítica para aliviar su culpa extraordinaria y ayudarla a comprender que esa situación se remontaba a una experiencia infantil no resuelta. Cuando el equipo terapéutico dejó de responder igual que la representación de objeto interno del señor K, éste comenzó a presentarse de modo diferente. Al principio se enfureció por las sugerencias de que debía hacerse cargo de su condición. El residente le explicó, sin embargo, que había probado de todo en cuanto a medicación y que ahora el señor K debería

considerar sus propias contribuciones al sentimiento de estar "estancado" en las profundidades de la desesperanza. Este cambio en el abordaje le presentó al señor K una nueva relación de objeto con la cual batallar. Luego de su obstinación inicial, aceptó un trabajo psicológico intenso. Tomó contacto con la rabia que sentía por su madre por no haberle dado la aprobación y amor que él anhelaba, así como su placer al atormentar a su esposa para vengarse de su madre.

El caso del señor K ilustra cómo una depresión severa que es refractaria a los tratamientos somáticos convencionales puede estar relacionada con formidables resistencias caracterológicas que causan un "estancamiento" en una relación self-objeto no resuelta. Como se describió en el capítulo 6, un cambio radical en ese tratamiento puede ocurrir cuando el personal terapéutico comienza a desconfirmar las expectativas del paciente de que ellos responderán como la representación de objeto proyectada; en cambio, los miembros del personal proveen un nuevo modelo de comprensión así como nuevas series de objetos e interacciones para que el paciente internalice.

Otro aspecto del cambio radical con el señor K era que los miembros del personal advirtieron que no sólo era una víctima de una enfermedad sino también un victimario de los que lo rodeaban.

Al discutir el beneficio secundario frecuentemente asociado con la depresión, Bibring (1953) notó que algunos pacientes deprimidos explotan su enfermedad para justificar expresiones veladas de impulsos destructivos y sádicos hacia otros. El señor K había forzado a su mujer a ejercer un rol materno con él, sólo para descalificarla. Con respecto al sadismo oculto que con frecuencia se encuentra en los pacientes deprimidos, Jacobson (1971b) dijo: "El depresivo nunca falla al tratar de que su compañero, a menudo su ambiente íntegro, y en especial sus niños, se sientan terriblemente culpables, arrastrándolos a un estado cada vez más depresivo" (p. 295). En verdad, todo el personal terapéutico había comenzado a sentirse como la señora K. Ellos se sentían cada vez más culpables porque no podían encontrar ninguna forma de intervenir terapéuticamente con el señor K, y se deprimieron y agotaron cada vez más como resultado de cada fracaso sucesivo. Jacobson también señaló que algunos pacientes deprimidos (como el señor K) pueden establecer un círculo vicioso que aleja a sus compañeros justo cuando más necesitan su amor. Los cónyuges de esos pacientes rápidamente se hartan y pueden comenzar a actuar cruelmente o abandónicamente como resultado de sus sentimientos de inadecuación, hiriendo de esta manera a estos pacientes cuando están más necesitados y vulnerables. Los terapeutas pueden caer en un patrón similar por volverse sarcásticos o fríos porque sus pacientes rechazan repetidamente su ayuda.

El ejemplo del señor K subraya también la importancia de involucrar a la familia cuando se trata a un paciente severamente deprimido. Los traba-

jos sobre familias de pacientes deprimidos indican claramente que las tasas de recaídas, el curso de la depresión y la conducta suicida son todas afectadas por el funcionamiento familiar (Keitner y Miller, 1990). En un estudio (Hooley y Teasdale, 1989), el mejor predictor único entre recaída fue la percepción del paciente de que su cónyuge era altamente crítico. De modo paralelo a la investigación de los pacientes esquizofrénicos, los estudios también han mostrado que la gran emoción expresada en miembros de familias de pacientes deprimidos puede influir en la recaída (Hooley y col., 1986; Vaughn y Leff, 1976). Los pacientes deprimidos provocan mucha hostilidad y sadismo en sus familiares, y los terapeutas deben ayudar a sus parientes a sobreponerse de sus sentimientos de culpa acerca de esas reacciones para que puedan apreciarlas como respuestas comprensibles a un miembro de la familia deprimido.

Tratamiento del paciente suicida

Pocos eventos en la vida profesional de un psiquiatra son más perturbadores que el suicidio de un paciente. En un estudio (Chemtob y col., 1988), aproximadamente la mitad de aquellos psiquiatras que habían perdido a un paciente por suicidio experimentaban niveles de estrés comparables a las personas que se recuperaban de la muerte de un progenitor. La consumación de un suicidio nos trae a la memoria las limitaciones propias de nuestra artesanía. La tendencia natural, tanto en la práctica hospitalaria como en psicoterapia, es que los clínicos lleguen a cualquier extremo para prevenir el suicidio. La implementación de medidas razonables para evitar que los pacientes se quiten la vida demuestra realmente tener buen criterio desde el punto de vista clínico, una conducta responsable desde el punto de vista ético y una acertada medicina defensiva desde el punto de vista médico legal. Sin embargo, cuando el rol de salvador se vuelve muy absorbente, los resultados pueden ser antiterapéuticos.

En primer lugar, los clínicos no deben desconocer un hecho inexpugnable: los pacientes que realmente intentan matarse al final lo lograrán. Ningún monto de contención física, observación cuidadosa y destreza clínica pueden detener al paciente suicida decidido a terminar con su vida. Un paciente con estas características fue recluido en una habitación donde no había más que un colchón. Todas sus ropas y posesiones fueron retiradas, y él era chequeado en intervalos regulares de 15 minutos. Entre las rondas de 15 minutos, el paciente comenzó a saltar en el colchón con tanta fuerza que fue capaz de golpear su cabeza varias veces contra el techo hasta que finalmente rompió su cuello. Estos incidentes ilustran que los miembros del personal del hospital deben admitir que ellos no pueden evitar que todos los suicidios ocurran en una unidad de internación. Olin (1976) ha sugerido in-

cluso que si los suicidios nunca ocurren en un hospital particular, es porque los miembros del personal en la unidad se deben estar tomando demasiada responsabilidad por la conducta de los pacientes. En cambio, los clínicos deben repetidamente aclarar que cada paciente tiene en realidad la responsabilidad de aprender a verbalizar los impulsos suicidas más que actuarlos.

Luego de que se consumó un suicidio, los clínicos se sienten culpables con frecuencia porque no detectaron las señales de alarma que les hubiera permitido prevenir un intento suicida inminente. A pesar de la gran cantidad de trabajos publicados sobre factores de riesgo a corto plazo y en un amplio espectro para suicidio, nuestra habilidad para predecir el suicidio de un paciente individual tiene todavía serias limitaciones. Goldstein y col. (1991) estudiaron a un grupo de 1906 pacientes internados con trastornos afectivos. Usando datos de factores de riesgo, los investigadores aplicaron regresión logística múltiple escalonada para desarrollar un modelo estadístico que pudiera predecir el suicidio exitosamente. Este modelo falló en identificar a un sólo paciente que cometió suicidio. Los investigadores concluyeron de mala gana que aún en el grupo de pacientes internados de alto riesgo, predecir el suicidio basado en la comprensión corriente del fenómeno no es posible. Los recursos primarios de evaluación de riesgo suicida inminente en un encuadre clínico son la comunicación verbal por parte de un paciente o una acción evidente de intento de suicidio. Los clínicos no pueden leer las mentes y no deben recriminarse por sus fracasos percibidos cuando no ha habido indicaciones verbales o no verbales de suicidialidad presentes. Un estudio (Isometsä y col., 1995) encontró que en 571 casos de suicidio, sólo el 36% de aquellos en cuidado psiquiátrico comunicaron la intención suicida.

El tratamiento de la depresión suicida debe comenzar con una adecuada dosis de droga antidepresiva que no sea letal si se toma en una sobredosis. También hay que evaluar otros factores de riesgo, incluyendo los siguientes: sentimientos de desesperanza, ansiedad intensa o ataque de pánico, abuso de sustancias, eventos adversos recientes, problemas financieros o desempleo, vivir solo, ser viudo o divorciado, sexo masculino y una edad de 60 años o más.

(Clark y Fawcett, 1992; Hirschfeld y Russell, 1997). Si el paciente tiene un plan definitivo y aparenta estar decidido a actuar, es urgente la hospitalización psiquiátrica. Si el riesgo de suicidio es sustancial pero no inminente, es preciso contar con un miembro de la familia u otra persona cercana. Hay que considerar si dispone de armas de fuego en el hogar o en algún lugar. Hay muchas publicaciones (Cummings y Koepsell, 1998; Miller y Hemenway, 1999) que proveen ejemplos de que la disponibilidad de un arma incrementa el riesgo suicida en un grado considerable. La comunicación regular es esencial en estas circunstancias y el abuso de sustancias también debe ser investigado. En los casos de ansiedad intensa o pánico, debe conside-

rarse el uso de una benzodiazepina (Hirschfeld y Russell, 1997). La psicoterapia también puede ser de extraordinaria importancia para entender por qué el paciente quiere morir y qué es lo que espera que va a pasar después de su muerte.

Los clínicos psicodinámicos tienden a estar de acuerdo en que los terapeutas que se ilusionan con que pueden salvar a sus pacientes del suicidio están realmente disminuyendo sus posibilidades de hacerlo (Hendin, 1982; Meissner, 1986; Richman y Eym, 1990; Searles, 1967/1979; Zee, 1972). Una preocupación psicológica predominante en el paciente seriamente suicida es el deseo de ser cuidado por una madre amorosa incondicional (Richman y Eyman, 1990; Smith y Eyman, 1988). Algunos terapeutas caen en el error de gratificar esta fantasía saliendo al encuentro de cada necesidad del paciente. Pueden aceptar llamados telefónicos de éste en cualquier momento del día o noche y durante sus vacaciones. Pueden ver al paciente los siete días de la semana en el consultorio. Algunos se han involucrado incluso sexualmente con sus pacientes en un esfuerzo desesperado de gratificar las demandas sinfín asociadas con la depresión (Twemlow y Gabbard, 1989). Este tipo de conducta exacerba lo que Hendin (1982) describió como uno de los rasgos más letales de los pacientes suicidas, principalmente, su tendencia a asignarle a otros la responsabilidad de mantenerse vivos. Por intentar gratificar estas demandas siempre en un aumento, el terapeuta coopera en secreto con la fantasía del paciente de que hay realmente una madre amorosa incondicional en alguna parte por allí que es diferente de todos los demás. Los terapeutas no pueden sostener esa ilusión indefinidamente; aquellos que intentan hacerlo preparan al paciente para una desilusión aplastadora que puede incrementar el riesgo de suicidio.

Los clínicos que son forzados a cumplir un rol de salvador con los pacientes suicidas con frecuencia operan sobre el supuesto consciente o inconsciente de que ellos pueden brindar el amor y la preocupación que otros no han brindado, transformando de esta manera mágicamente el deseo de morir en un deseo de vivir. Sin embargo, esta fantasía es una trampa, porque, como lo señaló Hendin (1932), "para el paciente nada de lo que el terapeuta haga será suficiente. El deseo del terapeuta de verse como el salvador del paciente suicida puede cegar al terapeuta e impedirle ver que el paciente lo ubicó en el rol de ejecutor" (pp. 171-172). Los terapeutas son más útiles a los pacientes suicidas cuando intentan comprender diligentemente y analizar el origen de los deseos suicidas en vez de someterse al paciente.

Los terapeutas deben estar atentos a las transferencias idealizadas, que con frecuencia se establecen rápidamente cuando el paciente está buscando un salvador. Predecir e interpretar las desilusiones transferenciales al comienzo del proceso puede ser útil. Algunos terapeutas reconocen abiertamente que no pueden impedir que el paciente cometa un suicidio y ofrecen en cambio la oportunidad de comprender por qué éste piensa que el suici-

dio es la única opción (Henseler 1991). Con frecuencia esta confesión tiene un efecto calmante y puede producir una mayor colaboración en el trabajo psicoterapéutico.

Es útil distinguir entre *tratamiento* y *manejo* del paciente suicida. La última incluye medidas como la observación continua, la contención física y la eliminación de objetos filosos del ambiente. Aunque estas intervenciones son útiles para prevenir al paciente de actuar las urgencias suicidas, las técnicas de manejo no necesariamente disminuyen la futura vulnerabilidad del paciente debe restaurar el comportamiento suicida. El *tratamiento* de los pacientes suicidas –que consiste en un abordaje psicoterapéutico para comprender los factores internos y los estresores externos que hacen al paciente suicida– es necesario para alterar el deseo de morir.

La contratransferencia evocada por el paciente suicida presenta un obstáculo formidable al tratamiento. Algunos clínicos simplemente evitan cualquier responsabilidad por pacientes seriamente deprimidos que están en riesgo de matarse. Aquellos que intentan tratar a esos pacientes por lo habitual creen que su *raison d'être* es negada por el deseo de morir. El suicidio del paciente es también la última herida narcisista para el terapeuta. La ansiedad de los clínicos acerca del suicidio del paciente puede provenir más del miedo de que otros los culparán por la muerte que por la preocupación del bienestar del individuo (Hendin, 1982). Es muy común para los terapeutas establecer un patrón para otros y otro para ellos mismos. El terapeuta que asegura a otros clínicos que no son responsables por el suicidio de un paciente puede sentir una sensación exagerada de responsabilidad por mantener a sus propios pacientes con vida, con frecuencia con el supuesto de que otros terapeutas los criticarán si un paciente muere.

Los terapeutas que tratan a pacientes seriamente suicidas en ocasiones comenzarán a sentirse atormentados por la repetida negativa de sus esfuerzos. Es posible que se desarrolle el odio contratransferencial y pueden llegar a desear inconscientemente que el paciente se muera para que el tormento termine. Maltsberger y Buie (1974) han notado que los sentimientos de malicia y aversión están dentro de las reacciones contratransferenciales más comunes conectadas con el tratamiento de los pacientes suicidas graves. La incapacidad de tolerar sus propios deseos sádicos hacia esos pacientes puede llevar a los terapeutas a actuar los sentimientos contratransferenciales. Los autores advierten que mientras la malicia puede ser más inaceptable e incómoda, la aversión es potencialmente más letal porque puede llevar a los clínicos a abandonar a sus pacientes y provee una oportunidad para el intento suicida. En una unidad de internación, esta forma de contratransferencia puede ser manifestada simplemente por "olvidarse" de controlar al paciente como fuera dictaminado por la orden de observación suicida.

El odio contratransferencial debe ser aceptado como parte de la experiencia en tratar con pacientes suicidas. A menudo surge en respuesta direc-

ta a la agresión del paciente. Las amenazas suicidas pueden sostenerse sobre la cabeza del terapeuta como la mítica espada de Damocles, atormentando y controlando al terapeuta noche y día. De la misma manera, los miembros de la familia del paciente pueden estar acosados por las preocupaciones de que si realizan un movimiento en falso o un comentario no empático, ellos serán responsables de un suicidio. Si el odio contratransferencial es escindido y desmentido por el terapeuta, puede ser proyectado sobre el paciente, quien entonces debe enfrentar los deseos asesinos del terapeuta además de los impulsos suicidas preexistentes. Los clínicos también pueden enfrentarse con sus sentimientos de agresión por formación reactiva, que puede llevarlos a fantasías de rescate y esfuerzos exagerados de prevenir el suicidio. Searles (1967/1979) ha advertido a los terapeutas de los riesgos de este estilo defensivo:

> Y el paciente suicida, que nos encuentra tan incapaces de estar alertas a los sentimientos asesinos que fomenta en nosotros a través de su culpa y ansiedad, produciendo amenazas de suicidio, se siente cada vez más constreñido, quizás hasta el punto del suicidio, por el terapeuta quien, por formación reactiva contra sus deseos inconscientes intensificados de matar al paciente, revolotea cada vez más "protectoramente" alrededor de éste, por quien siente una preocupación médica basada en la omnipotencia. Por lo tanto, es, paradójicamente, el mismo médico quien por estar más ansiosamente preocupado por *mantener al paciente vivo* el que tiende con más fuerza, en un nivel inconsciente, a dirigirlo a lo que parece ser el único acto autónomo del que dispone: el suicidio. (p. 74)

Los psicoterapeutas que tratan a pacientes suicidas deben ayudarlos a convivr con sus ideologías dominantes (Arieti, 1977) y sus fantasías de vida sostenidas rígidamente (Richman y Eyman, 1990; Smith y Eyman, 1988). Cuando hay una disparidad entre la realidad y la visión restringida del paciente de lo que debería ser la vida, el terapeuta puede ayudarlo a establecer el duelo con respecto a la pérdida de la fantasía de vida. Esta técnica puede, paradójicamente requerir que el terapeuta reconozca la desesperanza del paciente de manera que se pueda hacer el duelo por los sueños perdidos y reemplazarlos por otros nuevos que sean más realistas. Por ejemplo, un hombre de 23 años se volvió suicida cuando se dio cuenta de que nunca sería aceptado en Harvard, un sueño que había acariciado desde que era chico. El terapeuta reconoció que su ingreso a Harvard era muy improbable y entonces lo ayudó a aceptar la pérdida de aquel sueño. Al mismo tiempo, le propuso caminos alternativos para una educación que estimularía su autoestima. De este modo el terapeuta ayudó al paciente a ver cuánta pena causan las grandes expectativas poco realistas (Richman y Eyman, 1990).

Para tratar a los pacientes suicidas en forma efectiva, los clínicos deben distinguir entre la responsabilidad del paciente y la responsabilidad del te-

rapeuta. Los médicos en general y los psiquiatras en particular son caracterológicamente proclives a un sentido exagerado de responsabilidad (Gabbard, 1985). Nosotros tendemos a culparnos por los resultados adversos que escapan a nuestro control. Y además, debemos reconciliarnos con el hecho de que hay enfermedades psiquiátricas terminales. Los pacientes deben tolerar la responsabilidad de decidir si cometerán suicidio o colaborarán con el terapeuta para comprender el deseo de morir. Por suerte, la gran mayoría de los pacientes contempla el suicidio con cierta ambivalencia. La parte del individuo suicida que cuestiona la solución suicida puede llevarlo a elegir la vida sobre la muerte.

Bibliografía

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association 1994

Arieti S: Psychotherapy of severe depression. Am J Psychiatry 134:864-868, 1977

Asch SS: Suicide and the hidden executioner. International Review of Psychoanalysis 7:51-60, 1980

Betcher RW: The treatment of depression in brief inpatient group psychotherapy. Int J Group Psychother 33:365-385, 1983

Bibring E: The mechanism of depression, in Affective Disorders: Psychoanalytic Contributions to Their Study. Edited by Greenacre P. New York, International Universities Press, 1953, pp 13-48

Bierut LJ, Heath AC, Bucholz KK, et al: Major depressive disorder in a community-based twin sample: are there different genetic and environmental contributions for men and women? Arch Gen Psychiatry 56:557-563, 1999

Bifulco A, Brown GW, Moran P, et al: Predicting depression in women: the role of past and present vulnerability. Psychol Med 28:39-50, 1998

Blatt SJ: The differential effect of psychotherapy and psychoanalysis with anaclitic and introjective patients: the Menninger Psychotherapy Research Project revisited. J Am Psychoanal Assoc 40:691-724, 1992

Blatt SJ: Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. J Am Psychoanal Assoc 46:723-752, 1998

Blatt SJ, Ford R, Berman WH, et al: Therapeutic Change: An Object Relations Perspective. NewYork, Plenum, 1994

Blatt SJ, Quinlan DM, Pilkonis PA, et al: Impact of perfectionism and the need for approval in the brief treatment of depression: the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program revised. J Consult Clin Psychol 63:125-132, 1995

Broadhead WE, Blazer DG, George LK, et al: Depression, disability days, and days lost from work in a prospective epidemiological survey. JAMA 264:2524-2528, 1990

Bunch J, Barraclough B: The influence of parental death and anniversaries upon suicide dates. Br J Psychiatry 118:621-626, 1971

Chemtob CM, Hamada RS, Bauer G, et al: Patients', suicides: frequency and impact on psychiatrists. Arn J Psychiatry 145:224-228, 1988

Clark DC, Fawcett J: An empirically based model of suicide risk assessment for patients with affective disorder, in Suicide and Clinical Practice. Edited by Jacobs D. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992, pp 55-73

Cummings P, Koepsell TD: Does owning a firearm increase or decrease the risk of death? JAMA 280:471-473, 1998

Dorpat TL: Suicide, loss, and mourning. Suicide Life Threat Behav 3:213-224, 1973

Duggan CF, Lee AS, Murray RM: Do different subtypes of hospitalized depressives have different long-term outcomes? Arch Gen Psychiatry 48:308-312, 1991

Ellicott A, Hammen C, Gitlin M, et al: Life events and the course of bipolar disorder. Am J Psychiatry 147:1194-1198, 1990

Fenichel O: The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York, WW Norton, 1945

Freud S: Mourning and melancholia (1917), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 14. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1963, pp 237-260

Freud S: The ego and the id (1923), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 19. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1961, pp 1-66

Gabbard GO: The role of compulsiveness in the normal physician. JAMA 254:2926-2929, 1985

Gallagher-Thompson D, Steffen AM: Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. J Consult Clin Psychol 62:543-549, 1994

Ghaemi SN, Stoll SL, Pope HG: Lack of insight in bipolar disorder: the acute manic episode. J Nerv Ment Dis 183:464-467, 1995

Gold PW, Goodwin FK, Chrousos GP: Clinical and biochemical manifestations of depression: relation to the neurobiology of stress, part I. N Engl J Med 319:348-353, 1988a

Gold PW, Goodwin FK, Chrousos GP: Clinical and biochemical manifestations of depression: relation to the neurobiology of stress, part II. N Engl J Med 319:413-420, 1988b

Goldstein RB, Black DW, Nasrallah A, et al: The prediction of suicide: sensitivity, specificity, and predictive value of a multimyriad model applied to suicide among 1,906 patients with affective disorders. Arch Gen Psychiatry 48:418-422, 1991

Guthrie E, Moorey J, Margison F, et al: Cost-effectiveness of brief psychodynamic-interpersonal therapy in high utilizers of psychiatric services. Arch Gen Psychiatry 56:519-526, 1999

Hammen CL: Stress and the course of unipolar and bipolar disorders, in Does Stress Cause Psychiatric Illness? Edited by Mazure CM. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, pp 87-110

Hammen C, Marks T, Mayol A, et al: Depressive self-schemas, life stress, and vulnerability to depression. J Abnorm Psychol 94:308-319, 1985

Heim C, Graham YP, Heit SC, et al: Increased sensitivity of the hypothalamic-pituitaryadrenal axis to psychosocial stress in adult survivors of childhood abuse. Soc Neurosci Abstr 28:201.12, 1998

Hendin H: Psychotherapy and suicide, in Suicide in America. New York, WW Norton, 1982, pp 160-174

Henseler H: Narcissism as a form of relationship, in Freud's *On Narcissism:* An Introduction. Edited by Sandler J, Person ES, Fonagy P. New Haven, CT, Yale University Press, 1991, pp 195-215

Hewitt PL, Newton J, Flett GL, et al: Perfectionism and suicide ideation in adolescent psychiatric patients. J Abnorm Child Psychol 25:95-101, 1997

Hirschfeld RMA, Russell JM: Assessment and treatment of suicidal patients. N Engl J Med 337:910-915, 1997

Hooley JM, Teasdale JD: Predictors of relapse in unipolar depressives: expressed emotion, marital distress, and perceived criticism. J Abnorm Psychol 98:229-235, 1989

Hooley JM, Orley J, Teasdale JD: Levels of expressed emotion and relapse in depressed patients. Br J Psychiatry 148:642-647, 1986

Isometsä ET, Heikkinen ME, Marttunen MJ, et al: The last appointment before suicide: is suicide intent communicated? Am J Psychiatry 152:919-992, 1995

Jacobson E: Psychotic identifications, in Depression: Comparative Studies of Normal, Neurotic, and Psychotic Conditions. Edited by Jacobson E. New York, International Universities Press, 1971a, pp 242-263

Jacobson E: Transference problems in depressives, in Depression: Comparative Studies of Normal, Neurotic, and Psychotic Conditions. Edited by Jacobson E. New York, International Universities Press, 1971b, pp 284-301

Jamison KR: An Unquiet Mind. New York, Vintage Books, 1995

Johnson J, Weissman MM, Klerman GL: Service utilization and social morbidity associated with depressive symptoms in the community. JAMA 267:1478-1483, 1992

Keitner GI, Miller IW: Family functioning and major depression: an overview. Am J Psychiatry 147:1128-1137, 1990

Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, et al: Childhood parental loss and adult psychopathology in women: a twin study pespective. Arch Gen Psychiatry 49: 109-116, 1992

Kendler KS, Kessler RC, Neale MC: The prediction of major depression in women: toward an integrated etiological model. Am J Psychiatry 150: 1139-1148, 1993

Kendler KS, Kessler RC, Walters EE, et al: Stressful life events, genetic liability, and onset of an episode of a major depression in women. Am J Psychiatry 152:833-342, 1995

Kendler KS, Karkowski LM, Prescott CA: Causal relationship between stressful life events and the onset of major depression. Am J Psychiatry 156:837-841, 1999

Kernberg OF: Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven, CT, Yale University Press, 1984

Klein M: Mourning and its relation to manic-depressive states (1940), in Love, Guilt and Reparation and Other Works 1921-1945. New York, Free Press, 1975, pp 344-369

Lesse S: Psychotherapy in combination with antidepressant drugs in severely depressed outpatients—20-year evaluation. Am J Psychother 32:48-73, 1978

Levitan RD, Parikh SV, Lesage AD, et al: Major depression in individuals with a his-

tory of childhood physical or sexual abuse: relationship to neurovegetative features, mania and gender. Am J Psychiatry 155: 1746-1752, 1998

Maj M: Lithium prophylaxis of bipolar disorder in ordinary clinical conditions: patterns of long-term outcome, in Bipolar Disorders: Clinical Course and Outcome. Edited by Goldberg JF, Harrow M. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999, pp 21-37

Maltsberger JT, Buie DH: Countertransference hate in the treatment of suicidal patients. Arch Gen Psychiatry 30:625-633, 1974

Maxmen JS: An educative model for inpatient group therapy. Int J Group Psychother 28: 321-338, 1978

Meissner WW: Psychotherapy and the Paranoid Process. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986

Menninger KA: Psychoanalytic aspects of suicide. Int J Psychoanal 14:376-390, 1933

Miklowitz DJ, Frank E: New psychotherapies for bipolar disorder, in Bipolar Disorders: Clinical Course and Outcome. Edited by Goldberg JF, Harrow M. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999, pp 57-84

Miller M, Hemenway D: The relationship between firearms and suicide: a review of the literature. Aggression and Violent Behavior 4:59-75, 1999

Nemeroff CB: The neurobiology of depression. Sci Am 278:42-49, 1998a

Nemeroff CB: Polypharmacology in psychiatry: good or bad? CNS Spectrums 3:19, 1998b

Olin HS: Psychotherapy of the chronically suicidal patient. Am J Psychother 30:570-575, 1976

Phillips KA, Gunderson JG, Triebwasser J, et al: Reliability and validity of depressive personality disorder. Am J Psychiatry 155:1044-1048, 1998

Post RM, Ballenger JC, Uhde TW, et al: Kindling and drug sensitization: implications for the progressive development of psychopathology and treatment with carbamazepine, in Psychopharmacology of Anticonvulsants. Edited by Sandler M. Oxford, Oxford University Press, 1982, pp 27-53

Post RM, Rubinow ER, Uhde TW, et al: Dysphoric mania: clinical and biological correlates. Arch Gen Psychiatry 46:353-358, 1989

Reich JH, Green AI: Effect of personality disoders on outcome of treatment. J Nerv Ment Dis 179:74-82, 1991

Richman J, Eyman JR: Psychotherapy of suicide: individual, group, and family approaches, in Understanding Suicide: The State of the Art. Edited by Lester D. Philadelphia, PA, Charles C Thomas, 1990, pp 139-158

Salzman C: Integrating pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of a bipolar patient. Am J Psychiatry 155:686-688, 1998

Searles HF: The "dedicated physician" in the field of psychotherapy and psychoanalysis (1967), in Countertransference and Related Subjects. Madison, CT, International Universities Press, 1979, pp 71-88

Shapiro DA, Barkham M, Rees A, et al: Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. J Consult Clin Psychol 62:522-534, 1994

Shapiro DA, Barkham M, Rees A, et al: Effects of treatment duration and severity of depression on the maintenance of gains after cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. J Consult Clin Psychol 63:378-387, 1995

Shea MT, Pilkonis PA, Beckham E, et al: Personality disorders and treatment outcome in the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. Am J Psychiatry 147:711-718, 1990

Smith K: Using a battery of tests to predict suicide in a long term hospital: a clinical analysis. Omega 13:261-275, 1983

Smith K, Eyman J: Ego structure and object differentiation in suicidal patients, in Primitive Mental States of the Rorschach. Edited by Lerner HD, Lerner PM. Madison, CT, International Universities Press, 1988, pp 175-202

Strupp HH, Sandell JA, Waterhouse GJ, et al: Psychodynamic therapy: theory and research, in Short-Term Psychotherapies for Depression. Edited by Rush AJ. New York, Guilford, 1982, pp 215-250

Thase ME, Greenhouse JB, Frank E, et al: Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. Arch Gen Psychiatry 54: 1009-1015, 1997

Twemlow SW, Gabbard GO: The lovesick therapist, in Sexual Exploitation in Professional Relationships. Edited by Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989, pp 71-87

Vaughn CE, Leff JP: The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: a comparison of schizophrenic patients ad neurotic patients. Br J Psychiatry 129:125-137, 1976

Weiss EL, Longhurst JG, Mazure CM: Childhood sexual abuse as a risk factor for depression in women: psychosocial and neurobiological correlates. Am J Psychiatry 156: 816-828, 1999

Zee HJ: Blindspots in recognizing serious suicidal intentions. Bull Menninger Clin 36:551-555, 1972

CAPÍTULO 9

Trastornos de ansiedad

Como regla, lo que está fuera de la vista perturba más seriamente las mentes de los hombres que lo que pueden ver.

Julio César

La angustia* es un afecto que influyó en el nacimiento del psicoanálisis y de la psiquiatría psicodinámica. Freud (1895/1962) acuñó el término *neurosis de angustia* e identificó dos formas de angustia. Una se refería a la sensación difusa de preocupación o temor

Nota del traductor: En el idioma inglés el mismo vocablo, *anxiety,* define a los estados de angustia y ansiedad. En la lengua castellana existen dos vocablos *angustia* y *ansiedad,* al igual que en francés, cuyos equivalentes son *angoisse* y *anxiété,* respectivamente, que derivan de una raíz griega común cuyo significado es estrangulamiento, constricción, estrechamiento, ahogo. En la escuela francesa existió una tendencia a considerar que estos términos denominan estados diferentes. Autores como Brissaud otorgan a la angustia un aspecto físico y a la ansiedad un aspecto psíquico. En el idioma alemán existe un solo vocablo para denominar ambos estados, *angst.* Por ello, a partir de Freud, la escuela alemana tiende a considerar que son sinónimos, ya que aunque predominen aspectos físicos o aspectos psíquicos, ambos se presentan indisolublemente unidos. Sin embargo, en español, la literatura psicaonalítica ha utilizado predominantemente el vocablo *angustia.* Por lo tanto, cada vez que el autor haga referencia a la literatura psicoanalítica, utilizaré el vocablo *angustia.*

que se originaba en un pensamiento o deseo reprimido y era curable a través de la intervención psicoterapéutica. La segunda estaba caracterizada por una sensación sobrecogedora de pánico, acompañada por manifestaciones de descarga autonómica, incluyendo sudoración profusa, aumento de la frecuencia respiratoria y cardíaca, diarrea y una sensación de terror. Esta última forma, según Freud, no derivaba de factores psicológicos. Más bien, fue conceptualizada como el resultado de la acumulación fisiológica de la libido relacionada con la falta de actividad sexual. Él la denominó *neurosis actual.*

Alrededor de 1926, Freud había refinado aún más su comprensión de la angustia como resultado de su reciente creación, el modelo estructural (Freud, 1926/1959). La angustia ahora era vista como el resultado del conflicto psíquico entre deseos sexuales o agresivos inconscientes proveniente del ello y las correspondientes amenazas de castigo del superyó. La angustia fue comprendida como una *señal* de la presencia de peligro en el inconsciente. En respuesta a esta señal, el yo movilizaba mecanismos de defensa para prevenir la emergencia de pensamientos y deseos inaceptables en la conciencia. Si la angustia señal fallaba en activar adecuadamente los recursos defensivos del yo, entonces surgiría una angustia más persistente e intensa u otros síntomas neuróticos. En este sentido, la angustia fue conceptualizada por Freud como una manifestación sintomática del conflicto neurótico y como una señal adaptativa para proteger a la conciencia del conflicto neurótico.

Para este modelo, la angustia constituye un afecto del yo. El yo controla el acceso a la conciencia y, a través de la represión, se divorcia de cualquier asociación con los impulsos instintivos del ello. Censura el impulso en sí mismo y la representación intrapsíquica correspondiente. Un deseo o impulso instintivo reprimido puede también encontrar expresión como un síntoma, aunque es plausible de ser desplazado y enmascarado mientras alcanza la expresión sintomática. Dependiendo de las operaciones defensivas y manifestaciones sintomáticas, la neurosis resultante puede tomar la forma de un pensamiento obsesivo, una parálisis histérica o una evitación fóbica.

Una consecuencia desafortunada del esfuerzo deliberado de ser ateórico en el desarrollo de la nosología del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987), y DSM-IV (American Psychiatric Association,1994) es el sacrificio de las entidades neuróticas clásicas y del modelo psicodinámico de la formación del síntoma asociado con ellas. Éstas han sido reemplazadas por tres categorías separadas: trastornos de ansiedad, trastornos somatoformes y trastornos disociativos. La primera de estas categorías, los trastornos de ansiedad, ha sido además subdividida en trastorno de angustia *(panic disorder)*, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno por estrés postraumático, trastorno por estrés agudo y trastorno de ansiedad generalizada. Aunque esta clasificación acomoda la reciente investigación biológica que delinea diferentes ti-

Cuadro 9-1. Una jerarquización de la ansiedad en el proceso del desarrollo

Angustia superyoica
Angustia de castración
Temor a la pérdida del objeto (angustia de separación)
Angustia persecutoria
Angustia de desintegración

pos de ansiedad, también alienta a los clínicos a pensar acerca de la ansiedad como una *enfermedad* más que un *síntoma* sobredeterminado de conflicto inconsciente. En muchos casos, los pacientes que presentan ansiedad no tienen idea de porqué están ansiosos.

En otros casos, la ansiedad puede estar relacionada con un temor consciente, aceptable, que enmascara una preocupación más profunda y menos aceptable. La tarea del clínico psicodinámico es la de comprender los orígenes inconscientes de esa ansiedad. Freud descubrió que cada período del desarrollo evolutivo en la vida del niño produce un temor característico asociado con esa fase. A partir de los descubrimientos de Freud y de investigadores psicoanalíticos posteriores, se puede construir una jerarquía evolucionista de la angustia (cuadro 9-1) para ayudar al clínico psicodinámico a determinar las fuentes inconscientes de la angustia sintomática de un paciente.

En el nivel más maduro, la angustia originada en el superyó puede ser entendida como sentimientos de culpa o penas de la conciencia cuando no puede cumplir con un ideal interno de comportamiento moral. Durante la fase edípica, la angustia se focaliza en el daño o la pérdida potencial de los genitales por parte de una figura parental retaliativa. Ese temor puede ser expresado metafóricamente como la pérdida de otra parte del cuerpo u otra forma cualquiera de lesión física. Volviendo atrás en la jerarquía evolucionista hacia una angustia un tanto más temprana, encontramos el temor de perder el amor o la aprobación de un otro significativo (originalmente un progenitor). Una fuente de angustia más primitiva en el desarrollo es la posibilidad de perder no sólo el amor del objeto sino también el objeto en sí mismo, lo que usualmente se conoce como angustia de separación. Las formas más primitivas de angustia son la angustia persecutoria y la angustia de desintegración. La primera deriva de la posición esquizo-paranoide kleiniana, en la cual la angustia primaria se produce por el temor a que los objetos persecutorios del exterior invadan y aniquilen al paciente por dentro. La angustia de desintegración puede derivar del temor de perder el propio sentido de uno mismo o de los propios límites a través de la fusión con un objeto, o puede derivar de la preocupación de que el sí mismo se fragmentará y perderá su integridad ante la ausencia de respuestas especulares o idealizadas de otros en el ambiente.

Toda vez que la angustia forma parte del cuadro clínico, el psiquiatra psicodinámico debe procurar la colaboración del paciente para identificar sus orígenes en el desarrollo. Esta información puede averiguarse en una entrevista de una hora de duración o puede requerir una evaluación extensa. La angustia, como la mayoría de los síntomas, es con frecuencia determinada en forma múltiple por cuestiones provenientes de una variedad de niveles del desarrollo (Gabbard y Nemiah, 1985).

La organización jerárquica de estas variantes de la angustia puede llevar a la asunción errónea de que los niveles de angustia más primitivos "se superan con la edad" a medida que el desarrollo prosigue. De hecho, los niveles más primitivos de angustia persisten en todas las personas y pueden ser fácilmente disparados en situaciones traumáticas o estresantes o en grandes grupos. Por ejemplo, las ansiedades persecutorias acerca de "extraños" o aquellos que son diferentes han sido los principales factores en guerras, tensiones geográficas y políticas, y prejuicio racial. La jerarquía evolucionista es sólo una guía para asistir al clínico. Cada persona tendrá una mezcla única de ansiedades, y algunos pueden tener ansiedades que no encajan prolijamente en estas categorías. El clínico debe ser creativo en comprender los temores específicos de cada paciente y sus orígenes.

Un cuerpo creciente de evidencia empírica vincula los mecanismos biológicos a la generación de algunas formas de ansiedad. Una infusión de lactato puede inducir ataques de pánico en pacientes que tienen trastorno de angustia. Hay mayores índices de concordancia para ciertos trastornos de ansiedad en gemelos monocigóticos que en gemelos dicigóticos. Algunas investigaciones sugieren que los ataques de pánico agudos surgen en el tronco cerebral y reflejan la hiperactividad espontánea de núcleos noradrenérgicos en conjunción con umbrales disminuidos de disparo en los quimiorreceptores respiratorios de la médula. Otras alteraciones basadas en el cerebro han sido relacionadas con desórdenes específicos, y muchas de éstas serán debatidas cuando consideremos cada uno de los trastornos de ansiedad por separado.

A pesar de que los avances en la investigación en neurociencias sobre los trastornos de ansiedad han sido impresionantes, hay, sin embargo, un riesgo de una especie de reduccionismo biológico en la comprensión de la ansiedad. Los mecanismos neurofisiológicos pueden producir una forma adaptativa de angustia señal así como las formas más patológicas de ansiedad crónica sintomática. Además, los tratamientos psicoterapeúticos pueden ejercer efectos significativos en el funcionamiento cerebral, como se discutió en el capítulo 1, y por lo tanto, pueden influir sobre los mecanismos biológicos de ansiedad subyacentes.

La investigación genética (Lesch y col., 1996) ha demostrado que individuos que tienen una versión algo más corta del gen involucrado en el transporte de la serotonina pueden tener mayor ansiedad asociada con el temperamento neurótico que aquellos que tienen la versión larga del gen.

Cerca del 70% de las personas tienen la versión más corta y menos vigorosa del gen, lo que resulta en mayor ansiedad. Una interpretación de este hallazgo es que esta distribución puede reflejar la selección natural, en la que individuos con mayor ansiedad pueden estar mejor equipados para sobrevivir a los peligros en su ambiente que aquellos que están menos intranquilos y preocupados.

Al categorizar la ansiedad como una enfermedad más que como un síntoma sobredeterminado de conflicto inconsciente, uno puede pasar por alto este aspecto adaptativo de la ansiedad. Preocuparse acerca de lo que pasará en el futuro puede conducir a un pensamiento altamente creativo. Las soluciones a los problemas son encontradas como producto de la preocupación. La duda saludable acerca de uno mismo puede también estar vinculada con la preocupación. Si la ansiedad es vista como un problema que debe ser erradicado psicofarmacológicamente, la psiquis humana puede sufrir una pérdida sustancial.

En el Proyecto de Investigación de Psicoterapia de la Fundación Menninger, 18 de los 35 pacientes mostraron un incremento de la ansiedad al finalizar el psicoanálisis o la psicoterapia, aún cuando 13 de estos 18 pacientes alcanzaron mejorías sustanciales de acuerdo con el juicio de evaluadores independientes (Appelbaum, 1977). Al evaluar estos resultados, los investigadores (Appelbaum, 1977; Siegal y Rosen, 1962) diferenciaron entre la ansiedad primaria, que desorganiza al paciente (análoga al trastorno de angustia), y la ansiedad señal, que puede ser adaptativa. Los investigadores notaron que un incremento en la tolerancia a la angustia-definido como la capacidad de experimentar ansiedad sin tener que descargarla-frecuentemente ocurre como resultado de la psicoterapia dinámica y refleja la expansión del yo. Muchos de los pacientes que mejoraron, mostraron una sorprendente mejoría en su capacidad para hacer uso eficiente de la actividad ideacional al servicio de dominar la ansiedad. Los investigadores concluyeron que la mera presencia o ausencia de ansiedad luego del tratamiento era una base insuficiente para evaluar el cambio. Es posible que un mayor dominio del yo sobre la ansiedad le permita a uno confrontar de una manera franca ciertas preocupaciones existenciales inherentes a la vida. La ansiedad puede ser adaptativa o no adaptativa, y la presunción de que toda ansiedad debería ser erradicada es ciertamente injustificada a partir de bases clínicas o de la experiencia de vida.

Voy a mencionar un problema final como introducción a los trastornos de ansiedad del DSM-IV. Hay una preocupación creciente entre los investigadores y clínicos de que la taxonomía asociada con los trastornos de ansiedad en el DSM-IV es más ilusoria que real. Los estudios de comorbilidad en los trastornos de ansiedad están encontrando que los pacientes son más proclives a tener dos o más trastornos de ansiedad que una forma pura de cualquiera de las entidades diagnósticas específicas. En consecuencia, al de-

sarrollar un plan terapéutico comprensivo, el clínico debe saber que es probable que haya que apuntar a más de un trastorno de ansiedad.

Trastorno de angustia (Panic Disorder)

Aunque los ataques de pánico por lo general, duran sólo unos minutos, producen un malestar considerable en el paciente. Además de los síntomas de alarma fisiológica, como ahogo, mareos, sudoración, temblor y taquicardia, los pacientes con trastorno de angustia suelen sentir un destino funesto inminente. La mayoría de los pacientes con trastorno de angustia también tienen agorafobia (esto es, un temor a estar en un lugar o situación en la cual el escape sería difícil o extremadamente complicado). Debido a que las crisis de angustia son recurrentes, los pacientes con frecuencia desarrollan una forma secundaria de ansiedad anticipatoria, preocupándose constantemente acerca de cuándo y dónde tendrá lugar la próxima crisis. La pacientes con trastorno de angustia con agorafobia por lo general restringen sus viajes para tratar de controlar la situación temida de padecer una crisis angustia en un lugar del cual no puedan retirarse fácilmente.

El trastorno de angustia puede aparecer sin contenido psicológico. Las crisis parecen parecer surgir como "caídas del cielo", sin precipitantes ambientales o intrapsíquicos aparentes. Como resultado, el rol del psiquiatra psicodinámico es con frecuencia –y lamentablemente– visto como irrelevante al tratar a estos pacientes. Un porcentaje significativo de pacientes con trastornos de angustia tienen estas crisis debido a factores psicodinámicos y entonces pueden responder a intervenciones psicológicas (Milrod y col., 1997; Nemiah, 1984). Los clínicos psicodinámicos deben investigar cuidadosamente las circunstancias de las crisis y la historia de cada uno de los pacientes con trastorno de angustia para determinar el modo en que los factores psicológicos son relevantes.

A pesar de que la evidencia de factores neurofisiológicos en el trastorno de angustia es impresionante, estas observaciones son más convincentes con respecto a la patogénesis que con respecto a la etiología. Ninguno de los datos neurobiológicos explica qué desencadena el comienzo de la crisis de angustia. En un estudio piloto que comprendía entrevistas psicodinámicas consecutivas con nueve pacientes con trastorno de angustia, un psiquiatra investigador objetivo fue capaz de identificar en cada uno de los casos factores estresantes significativos que precedían al comienzo de las crisis de angustia (Busch y col., 1991). Estos estresores tendían a estar conectados con una alteración en el nivel de expectativas puestas sobre el paciente. Fueron comunes los cambios en las expectativas relacionadas con situaciones laborales, así como también pérdidas asociadas con figuras centrales en las vidas de los pacientes. Muchos de los eventos de pérdida fueron asociados

con experiencias infantiles en las que el vínculo con un progenitor u otra persona importante había sido amenazado. Otro denominador común entre los pacientes investigados fue la percepción de los padres como amenazantes, temperamentales, críticos, controladores y demandantes. Un análisis más profundo de las entrevistas demostró un patrón de ansiedad acerca de la socialización con otros durante la infancia, relaciones parentales carentes de apoyo y sentimientos de atrapamiento. El enojo y la agresión fueron difíciles de manejar para la mayoría de los pacientes.

Muchas de las observaciones en este estudio explorador han sido confirmadas con la investigación empírica. Los pacientes con trastorno de angustia presentan mayor incidencia de eventos estresantes de la vida, en particular pérdidas, en los meses previos al comienzo del trastorno de angustia, comparados con sujetos control (Faravelli y Pallanti, 1989). En otro estudio controlado de pacientes con trastorno de angustia (Roy-Byrne y col., 1986), el grupo experimental no sólo vivenció más eventos estresantes de la vida en forma significativa en el año anterior al comienzo de la crisis de angustia sino que también sintieron mayor malestar acerca de estos eventos que los sujetos control. En un extenso estudio de 1018 pares de gemelas (Kendler y col., 1992a), el trastorno de angustia estuvo asociado de modo fuerte y significativo con la separación parental y la muerte. La separación maternal temprana, en particular, estuvo asociada al trastorno de angustia.

Una teoría patogenética con cierto grado de apoyo empírico es que los pacientes con trastorno de angustia tienen una predisposición a la vulnerabilidad neurofisiológica que puede interactuar con estresores ambientales específicos para producir el trastorno. Kagan y col. (1988) identificaron una característica temperamental congénita en un número de niños a la que denominaron *inhibición comportamental frente a lo no familiar.* Estos niños tienden a asustarse con facilidad por cualquier cosa que es extraña en su ambiente. Como un modo de hacerle frente a su miedo, ellos se apoyan en sus padres para que los protejan. A medida que crecen y maduran, sin embargo, aprenden que sus padres no estarán siempre disponibles para protegerlos y confortarlos. Ellos pueden entonces externalizar sus propias incompetencias proyectándolas sobre sus padres, a quienes consideran, por lo tanto, poco confiables e imprevisibles. Estos niños pueden enojarse por la inconsistente disponibilidad de sus padres, pero su enojo crea nuevos problemas ya que temen que sus fantasías de enojo sean destructivas y alejarán a sus padres, dejándolos con la pérdida del progenitor de quien dependen para que les provea seguridad (Busch y col., 1991; Milrod y col., 1997). Se produce entonces un ciclo vicioso en el cual el enojo del niño amenaza la relación con el progenitor y de este modo se incrementa su dependencia temerosa y hostil.

Comprender la patogénesis del trastorno de angustia desde la perspectiva de una teoría del vínculo es también útil en un abordaje psicodinámico

del tratamiento (Shear, 1996). Un pequeño estudio preliminar del estilo de vínculo en 18 mujeres con trastorno de ansiedad sugirió que todas tenían estilos de relación problemáticos (Manassis y col., 1994). Catorce de las 18 pacientes fueron diagnosticadas con trastorno de angustia; tendían a tener altos índices de vínculo alterado. Los pacientes con trastorno de angustia con frecuencia ven a la separación y al apego como mutuamente excluyentes. Tienen dificultad en modular la normal oscilación entre la separación y el apego porque presentan una sensibilidad aumentada tanto a la pérdida de la libertad como a la pérdida de la seguridad y protección. Esta dificultad los obliga a operar dentro de un rango extremadamente estrecho de comportamiento que intenta simultáneamente evitar la separación que es demasiado temerosa y el apego que es muy intenso. Esta zona constreñida de confort con frecuencia se manifiesta en un estilo sobrecontrolado de interacción con los otros.

El extremo nivel de pánico que se ve en estos pacientes puede reflejar una función de angustia señal inadecuada para activar los recursos defensivos yoicos. Las amenazas al apego, en particular, parecen disparar este tipo de pánico sobrecogedor. Milrod (1998) sugiere que aquellos que desarrollan trastorno de angustia son proclives a sentimientos de autofragmentación y pueden necesitar un terapeuta u otra compañía para ayudarlos a sentir que están seguros de su identidad. Los defectos yoicos que implican la confusión entre el self y los otros pueden estar relacionados con estas dificultades para utilizar la angustia como una señal.

Otro factor etiológico en pacientes mujeres que también se relaciona con dificultades de apego es el abuso físico y sexual en la infancia. En una investigación, el abuso sexual infantil se encontró en un porcentaje del 45,1% en mujeres con trastorno de ansiedad, en comparación con un porcentaje del 15,4% en un grupo de mujeres sin trastorno de ansiedad (Stein y col., 1996). Cuando se examinó el trastorno de angustia, en particular, 60% de las mujeres con trastorno de angustia tenían una historia de abuso sexual infantil, comparado con el 31% de mujeres con otros trastornos de ansiedad. Debido a que el trauma infantil interfiere en la relación del niño con sus padres, el abuso sexual podría ser responsable de algunas de las dificultades que los pacientes con trastorno de angustia tienen en sentirse salvos y seguros con objetos significativos en sus vidas. La internalización de representaciones abusivas de los padres también interfiere con el desarrollo de la confianza en la vida adulta.

Tomados en conjunto, todos estos datos sugieren que la etiología del trastorno de angustia puede bien comprender múltiples factores, incluyendo el significado inconsciente de los eventos, mientras que la patogénesis puede comprender factores neurofisiológicos desencadenados por la reacción psicológica a los eventos. Busch y col. (1991) concluyeron: "Dado que cada individuo interpreta el significado de estos eventos en forma diferen-

te, un estresor externo puede o no llevar al comienzo de la angustia en un individuo neurofisiológicamente susceptible. Esto sugiere que hay una variable psicológica crucial que media entre los eventos externos y el comienzo de la angustia" (p. 321).

Estos hallazgos de la investigación son producto de la experiencia clínica con pacientes que sufren de constancia objetal pobremente desarrollada (véase cap. 15). Estos pacientes no pueden convocar una imagen interna de su terapeuta en tiempos de malestar para ayudarlos a calmar su ansiedad. En los fines de semana largos o durante las vacaciones de su terapeuta, pueden desarrollar crisis de angustia violentas disparadas por el pensamiento de perder a su terapeuta. Pueden temer que su terapeuta haya muerto o esté al borde de abandonarlos o rechazarlos. En estas circunstancias, el sólo hecho de escuchar la voz de su terapeuta en el teléfono puede eliminar completamente la angustia en unos pocos segundos. Un psiquiatra en práctica privada acostumbraba dejar los fines de semana un mensaje en su contestador automático de manera tal que sus pacientes pudieran saber dónde localizarlo. Al contratar a una secretaria, le encargó la tarea de grabar el mensaje en el contestador automático. En la primera mañana del lunes luego de que su secretaria grabó el mensaje, tres pacientes llamaron para quejarse. Un paciente muy enojado le dijo: "¡Yo necesito escuchar *su* voz, no la de ella! Es su voz o un Xanax!".

Este comentario ilustra, de manera patética, que el *sonido* de la voz del terapeuta era suficiente para reasegurar al paciente que él todavía estaba realmente disponible. De hecho, en este caso la voz del terapeuta tenía un efecto terapéutico tan potente como un agente farmacológico. Con frecuencia los pacientes que sufren de una falta de constancia objetal son capaces de desarrollar finalmente una imagen internalizada de su terapeuta en el curso de la psicoterapia expresiva-de apoyo a largo plazo. Como resultado de este proceso de internalización, la ansiedad de separación y las crisis de angustia pueden mejorar considerablemente.

Un estudio (Shear y col., 1991) ha demostrado que la inducción de la angustia por el lactato puede ser efectivamente revertida con terapia cognitiva exitosa. Este hallazgo, asociado con una variedad de reportes de casos de tratamiento exitoso del trastorno de angustia con psicoanálisis o psicoterapia psicodinámica (Abend, 1989; Milrod y Shear, 1991; Milrod y col., 1997; Sifneos, 1972), provee evidencia de que las intervenciones psicológicas juegan un rol importante en el tratamiento del trastorno de angustia.

En el curso de la terapia psicodinámica, con frecuencia las dificultades del paciente en las relaciones se centran en la transferencia al terapeuta. Los conflictos que giran alrededor del enojo, la independencia y la separación son especialmente importantes. Es habitual que el terapeuta tenga que explorar los temores del paciente de volverse demasiado dependiente de aquél a medida que el tratamiento progresa. De modo similar, puede haber una

excesiva ansiedad por la pérdida del terapeuta, sea temporariamente durante las vacaciones o para siempre por la terminación del tratamiento.

En muchos casos, las fantasías de enojo incontrolable o incluso la rabia asesina, pueden ser centrales en la terapia. Es posible que el enojo parental haya sido tan intenso que cualquier estallido de rabia es visto como potencialmente destructiva. Algunos niños pueden haber sentido que sus padres los abandonaban emocionalmente cuando ellos expresaban su enojo. Examinar las características de los mecanismos de defensa diseñados para evitar el enojo es con frecuencia de considerable valor. Los pacientes con trastorno de angustia típicamente usan cualquier combinación de las siguientes defensas: formación reactiva, anulación, somatización y proyección (Busch y col., 1995). Ambas, la anulación y la formación reactiva pueden ayudar al paciente a repudiar aspectos negativos como el enojo. Los psicoterapeutas pueden necesitar ayudar a los pacientes a volverse conscientes de su ansiedad acerca de expresar el enojo y la necesidad asociada de defenderse contra éste.

Las defensas de somatización y proyección con frecuencia trabajan sinérgicamente para prevenir la reflexión interna. En la somatización, la atención del paciente está focalizada en el fenómeno fisiológico más que en las causas psicológicas o su sentido. En la proyección, los problemas son atribuidos a personas externas, quienes son vistas como maltratando al paciente de alguna manera. Usadas en combinación, estas defensas pueden crear una forma específica de relación de objeto en la cual otros (p. ej., familia, amigos, médicos) son incorporados como curadores de quienes se espera que arreglen algo en el cuerpo del paciente. Este patrón de relación de objeto a menudo también se juega en la transferencia.

Los pacientes con trastorno de angustia frecuentemente requieren una combinación de farmacoterapia y psicoterapia (Nemiah 1984). Aún cuando los pacientes con crisis de angustia y agorafobia tienen sus síntomas controlados farmacológicamente, suelen ser renuentes a aventurarse de nuevo a salir al mundo y pueden requerir intervenciones psicoterapéuticas para ayudarlos a sobreponerse a este temor (Cooper, 1985; Zitrin y col., 1978). Al menos un estudio ha sugerido que la combinación de terapia dinámica y medicación puede ayudar a reducir las recaídas en pacientes con trastorno de angustia. Los pacientes en el estudio de Wiborg y Dahl (1996) fueron randomizados en tratamientos de nueve meses de clorimipramina sola y nueve meses de clorimipramina combinada con 15 sesiones semanales de terapia dinámica breve. Aunque todos los pacientes en ambos grupos estaban libres de crisis de angustia cuando fueron evaluados 20 semanas luego del comienzo del tratamiento, los pacientes en el grupo que recibían sólo clorimipramina tenían un índice mucho mayor de recaídas cuando fueron evaluados luego de la finalización de la farmacoterapia. Los investigadores sugirieron que la terapia dinámica breve podía

servir para reducir la vulnerabilidad psicosocial relacionada con el trastorno de angustia.

Algunos pacientes suelen resistirse a tomar medicación, porque creen que ésta los estigmatiza como enfermos mentales, por lo cual se precisa la intervención psicoterapéutica para ayudarlos a entender y eliminar sus reservas acerca de la farmacoterapia. Y hay otros que suspenden la medicación por su cuenta debido a la incapacidad para tolerar los efectos adversos. La presencia de trastornos de la personalidad, particularmente aquellos del Grupo B (esto es, antisocial, borderline, narcisista, histriónico), ha demostrado que afecta adversamente los resultados del tratamiento de pacientes con trastorno de angustia (Reich, 1988). Para un plan terapéutico comprensivo y efectivo, estos pacientes requieren abordajes psicoterapéuticos además de las medicaciones apropiadas. En todos los pacientes con síntomas de trastorno de angustia o agorafobia, una evaluación psicodinámica cuidadosa ayudará a poner en la balanza las contribuciones de los factores biológicos y dinámicos.

El señor L, un oficinista de 27 años, concurrió a una clínica a raíz de las crisis de angustia que ocurrían cada vez que intentaba dejar la ciudad. Al principio le resultaba imposible vincular la angustia con algún contenido psicológico, pero la exploración ulterior que hizo el psiquiatra evaluador reveló un número de factores contribuyentes. El señor L había adquirido recientemente una nueva casa y la esposa estaba embarazada de su primer niño. Cuando el psiquiatra comentó cómo había aumentado su responsabilidad, el paciente respondió que se sentía más como si tuviera 7 años que 27. Continuó diciendo que no estaba seguro de estar preparado para asumir las responsabilidades de un marido y un padre responsable por la hipoteca de una casa. El psiquiatra le solicitó que describiera con mayores detalles las circunstancias de las crisis de angustia. El señor L nuevamente explicó que sufría las crisis cada vez que se proponía dejar la ciudad. Cuando el psiquiatra le preguntó por qué hacía estos viajes, él explicó que eran para ir de caza con su padre. El psiquiatra preguntó si algo displacentero había sucedido alguna vez en aquellos viajes. Luego de unos momentos de reflexión, el señor L respondió que en dos accidentes diferentes de caza, que le había disparado accidentalmente a su padre, pero por suerte éste había soportado sólo heridas menores en cada ocasión.

El psiquiatra desarrolló entonces una formulación explicativa tentativa basada en su evaluación de que el trastorno de angustia del señor L estaba relacionado con un conflicto psicológico. Eventos recientes en su vida lo habían colocado de manera más franca en competencia con su padre como esposo, padre y sostén del hogar. Estos eventos activaron deseos agresivos existentes de larga data hacia su padre que estaban basados en la rivalidad edípica inconsciente y reprimida. El impulso de destruir a su padre había emergido en las formas de accidentes en dos viajes

de caza previos. Entonces cuando el señor L planeaba dejar la ciudad para ir de caza con su padre, la amenaza de la emergencia de los impulsos agresivos creaba una señal de ansiedad que se transformaba en una crisis de angustia desmedida, porque este particular paciente tenía el sustrato neural subyacente necesario para transformar la ansiedad en pánico. El resultado era una evitación de situaciones en las cuales los deseos destructivos y la retaliación (castración) imaginada serían activados.

Para comprender los factores dinámicos involucrados en desencadenar la angustia, el paciente comenzó psicoterapia expresiva-de apoyo con un énfasis en lo expresivo. A medida que el proceso proseguía, el señor L comenzó a hablar más y más acerca de la relación con su madre. Pronto emergió que ésta había padecido también terror por las separaciones. De niño, cada vez que el señor L salía de su casa, su madre lo prevenía acerca de los múltiples peligros que podría encontrar. A través del proceso psicoterapéutico, el señor L llegó a comprender que él compartía la ansiedad de su madre acerca de las separaciones. Notó que cada vez que su esposa estaba afuera por trabajo, se preocupaba todo el tiempo porque temía que ella muriera y, por ende, lo abandonara. Las ansiedades edípicas del paciente estaban claramente compuestas por ansiedades más primitivas acerca de la pérdida de objeto, originalmente de su madre pero ahora de su esposa.

Luego de casi dos años de psicoterapia, el señor L estaba libre de crisis de angustia y también de ansiedad anticipatoria. Había recibido una promoción en el trabajo que fue capaz de manejar sin ansiedad. Su nuevo empleo requería que se manejara fuera de la ciudad casi todos los días laborales y fue capaz de hacerlo sin experimentar angustia.

Varios años después, el señor L retornó para un ulterior tratamiento cuando dos hechos de la vida reactivaron la estructura neural subyacente que mediaba sus crisis de angustia. Un negocio privado que había emprendido resultó enormemente exitoso y pasó a un estilo de vida más opulento. Más aún, a su padre se le había diagnosticado un cáncer incurable. En ese momento, se requirió una combinación de medicación (alprazolam) y psicoterapia para reducir las crisis de angustia del señor L a proporciones manejables.

Fobias

Los trastornos de ansiedad como grupo son los más prevalentes de todos los principales grupos de trastornos mentales (Regier y col., 1988), y dentro de los trastornos de ansiedad, las fobias son, por lejos, los más comunes. Las fobias están divididas en tres categorías en el DSM-IV: 1) agorafobia sin antecedentes de crisis de angustia, 2) fobia específica y 3) fobia social. El término *fobia simple* del DSM-III-R fue reemplazado por *fobia específica* en el DSM-IV debido a la relación ambigua de los síntomas fóbicos

con las crisis de angustia y porque un esquema de subtipificación comprendiendo los estímulos fóbicos (p. ej., tipo situacional, tipo del ambiente natural) parecía mejorar la especificidad. De modo similar, se ha desarollado un esquema de subtipos en el DSM-IV para la fobia social debido a que la creciente literatura de esta condición indica que la fobia social puede ser generalizada o limitada.

La comprensión psicodinámica de las fobias ilustra los mecanismos neuróticos de la formación del síntoma descritos al comienzo de este capítulo. Cuando los pensamientos sexuales o agresivos prohibidos, que podrían llevar al castigo de retaliación, amenazan emerger del inconsciente, la señal de angustia es activada y se desarrollan tres mecanismos de defensa: desplazamiento, proyección y evitación (Nemiah, 1981). Estas defensas eliminan la ansiedad reprimiendo una vez más el deseo prohibido, pero la ansiedad es controlada al costo de crear una neurosis fóbica. Un ejemplo clínico ilustra la formación de síntomas fóbicos más concretamente:

> El señor M era un joven ejecutivo de 25 años que había completado recientemente un MBA y tomado su primer puesto en una corporación. Había desarrollado una fobia social que comprendía un temor intenso de encontrarse con personas nuevas en el trabajo o en situaciones sociales y también una ansiedad intensa toda vez que tenía que hablar frente a un grupo de personas en el trabajo. Cuando no tenía más remedio que enfrentar las situaciones temidas, se quedaba sin aire y tartamudeaba a tal punto que no podía completar las oraciones.
>
> La terapia dinámica breve fue recomendada para el señor M por sus notables fortalezas yoicas, la naturaleza focal del síntoma, su buen funcionamiento global, un alto nivel de motivación y una considerable conciencia psicológica. En la tercera sesión, el señor M le explicó al terapeuta que lo peor para él era tener que presentarse a las nuevas personas. Entonces se produjo el siguiente diálogo:
>
> Terapeuta: ¿Cuál es la dificultad acerca de decir su nombre?
> Señor M: No tengo idea.
> Terapeuta: ¿Si reflexiona acerca de su nombre por un minuto, qué es lo que le viene a la mente?
> Señor M: (luego de una pausa) Bueno, es también el nombre de mi padre.
> Terapeuta: ¿Cómo lo hace sentir eso?
> Señor M: Un poco incómodo, supongo.
> Terapeuta: ¿Por qué es eso?
> Señor M: Bueno, no he tenido una gran relación con él. Desde que dejó a mi madre cuando yo tenía cuatro años, lo he visto muy poco.
> Terapeuta: ¿Entonces usted tuvo que vivir sólo con su madre después de que él se fue?
> Señor M: Así es. Mi madre nunca se volvió a casar, entonces yo tuve que ser el hombre de la casa desde una edad temprana, y no me sentía pre-

parado para asumir tanta responsabilidad. Siempre estuve resentido por eso. Cuando era niño, todos decían siempre que yo actuaba como un adulto. Eso solía molestarme porque sentía como si estuviera pretendiendo ser un adulto cuando en realidad yo era un niño por dentro. Sentía que los estaba engañando a todos, y que si ellos lo descubrían, se enojarían mucho conmigo.
Terapeuta: Me pregunto si así es como se siente ahora cada vez que se presenta ante los demás.
Señor M: Pienso que así es exactamente cómo me siento. Decir mi nombre es como decir que estoy tratando de ser mi padre.

La interpretación del terapeuta ayudó al señor M a darse cuenta de que su ansiedad estaba relacionada con la culpa y la vergüenza de ocupar el lugar de su padre en forma prematura. Él imaginaba que los otros crerían que esto era un engaño y lo desaprobarían. Luego de diez sesiones de terapia dinámica breve, el paciente superó su fobia social y fue capaz de funcionar bien en el trabajo y en otros ambientes.

A la altura de la fase edípica del señor M, su padre lo dejó sólo con su madre. En esa situación original generadora de ansiedad, él había temido la castración o el castigo retaliativo (de su padre) por haber tomado el lugar de éste con su madre. Como adulto, el señor M trató con la ansiedad desplazando la situación original temida hacia un derivado aparentemente trivial e insignificante de esa situación, a saber, el hecho de decir su nombre durante las presentaciones. Simbólicamente, esta simple afabilidad social había tomado el significado de reemplazar a su padre. La segunda maniobra defensiva del paciente era proyectar la situación temida hacia afuera sobre el ambiente de manera tal que la amenaza de castigo o desaprobación viniera de fuentes externas más que internas (es decir, el superyó). El tercero y último mecanismo defensivo del paciente era la evitación. Al ludir todas las situaciones en las cuales tenía que presentarse o hablar frente a otros, el señor M podía mantener el control sobre su ansiedad, pero al costo de restringir su vida social y arriesgar su desempeño en el trabajo.

La ansiedad del señor M de hablar enfrente de otros es ampliamente compartida. En una encuesta metropolitana (Pollard y Henderson, 1988), un quinto de los individuos contactados en la ciudad de St. Louis tenía una fobia social acerca de hablar o actuar en público. Cuando los investigadores modificaron esa figura incluyendo el criterio "distrés significativo" del DSM-III, el índice de prevalencia cayó al 2%. Las cifras exactas de fobia social son difíciles de determinar, sin embargo, debido a que el diagnóstico es con frecuencia aplicado a patrones interpersonales generales de vergüenza y evitación del sexo opuesto por temor al rechazo. El continuum oscila de la fobia social en un extremo a un estilo de relación caracterológico gene-

ralizado, conocido como el trastorno de personalidad por evitación (véase cap. 19), en el otro extremo.

Las fobias encajan prolijamente en el modelo de la diátesis genético-constitucional en interacción con los estresores ambientales. Kendler y col. (1992b) estudiaron 2.163 gemelas y concluyeron que el mejor modelo para el trastorno es una tendencia heredada a la fobia que requiere factores etiológicos ambientales específicos para el individuo para que se produzca un síndrome fóbico en su total expresión. En la población de este estudio, uno de los estresores ambientales claros asociados con el incremento del riesgo para la fobia fue la muerte parental antes de los 17 años (Kendler y col., 1992a).

El trabajo de Kagan y col. (1988) sobre la inhibición conductual parece ser aplicable a la fobia social y también es relevante en el trastorno de angustia. Aunque Kagan y col. encontraron que los infantes con este temperamento nacen con un umbral más bajo para desencadenar una respuesta límbico-hipotalámica a cambios inesperados del ambiente, también concluyeron que algunas formas de estrés crónico ambiental deben actuar en la disposición temperamental original para resultar en una conducta vergonzosa, tímida y callada a los dos años de edad. Ellos postularon que los estresores como la humillación y la crítica de un hermano mayor, discusiones entre los padres, y la muerte o la separación de un progenitor estaban tal vez entre los principales factores ambientales contribuyentes.

Rosenbaum y col. (1992) extendieron el trabajo de Kagan y col. (1988) al evaluar padres de niños conductualmente inhibidos de una cohorte no clínica estudiada por Kagan. Los padres de estos niños estaban en un mayor riesgo para los trastornos de ansiedad, especialmente la fobia social. Los padres de aquellos niños con inhibición conductual y ansiedad tenían índices significativamente elevados de dos o más trastornos de ansiedad en comparación con dos conjuntos diferentes de padres en los grupos control. Una posible interpretación de estos hallazgos es que aquellos niños con inhibición conductual que van a desarrollar trastornos de ansiedad manifiestos son expuestos a padres con mayor ansiedad quienes pueden transmitir al niño que el mundo es un lugar peligroso.

La fobia social es una condición con una alta tasa de comorbilidad. En un estudio de 13.000 adultos (Schneier y col., 1992), los principales trastornos comórbidos, a lo largo de la vida, estaban presentes en los 69% de los sujetos con fobia social. Estos investigadores señalaron que, en ausencia de comorbilidad, la fobia social es raramente tratada por profesionales de la salud mental. Uno puede postular que la diátesis genético-constitucional descrita por Kagan y col. (1988), Rosenbaum y col. (1992) y otros, puede predisponer a un número de trastornos de ansiedad.

El trabajo clínico con pacientes fóbicos sociales revela que ciertas relaciones de objeto interno características están presentes. Específicamente, es-

tos pacientes han internalizado representaciones de padres, cuidadores, o hermanos que avergüenzan, critican, ridiculizan, humillan, abandonan y abochornan (Gabbard, 1992). Estos introyectos son establecidos tempranamente en la vida y luego proyectados en forma repetida sobre personas en el ambiente que, entonces, son evitadas. Aunque estos pacientes pueden tener una predisposición genética a experimentar a otros como dañinos, las experiencias positivas pueden, en cierta medida, mitigar esos efectos. Es como si una plantilla programada genéticamente estuviera presente desde el nacimiento. En la medida en que los cuidadores se comportan de acuerdo con esa plantilla programada, el individuo se volverá cada vez más temeroso de otros y desarrollará fobia social. En la medida en que los cuidadores son sensibles al temor del niño y lo compensan, los introyectos serán más benignos, menos amenazantes, y menos proclives a producir el síndrome adulto de la fobia social.

Aunque muchos pacientes con fobia social responden bien a los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y/o terapia cognitiva, la terapia dinámica también puede ser útil. Algunos pacientes son particularmente resistentes al tratamiento porque temen cualquier situación en la cual puedan ser juzgados o criticados. Dado que el contexto terapéutico es visto justamente de esta manera, un temor transferencial de ser humillados o juzgados puede llevar a los pacientes a faltar con frecuencia a las entrevistas o dejar de concurrir del todo al tratamiento. De hecho, debido los altos índices de comorbilidad del trastorno, la fobia social puede ser sólo descubierta cuando un paciente busca tratamiento por otra razón. El pudor y la vergüenza son los estados afectivos centrales, y el terapeuta que sintoniza con estos afectos puede tener mejor oportunidad de establecer una alianza terapéutica con el paciente en las visitas iniciales. Explorar sus fantasías de cómo el terapeuta y los otros pueden reaccionar frente a ellos, también puede ayudar a estos pacientes a comenzar a apreciar que sus *percepciones* de cómo los otros sienten acerca de ellos pueden ser diferentes de cómo los otros *realmente* sienten acerca de ellos. La resistencia al tratamiento debe ser abordada de modo agresivo, porque sin tratamiento estos pacientes con frecuencia evitan el colegio o el trabajo, y muchos van a parar a un hospital o quedan incapacitados (Schneier y col., 1992).

Las ramificaciones interpersonales de las fobias con frecuencia también se benefician de un abordaje dinámico. Al estar confinados en la casa, los individuos agorafóbicos suelen requerir cuidados de otra persona significativa, como el cónyuge o el progenitor. Es común, por ejemplo, que una mujer agorafóbica y su marido se hayan acomodado a su condición durante un período de muchos años. El esposo puede realmente sentirse más seguro sabiendo que su esposa está siempre en casa. Si la agorafobia se trata, el equilibrio de la pareja puede desestabilizarse. El marido puede volverse más ansioso por el temor de que su esposa comenzará a buscar a otros hombres

ahora que puede dejar la casa. La evaluación adecuada y el tratamiento de las fobias debe incluir una evaluación cuidadosa de cómo la fobia encaja en la red de relaciones del paciente. Una comprensión psicodinámica del contexto interpersonal de una fobia puede entonces ser crucial en el manejo de las resistencias a los tratamientos convencionales tales como la desensibilización conductual y la medicación.

Trastorno obsesivo-compulsivo

Las obsesiones son definidas como pensamientos recurrentes ego-distónicos, mientras que las compulsiones son acciones ritualizadas que *deben* ser ejecutadas para aliviar la ansiedad. Las quejas de estos pacientes encajan en cinco categorías principales: 1) rituales que incluyen la verificación, 2) rituales que incluyen la limpieza, 3) pensamientos obsesivos no acompañados por compulsiones, 4) lentitud obsesiva, y 5) rituales mixtos (Baer y Jenike, 1986). Aquellos pacientes que están comprometidos en rituales de limpieza o pensamientos obsesivos acerca de gérmenes y contaminación arrastran un considerable parecido con los pacientes fóbicos. La investigación reciente ha sugerido que el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) es mucho más común de lo que se había pensado previamente (Karno y col., 1988). La prevalencia a lo largo de la vida está entre 1,2% y 2,4%, una cifra varias veces mayor que todas las estimaciones previas. El TOC está con frecuencia complicado con depresión y por serias limitaciones en el funcionamiento laboral y social, de manera tal que los miembros de la familia y compañeros de trabajo de los pacientes con TOC pueden también estar significativamente afectados por la enfermedad.

A pesar de la tradición largamente establecida del diagnóstico de neurosis obsesivo-compulsiva, el DSM-III reclasificó al TOC como un trastorno de ansiedad porque la función primaria de una obsesión o ritual parece ser la regulación de la ansiedad. La clásica formulación de la regresión defensiva inherente en la neurosis obsesivo-compulsiva ha sido sucintamente resumida por Nemiah (1988):

> Ante el estímulo que disparó la ansiedad provocada por la libido edípica, en vez de reprimir la pulsión y convertir la energía en síntomas somáticos como en la histeria, o desplazarla y proyectarla como en la neurosis fóbica, el paciente con una neurosis obsesivo-compulsiva se retira de la posición edípica y regresa a lo largo del sendero del desarrollo psicosexual a la fase anal, una regresión con frecuencia ayudada por la presencia de fijaciones anales resultantes de perturbaciones en el pasaje inicial del paciente a lo largo de ese estadio del desarrollo durante la temprana infancia (p. 243).

La explicación psicodinámica del TOC ha sido desafiada por la reciente investigación biológica. Un número de investigadores ha sugerido que existe una base biológica para el trastorno debido a varias observaciones, incluyendo un índice más alto de concordancia para el TOC en gemelos monocigóticos que en dicigóticos, una prevalencia aumentada en pacientes con trastorno de la Tourette y en sus familias, y una respuesta dramática a la psicocirugía en algunos pacientes (Elkins y col., 1980; Lieberman, 1984; Turner y col., 1985). Otro estudio comparó a 41 pacientes con TOC libres de medicación con 29 sujetos control no enfermos psiquiátricamente en tareas de coordinación motora fina, movimiento involuntario y función sensorial y visuoespacial (Hollander, 1990). El grupo TOC mostró significativamente más signos de disfunción del sistema nervioso central que los sujetos control, aportando aún más evidencia de un déficit neurológico en algunos pacientes con TOC. Un estudio subsiguiente demostró que los déficit neuropsicológicos observados en pacientes con TOC no son observados en pacientes control apareados con trastorno de angustia o depresión unipolar (Purcell y col., 1998). Por último, los pacientes con TOC tienen significativamente menos sustancia blanca pero mayor corteza total y volumen opercular comparados con sujetos controles sanos (Jenike y col., 1996).

La literatura sobre los resultados terapéuticos también sugiere un componente biológico. Medicaciones como la clorimipramina y la fluvoxamina han sido encontradas efectivas en algunos pacientes con TOC (Jenike y col., 1986; Perse, 1988; White y Cole, 1988). También, los síntomas de los pacientes con TOC son notoriamente refractarios al psicoanálisis y a la terapia orientada al insight (Jenike y col., 1986; Nemiah, 1988; Perse, 1988; Zetzel, 1970). (El trastorno de personalidad obsesivo-compulsivo parece responder bien a estos tratamientos, como se trata en el capítulo 19). El resultado farmacológico, sin embargo, no provee respuestas definitivas a las preguntas sobre la etiología o la patogénesis (Zetin y Kramer, 1992). Cambios en los neurotransmisores asociados con la medicación pueden relacionarse tanto directamente como indirectamente con la causa primaria de la condición. Más aún, como en el trastorno de angustia, el TOC puede ser precipitado por estresores ambientales. En una investigación (Buttolph y Holland, 1990), 69% de los pacientes con TOC fueron capaces de relacionar el comienzo o la exacerbación de sus síntomas con el embarazo, el nacimiento o el cuidado parental de sus niños. En otro estudio de 106 pacientes mujeres con TOC (Neziroglu y col,. 1992), el embarazo –más que cualquier otro evento de la vida– fue asociado con el comienzo del TOC. Treinta y nueve por ciento de las pacientes en esta muestra que tenían niños experimentaron el comienzo de los síntomas durante el embarazo. Además, cuatro de las cinco mujeres que habían tenido un aborto o un mal parto habían experimentado el comienzo o la exacerbación de los síntomas del TOC

durante el embarazo. Es también bien conocido que los síntomas van y vienen de acuerdo con la presencia o ausencia de estrés en la vida del paciente. La mejoría puede ocurrir cuando se reduce la tensión, mientras que el incremento del estrés o la recurrencia de la situación precipitante original puede empeorar los síntomas (Black, 1974).

Aunque muchos clínicos estarían de acuerdo en que la farmacoterapia es una parte crucial de un plan terapéutico global para los pacientes con TOC, la medicación como la clorimipramina no debería ser considerada el único tratamiento. El Grupo de Estudio Colaborativo de la Clorimipramina (1991) estudió 520 pacientes con TOC en 21 centros y encontró que la media de la reducción en los síntomas al final de 10 semanas de tratamiento con clorimipramina era de sólo el 38-44%. Ensayos multicéntricos, controlados con placebo, de fluoxetina, fluvoxamina, sertralina y paroxetina han encontrado que todos estos ISRS son más efectivos que el placebo (Greist y Jefferson, 1995). Sin embargo, también la mejoría incompleta era la regla en estos ensayos, de manera que la combinación de ISRS y terapia conductual es usualmente considerada el abordaje terapéutico de elección. No obstante, las estrategias psicodinámicas pueden ser extremadamente útiles en un número de situaciones.

Muchos pacientes con TOC parecen aferrarse a sus síntomas, resistiéndose tenazmente a los esfuerzos terapéuticos. Los síntomas en sí mismos pueden defenderlos de la desintegración y desempeñan, de este modo, una función altamente útil en términos de homeostasis psicológica. Debido a que los síntomas del TOC pueden acompañar cualquier nivel de personalidad u organización yoica subyacente (Cornfield y Malen, 1978), una evaluación psicodinámica cuidadosa debería también focalizar en la función de los síntomas en la estructura intrapsíquica global del paciente. A pesar de la naturaleza refractaria de muchos síntomas obsesivo-compulsivos, la terapia psicodinámica puede mejorar considerablemente el funcionamiento interpersonal de los pacientes con TOC. Los abordajes dinámicos pueden también ser cruciales en ayudar a los pacientes a vencer las resistencias a tomar la medicación, como se describe en el siguiente caso:

> El señor N era un hombre soltero de 29 años con TOC. Cuando se presentó para la hospitalización psiquiátrica, refirió una historia de 10 años con síntomas obsesivo-compulsivos y se quejó de haber estado totalmente confinado en su casa por los últimos ocho años debido a constantes pensamientos incapacitantes, "grotescos, horrosos" que nunca cesaban. Ocho años antes de la admisión, cuando el señor N se recluyó en su casa, la madre se jubiló para poder cuidar de él en la casa y cumplir con sus demandas de limpieza. Su vida giraba alrededor de él.
>
> El señor N estaba obsesionado con la necesidad de evitar la contaminación. También se preocupaba acerca de embarazar a las mujeres, porque temía que podría tener semen en sus manos. Por lo tanto, se volvió

un lavador de manos compulsivo. Insistía en que su madre estuviera con él las 24 horas del día. Aunque ella no dormía ni se duchaba con él, lo ayudaba a vestirse para que no tuviera que tocar sus ropas y contaminarse. También requirió que ella siguiera un ritual elaborado de 58 pasos mientras cocinaba su comida y la servía sobre la mesa. Si ella no seguía este ritual precisamente, tenía que tirar toda la comida y comenzar de nuevo. Por responder a estas demandas su madre arrojaba miles de dólares en comida cada año. El señor N también insistía en que su padre tenía que quedarse fuera o permanecer en otra parte de la casa para no ser contaminado por los gérmenes que el padre traía desde el trabajo.

El desarrollo de la infancia temprana del señor N fue reportado sin eventos remarcables, pero evocaba un recuerdo muy displacentero de cuando tenía aproximadamente 5 años. Recordaba haber visto a su padre agarrando a su madre por los pechos mientras ella gritaba para que el paciente la rescatara. Él trató de detener a su padre, pero fue doblegado por la mayor fuerza de éste. Recordaba haberse sentido terrible por el incidente, y lloró porque fue incapaz de rescatar a su madre.

Aunque el señor N había ido a numerosos psiquiatras, siempre rehusaba volver luego de la primera visita. Cierta vez accedió a tomar clorimipramina, pero abandonó luego de la primera dosis porque dijo que los efectos adversos lo molestaban. Su funcionamiento empeoró y los padres finalmente decidieron hospitalizarlo. Cuando vino al hospital, su médico le preguntó porqué buscaba tratamiento. Él respondió: "Estoy determinado a ser dependiente,... quiero decir independiente". El médico comentó el hecho de que primero había dicho "dependiente" y preguntó: "¿Hay tal vez una parte suya que le gustaría ser dependiente?". El señor N respondió: "¿Usted se refiere de mi madre?". El médico le contestó que el señor N sabría la respuesta mejor que él. El señor N reflexionó un momento y dijo; "Bueno, ella me cuida bastante bien".

El *lapsus linguae* del señor N proveyó un atisbo de las motivaciones inconscientes para su resistencia al tratamiento. Cualquier tipo de tratamiento exitoso amenazaba la relación de dependencia con su madre. Si la clorimipramina era posible que lo ayudara, entonces no la tomaría. De modo similar, él frustraría también cualquier otro esfuerzo terapéutico ambulatorio o de internación.

Luego de aproximadamente una semana de hospitalización, el señor N desafió las expectativas de los miembros del equipo. Comenzó a presentar notables mejorías. Podía tocar los picaportes sin temer a la contaminación, podía leer revistas que otros habían tocado y disminuyó en gran medida el tiempo que perdía lavando sus manos. Esta mejoría ocurrió sin medicación. El señor N comentó que se sentía "mucho menos nervioso" en el hospital de lo que él había esperado. A medida que exploró cómo el contexto hospitalario podría haber reducido su ansiedad, se hizo evidente que él estaba intensamente preocupado acerca de sus deseos sexuales hacia su madre. Él comentó que cuando su madre lo vestía, sentía que "había algo sexual en eso". Removerlo del grupo familiar

emocionalmente cargado hizo que los deseos sexuales hacia su madre fueran mucho menos problemáticos para él. De modo similar, los deseos agresivos de mantener a su padre fuera de su vida fueron menos preocupantes. Dado que su ansiedad por los deseos sexuales y agresivos había disminuido, sus síntomas obsesivo-compulsivos no eran ya tan marcadamente necesarios para controlar su ansiedad.

No obstante que los síntomas obsesivo-compulsivos del señor N pudieron haber sido impulsados biológicamente, también revelaban un deseo simbólico de ganarle al padre el afecto de su madre, como se representa patéticamente en sus recuerdos de la temprana infancia. Sus rituales compulsivos servían como una defensa contra sus anhelos sexuales por su madre a través de consumir todo su tiempo en el lavado de manos y otros varios ejercicios. Sin embargo, estos rituales sintomáticos también condujeron a ser vestido por su madre y recibir toda su atención mientras su padre permanecía fuera del hogar. Por lo tanto, la formación de compromiso construida inconscientemente contenía a la vez la expresión directa de un deseo subyacente y una defensa contra ese deseo. Tomar medicación o recibir cualquier otro tratamiento amenazaba el triunfo sobre el padre porque lo ubicaría en una posición en la cual no necesitaría más a su madre. Por el otro lado, esta victoria edípica creaba una gran ansiedad y culpa, lo que incrementaba su necesidad de recurrir a rituales y obsesiones. Cuando fue eliminado el triángulo que él había establecido con sus padres en su hogar, el señor N tuvo mucho menos necesidad de sus síntomas obsesivo-compulsivos para manejar la ansiedad y mostró una mejoría notable.

Aunque el tratamiento del señor N no incluyó la psicoterapia dinámica formal, la comprensión dinámica del psiquiatra de la resistencia que presentaba el paciente a todos los tratamientos fue esencial para ayudar al señor N a abordar su rechazo a tomar medicación y, por otra parte, a cooperar con el tratamiento. El lapsus linguae del señor N lo condujo a tomar conciencia de que cualquier mejoría en sus síntomas podía causarle la pérdida de su posición privilegiada con su madre.

El caso del señor N también refleja un problema común que ocurre en las familias de pacientes con TOC. Un estudio de 34 progenitores o cónyuges de pacientes con TOC examinó hasta qué punto estos parientes se acomodarían al paciente a través de la participación activa en rituales o modificaciones significativas de sus rutinas diarias (Calvocoressi y col., 1995). De estos parientes, 88,2% reportó que se acomodaba al paciente de alguna manera. Esta forma de acomodación familiar estaba claramente correlacionada con el estrés en las familias, rechazo de actitudes hacia el paciente y pobre funcionamiento familiar. Con frecuencia esto implica un esfuerzo para reducir la ansiedad del paciente o para controlar la expresión de enojo del paciente. Muchos parientes describieron sentirse "intimidados" por el

paciente a realizar cosas para acomodarse a sus obsesiones o compulsiones. De modo similar, este patrón de relación se internaliza y con frecuencia es recreado cuando los pacientes con TOC son admitidos en el hospital de día o en unidades de internación. Una postura caracterológica de autoasignación de privilegios acompaña con frecuencia la tendencia de los pacientes con TOC a insistir en que todos -sin excepción- deben acomodarse a su enfermedad.

Los síntomas de TOC a menudo conducen a extraordinarios problemas de relación para estos pacientes, y el diagnóstico de TOC es asociado con un alto riesgo de divorcio o separación (Zetin y Kramer, 1992). La terapia psicodinámica entonces puede ser la única modalidad efectiva para abordar los problemas de relación secundarios a los síntomas. La psicoterapia familiar o psicoterapia dinámica de grupo, en particular, puede ser útil en esta área.

Otra contribución útil que los clínicos psicodinámicos pueden realizar al tratar el TOC es investigar los precipitantes que inician o exacerban los síntomas. Al ayudar a los pacientes y sus familias a comprender la naturaleza de estos estresores, los síntomas pueden ser manejados en forma más efectiva.

Trastorno por estrés postraumático

Las décadas finales del siglo veinte fueron testigos de una mayor apreciación de la penetrancia del trastorno por estrés postraumático (Posttraumatic Stress Disorder - PTSD) en la población general. La prevalencia estimada a lo largo de la vida es aproximadamente de 7,8% (Kessler y col., 1995). Más de un tercio de las personas con un episodio indicativo de trastorno por estrés postraumático fracasa en recuperarse aún luego de varios años. En una encuesta de 2181 personas en el área de Detroit, el riesgo condicional de trastorno por estrés postraumático siguiendo a la exposición de un trauma era de 9,2% (Breslau y col., 1998). Además, el evento precipitante más común reportado entre las personas con trastorno por estrés postraumático fue la muerte súbita e inesperada de un ser querido, sugiriendo que el énfasis en la violación, violencia por asalto y combate abordan sólo una porción de la población que experimenta trastorno por estrés postraumático.

En armonía con la creciente conciencia de que el trastorno por estrés postraumático es común, los estudios han documentado los efectos del trauma en el individuo. En 1976, Horowitz publicó su trabajo destacado sobre el impacto del trauma en la personalidad. Él observó que las víctimas de un trauma alternan entre la negación del evento y la repetición compulsiva de éste a través de pesadillas y escenas retrospectivas (flashbacks). De este modo, la mente intenta procesar y organizar el estímulo abrumador.

Horowitz identificó ocho temas psicológicos comunes que siguen al trauma grave: 1) duelo o tristeza, 2) culpa acerca de los propios impulsos coléricos o destructivos, 3) temor a volverse destructivo, 4) culpa acerca de sobrevivir, 5) temor a identificarse con las víctimas, 6) vergüenza acerca del sentimiento de desamparo y vacío, 7) temor a que uno repetirá el trauma, y 8) enojo intenso dirigido hacia la fuente del trauma.

Mientras que en algún momento se pensó que la gravedad de los síntomas postraumáticos era directamente proporcional a la gravedad del estresor, los estudios empíricos sugieren otra cosa. En una investigación prospectiva de 51 pacientes quemados (Perry y col., 1992), el síndrome por estrés postraumático fue predicho por quemaduras *pequeñas*, por una menor percepción de apoyo emocional, y por mayor distrés emocional. Heridas más extensas o severas *no* predijeron síntomas postraumáticos. Los hallazgos de este estudio están de acuerdo con el consenso creciente de que el trastorno por estrés postraumático es probablemente más dependiente de factores subjetivos que de la gravedad del estresor. Por lo tanto, una mayoría del Comité Asesor del DSM-IV apoyó la revisión del criterio de estresor que enfatizaría la respuesta subjetiva del individuo al evento (Kilpatrick y Resnick, 1993).

A pesar de la recomendación del Comité Asesor del DSM-IV de crear una nueva categoría de respuesta al estrés, el trastorno por estrés postraumático permaneció en la sección de trastornos de ansiedad. Sin embargo, el criterio de estresor fue cambiado significativamente de manera tal que se requieren ambos de los siguientes criterios: "1) la persona ha experimentado, o ha sido testigo, o ha sido confrontada con un evento o eventos que comprenden la muerte o lesión grave, reales o imaginadas, o una amenaza a la integridad física de sí mismo o de otros; 2) la respuesta de la persona implica temor intenso, desamparo u horror. Nota: en los niños puede expresarse, en cambio, por conducta agitada o desorganizada". Estos cambios de criterio apuntan a la importancia de los factores subjetivos y al hecho de que los eventos traumáticos son experimentados por una proporción de la población general mayor de lo que antes se había pensado.

Esta revisión en el DSM-IV refleja la importancia de la cuidadosa investigación psicodinámica de los significados que el paciente le asigna al evento y de las vulnerabilidades psicológicas específicas del paciente, cuando se evalúan varios desencadenantes ambientales (Ursano, 1987; West y Coburn, 1984). En un estudio (Breslau y col., 1991), se determinó que el riesgo de desarrollar trastorno por estrés postraumático podía estar relacionado con la separación temprana del niño de sus padres, neurotismo, historia familiar de ansiedad, y ansiedad o depresión preexistente. Los autores concluyeron que una predisposición personal a desarrollar trastorno por estrés postraumático era necesaria para que los síntomas emergieran. Los aspectos de la percepción subjetiva que han sido más ampliamente documenta-

dos comprenden la experiencia de temor extremo, la atribución de desamparo personal, la percepción de amenaza de vida, y la percepción de potencial para la violencia física (March, 1993).

La mayoría de las personas no desarrollan trastorno por estrés postraumático aun al enfrentar un trauma terrible. Más aún, eventos que pueden parecer relativamente bajos en gravedad pueden desencadenar el trastorno por estrés postraumático en ciertos individuos debido al significado subjetivo asignado al evento. Se pueden despertar traumas pasados otra vez por circunstancias presentes. Davidson y Foa (1993) sugirieron que los siguientes factores predisponentes de vulnerabilidad influyen para que se desarrolle el trastorno por estrés postraumático o no: 1) vulnerabilidad genético-constitucional a la enfermedad psiquiátrica; 2) experiencias traumáticas o adversas en la infancia; 3) ciertas características de personalidad (como aquellas presentes en pacientes antisociales, dependientes, paranoides y fronterizos); 4) recientes estresores o cambios en la vida; 5) un sistema de apoyo inadecuado o complicado; 6) reciente uso intensivo de alcohol y 7) una percepción de que el locus de control es externo más que interno. Un estudio de 105 veteranos combatientes en Vietnam también sugirió que una puntuación más baja en la escala de cociente intelectual puede ser un factor de riesgo para el trastorno por estrés postraumático (McNally y Shin, 1995). Una mayor gravedad de los síntomas del trastorno por estrés postraumático fue asociado con menor inteligencia, sugiriendo que variables cognitivas pueden afectar la capacidad del individuo de enfrentar el trauma. La disociación peritraumática puede también predecir una mayor probabilidad de desarrollar trastorno por estrés postraumático (Griffin y col., 1997).

Aunque las defensas disociativas pueden ser activadas para mantener afectos intensos y dolorosos fuera de la conciencia, la fuerza de los recuerdos traumáticos hace que estos afectos se mantengan en un alto estado de activación cognitiva. De este modo, factores cognitivos y afectivos pueden trabajar con propósitos cruzados y llevar a la oscilación, tan común en el trastorno por estrés postraumático, entre la intrusión de los recuerdos y la falla de la memoria. Aunque Freud postuló la compulsión a la repetición como la fuente de recuerdos traumáticos intrusivos, podemos ahora concluir que los recuerdos traumáticos no resueltos permanecen activados en forma cognitiva precisamente porque ello son *afectivamente* inhibidos por mecanismos de defensa tales como la disociación. El sistema inconsciente de monitoreo que mantiene los recuerdos traumáticos a raya debido a sus asociaciones con estados afectivo dolorosos también da por supuesto que estos recuerdos no pueden ser elaborados.

Los criterios del DSM-IV se focalizan principalmente en eventos traumáticos circunscriptos. No captan la forma más compleja del trastorno por estrés postraumático en la cual la víctima es sometida a trauma prolongado y repetido mientras se encuentra en cautividad bajo total control del perpe-

trador (Herman, 1992). Mientras que este trastorno puede coexistir con las formas más simples del síndrome por estrés postraumático, una variedad de síntomas se extienden más allá de la definición del DSM-IV: somatización, disociación, depresión prolongada, cambios patológicos en la identidad y en las relaciones, repetición del daño a través de la automutilación y revictimización.

La visión psicodinámica moderna del trastorno por estrés postraumático ha sido ampliamente influida por el trabajo de Krystal (1968, 1984, 1988). A través de investigaciones extensas en sobrevivientes de la persecución nazi, Krystal ha conectado el deterioro en la expresión y tolerancia de los afectos al trauma psíquico. Notó una elevada prevalencia de enfermedades psicosomáticas tanto en sobrevivientes de campos de concentración como en veteranos de guerra. Como la mayoría de los pacientes psicosomáticos, estos individuos también sufren de alexitimia: la incapacidad de identificar o verbalizar estados afectivos. Para Krystal, el trauma psíquico en la infancia determina una *detención* del desarrollo afectivo, mientras que el trauma en la adultez conduce a una *regresión* en el desarrollo afectivo. El resultado final en ambos casos es que los sobrevivientes del trauma no pueden utilizar los afectos como señales. Debido a que cualquier emoción poderosa es vista como una amenaza de que el trauma original retorne, estos pacientes somatizan afectos o se medican a través del abuso de las drogas de prescripción. Krystal observó también que en los estados postraumáticos, estos individuos pueden sufrir alteraciones en la capacidad para desarrollar funciones de autocuidado y tranquilizarse a sí mismos. Ya no pueden relajarse y calmarse lo suficiente como para tener un sueño natural.

Hasta este punto, el tratamiento de elección es todavía poco claro. Una implicancia de las observaciones de Krystal acerca del trastorno por estrés postraumático es que la psicoterapia exploratoria diseñada para ayudar a "revivir" el trauma puede ser dañina para estos pacientes. Aquellos con alexitimia experimentarán sólo los correlatos fisiológicos de los estados emocionales sin registrar los sentimientos en el dominio psicológico, resultando en un deterioro mayor de su condición psicosomática (Sifneos, 1973). Incluso lograr que los pacientes hablen acerca del trauma puede ser una tarea formidable. Krystal (1988) señaló que en situaciones de incesto o de abuso infantil, los niños victimizados han sido usualmente amenazados con catástrofes si rompen su silencio. También ha observado reacciones contratransferenciales características frente a las víctimas de desastre (Krystal, 1988). Los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental pueden evitar a esos pacientes o considerarlos con desprecio, resultando en un tratamiento menos que adecuado. Esta contratransferencia puede ser exacerbada por cierto subgrupo de sobrevivientes al trauma, quienes simulan el trastorno por estrés postraumático o quienes se aferran ferozmente a sus síntomas sin el deseo de cambio. Para aquellos pacientes con trastornos de personalidad

preexistentes, un estresor puede representar un nido conveniente para externalizar sus problemas rechazando cualquier responsabilidad por su situación. Si el trastorno por estrés postraumático es asociado con reembolso o indemnización por el gobierno u otra entidad, la resistencia puede intensificarse. Hacerle frente a los efectos devastadores del trauma psíquico bien puede ser tan displacentero que los terapeutas pondrán juntos, de manera conveniente, a las víctimas genuinas con los variados simuladores.

Ningún tratamiento es completamente satisfactorio para el trastorno por estrés postraumático, pero diversos autores (Brom y col., 1989; Gaston, 1995; Lindy y col., 1983) han prestado considerable atención al uso de la terapia dinámica. El trauma masivo compele al yo a alistar las defensas primitivas, por ejemplo, negación, minimización y renegación proyectiva. El sentimiento de rabia por haber sido victimizado es con frecuencia proyectado sobre otros, llevando a algunos sobrevivientes del trauma a volverse hipervigilantes en un esfuerzo por protegerse de la agresión que perciben en aquellos que están a su alrededor. Otros pacientes pueden utilizar el enojo como una defensa contra sentimientos más perturbadores de vulnerabilidad. El litigio es algunas veces buscado como una forma de tratar con ese enojo, sugiriendo un motivo poderoso de venganza como también un deseo de dominar sentimientos de desamparo a través de ganar alguna forma de compensación por el sufrimiento inducido por el trauma. También la culpa puede ser utilizada como una defensa. Las víctimas de violación con frecuencia creen que ellas mismas son responsables por la violación, una postura defensiva que enmascara el pensamiento más perturbador de que son completamente indefensas en un universo donde la violencia surge al azar.

Un estudio bien controlado de terapia psicodinámica breve con sobrevivientes de incendios (Lindy y col., 1983) demostró mejoría significativa en los 30 pacientes que participaron, 19 de los cuales reunían criterios del DSM-III para trastorno por estrés postraumático solo o con depresión comórbida. La terapia en sí misma consistió en 6-12 sesiones de un protocolo práctico que estimulaba la exposición a situaciones temidas.

La mayoría de los investigadores están de acuerdo en que la medicación es más útil como un tratamiento complementario de la psicoterapia (Friedman, 1991; Solomon y col., 1992). Diversas formas de psicoterapia pueden tener diferentes efectos. Brom y col. (1989) compararon pacientes que recibían terapia dinámica, hipnoterapia y desensibilización sistemática. Los tres grupos terapéuticos mostraron mayor mejoría en la puntuación de los síntomas que un grupo control. La terapia dinámica alcanzó mayor reducción en los síntomas de evitación pero tuvo menor impacto sobre los síntomas intrusivos. Los grupos de desensibilización e hipnoterapia mostraron el patrón inverso. Las técnicas conductuales han probado ser efectivas, pero la relajación necesaria para las modalidades conductuales puede ser difícil de alcanzar en los pacientes con trastorno por estrés postraumá-

tico debido a que sus habilidades para autoserenarse están deterioradas (Krystal, 1984).

La psicoterapia individual debe ser altamente personalizada para los pacientes que sufren de trastorno por estrés postraumático. La reconstrucción de experiencias traumáticas con la catarsis emocional acompañante puede ser de ayuda (West y Coburn, 1984), pero una evaluación cuidadosa de las capacidades yoicas del paciente debe preceder a este tipo de trabajo terapéutico. Ciertos pacientes serán abrumados por esa reconstrucción y reaccionarán con deterioro clínico. La integración de experiencias traumáticas escindidas debe ser dosificada de acuerdo con la capacidad particular de cada paciente para dicha integración. El terapeuta puede tener que contener aspectos proyectados del self traumatizado hasta que el paciente esté listo para reintegrarlos (Peebles, 1989). Los clínicos deben estar prevenidos de que las tentativas suicidas y las preocupaciones suicidas pueden ocurrir dentro del trastorno por estrés postraumático. En un estudio de veteranos de Vietnam que padecían el trastorno por estrés postraumático, Hendin y Haas (1991) encontraron que la culpa relacionada con el combate era el predictor más significativo del deseo de matarse. Muchos de estos pacientes sentían que merecían ser castigados debido a que se habían transformado en asesinos.

De acuerdo con estas consideraciones, la psicoterapia dinámica de pacientes con trastorno por estrés postraumático debe hallar un balance entre una postura observadora e imparcial que permita al paciente guardar dentro de sí información angustiante y una postura de amable estímulo para que el paciente reconstruya el cuadro completo del trauma. Integrar el recuerdo del trauma con el sentido continuo de su self puede ser una meta no realista, porque el paciente no debe ser forzado a avanzar a un ritmo que se vuelva abrumador y desorganizante. La construcción de una alianza terapéutica sólida en la cual los pacientes se sientan seguros es crucial para una terapia exitosa. La educación acerca de reacciones comunes al trauma puede facilitar esa alianza. Un reconocimiento empático del derecho de los pacientes a sentirse del modo en que se sienten también puede fomentar la alianza.

Lindy (1996) ha identificado cuatro tipos de transferencia que son comunes en pacientes con trastorno por estrés postraumático: 1) la transferencia sobre el terapeuta de figuras incluidas en el evento traumático, 2) la transferencia sobre la situación terapéutica de recuerdos específicos desmentidos del evento traumático, 3) la transferencia sobre el terapeuta de funciones intrapsíquicas del paciente que han sido distorsionadas como resultado del trauma (con la esperanza de que una función más saludable será restaurada) y 4) la transferencia sobre el terapeuta de un rol omnipotente y sabio desde el cual el terapeuta pueda ayudar al paciente a solucionar lo que ha sucedido y restaurar un sentido de significado personal.

Todas estas transferencias, por supuesto, evocan las contratransferencias correspondientes. El terapeuta, en el intento de rescatar al paciente del trauma horrible que ha experimentado, puede desarrollar fantasías de omnipotencia. De modo alternativo, puede sentirse abrumado, enojado e imposibilitado en respuesta a la aparente resistencia del paciente a desprenderse del trauma. Cuando éste es particularmente tenaz en aferrarse a los recuerdos del trauma, el terapeuta puede volverse indiferente y sin esperanza.

Los objetivos de la psicoterapia con estos pacientes deben ser modestos en la mayoría de los casos: la cura o la completa remoción de los síntomas puede ser demasiado ambicioso. Una ambición más razonable es detener cualquier declinación ulterior, apoyar áreas de funcionamiento adecuado, y restablecer la integridad personal del paciente (Lindy y col., 1984). Si se tiene en cuenta que la remisión natural ocurre dentro de los tres meses en más de la mitad de todos los casos de trastorno por estrés postraumático agudo que siguen a una violación, hay razón para ser optimistas (Davidson y Foa, 1993) y la provisión de apoyo puede ser todo lo que se necesita.

Trastorno por estrés agudo

El trastorno por estrés agudo tiene los mismos criterios de estresores que el trastorno por estrés postraumático, la persona debería haber experimentado un evento que implique la amenaza de muerte o de lesión seria y debería haber respondido a esto con sentimientos intensos de desamparo, horror o temor. Sin embargo, los síntomas resultantes del estresor tendrían que emerger dentro de las cuatro semanas del evento traumático y durar un mínimo de dos días y un máximo de cuatro semanas. En otras palabras, esta categoría tiene en cuenta a los síndromes similares al trastorno por estrés postraumático que pueden aparecer antes que éste último, durar un tiempo más corto, o servir como pródromo a un caso más típico de trastorno por estrés postraumático.

Además del criterio que refleja los síntomas del trastorno por estrés postraumático (como reexperimentar el evento, evitar el estímulo que despierta los recuerdos del trauma y exhibir un aumento de la activación (*arousal*), el diagnóstico de trastorno por estrés agudo también requiere al menos tres de los siguientes síntomas disociativos: amnesia de aspectos importantes del trauma; despersonalización; desrealización; una disminución de la conciencia del ambiente que rodea a uno; o una sensación subjetiva de desapego, entumecimiento y falta de respuesta emocional. El tratamiento para esta condición es fundamentalmente el mismo que para otras formas de trastorno disociativo que se trata en el capítulo 10 bajo el título "Consideraciones generales".

Trastorno de ansiedad generalizada

Los criterios del DSM-IV para el trastorno de ansiedad generalizada han buscado clarificar los límites entre este trastorno y la preocupación normal. La ansiedad debe ser excesiva, difícil de controlar y ocupar la mayor parte del tiempo durante por lo menos un período de seis meses. También debe causar malestar clínicamente significativo o deterioro laboral, social o en otras áreas importantes del funcionamiento del individuo. El diagnóstico requiere que el foco de la ansiedad no deba estar limitado a síntomas de otros trastornos en el Eje I, como la preocupación acerca de tener una crisis de angustia, preocupación por contaminación, temor a avergonzarse en público y muchos más. La ansiedad debe ser lo suficientemente excesiva para que el paciente focalice en un número de actividades o eventos como blancos de la ansiedad. La calidad de vida de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada es afectada materialmente por sus aprensiones continuas acerca de su futuro, sus circunstancias de vida actual, su situación financiera, la posibilidad de daño sobreviniendo a sus familiares, y otros aspectos diversos de la vida. Ellos pueden experimentar tensión física y síntomas leves de descarga simpática, pero nada cercano a los niveles de la crisis de angustia.

El trastorno de ansiedad generalizada continúa siendo controversial. De todos los trastornos de ansiedad, es el que está asociado con el mayor índice de comorbilidad. En un estudio multicéntrico (Goisman y col., 1995), casi el 90% de los pacientes con trastorno de ansiedad generalizada tenían una historia en su vida de por lo menos otro trastorno de ansiedad. Aunque el trastorno de ansiedad generalizada puede representar una vulnerabilidad temperamental en el Eje II, como lo sugieren algunos críticos del DSM-IV, tiene sin embargo un grado bastante alto de validez como constructo (Brown y col., 1994). En cualquier proporción, los clínicos se encuentran comúnmente con pacientes que están crónicamente preocupados, y debido a que muchos de estos pacientes tienen dificultad en el trabajo por su ansiedad excesiva, el tratamiento puede ser de extrema importancia para ellos.

Cuando los clínicos psicodinámicos evalúan a pacientes cuya queja principal es la ansiedad, deben tomar una crítica decisión acerca de cuál tratamiento prescribir - una decisión que es probable de ser influida por los preconceptos teóricos, por fuerzas políticas en la psiquiatría contemporánea, y por preocupaciones acerca del costo-efectividad. Shectman y col. (1989) han captado bastante bien la naturaleza de este dilema:

> ¿Somos nosotros facilitadores del crecimiento, o somos removedores y supresores del malestar psicológico circunscripto? ¿Cuál es, exactamen-

> te, el objeto de nuestros esfuerzos? En su forma más extrema, ¿abordamos el problema (esto es, el síntoma) en un paciente o tratamos con un paciente que tiene un problema? ¿Y quién es el que debe decidir acerca de esas cuestiones? ¿El paciente? ¿Nosotros? ¿O ambos en conjunto? ¿Pero qué si hay una diferencia de opinión acerca de lo que debería o debe ser hecho? (p. 494).

Un recorrido por la literatura puede, por supuesto, proveer información esencial para ayudar con semejantes decisiones. Numerosos estudios demuestran la eficacia de técnicas conductuales, técnicas farmacoterapéuticas e incluso psicoterapia dinámica breve para tratar a los pacientes con ansiedad. Sin embargo, los diseños de grupo en gran escala nada dicen a los clínicos acerca de cómo determinar cuál individuo es probable que se beneficie con cuál tratamiento (Barlow y Beck, 1984).

La ansiedad aparece en respuesta a numerosas situaciones a lo largo de toda la vida. Si los pacientes deben recurrir a la medicación cada vez que están ansiosos debe ser una cuestión de considerable preocupación para los psiquiatras. Uno puede eliminar los componentes fisiológicos de la ansiedad con la medicación sin abordar los aspectos cognitivos de la preocupación que permanece. La siguiente viñeta clínica es ilustrativa:

> La señora O era una estudiante graduada de 23 años que vino a la consulta debido a episodios periódicos de ansiedad intensa. Aproximadamente tres veces por mes comenzaba a preocuparse acerca de la muerte mientras yacía en cama. Típicamente, comenzaba a rumiar de la siguiente manera: "Tengo 23 años ahora; en sólo siete años, tendré 30. Luego tendré 40, y mis niños habrán crecido. Luego seré una abuela y me jubilaré y luego moriré". Estos pensamientos llevaban a la preocupación de que sus padres, quienes estaban vivos y bien, morirían pronto. A medida que estos pensamientos se extendían, la ansiedad que experimentaba se intensificaba hasta el punto en que su corazón se aceleraba y no podía dormir.
>
> Luego de una evaluación diagnóstica, se discutieron diversas intervenciones posibles con ella: prescripción de medicación ansiolítica, exploración psicoterapéutica de las causas de la ansiedad o una combinación de ambas. Respondió con mordacidad que no tenía interés en la medicación. "¿Cómo puede una píldora lograr que mi temor a la muerte desaparezca?" preguntó. Ella dejó claro que deseaba comprender los orígenes de su ansiedad de manera tal que pudiera dominar sus temores.
>
> Se embarcó en el curso de una psicoterapia que condujo a un incremento en el dominio conceptual sobre el afecto perturbador. El terapeuta empatizó con la señora O en lo concerniente a la naturaleza aterradora de la muerte pero también hizo notar que las preocupaciones sobre cómo vivir con frecuencia contribuían a sus temores acerca de la muerte. Él le preguntó qué estaba sucediendo en su vida que podría estar con-

tribuyendo a su ansiedad. Ella inmediatamente respondió que no tenía nada que ver con el hecho de que su esposo había sido posicionado en el extranjero. Sus ojos comenzaron a llenarse de lágrimas, y su terapeuta le alcanzó una caja de papel tisú.

La señora O ignoró la caja de papel tisú y continuó hablando acerca de cómo las personas jóvenes estaban muriendo de SIDA y cáncer. Su terapeuta le preguntó por qué no había tomado un papel tisú cuando se lo ofreció. Ella dijo que pensó que hubiera sido un signo de debilidad. El terapeuta inquirió si siempre había sido dificultoso para ella reconocer que necesitaba ayuda de otras personas. La paciente respondió que durante toda su vida cada uno le había contado sus problemas a ella y nunca pudo reconocer que ella misma tenía problemas y que necesitaba ayuda de otros. Su terapeuta le sugirió que ella podría tener necesidad de presentar una fachada pseudo independiente como un modo de negar su necesidad. Ella reconoció con facilidad que tenía pavor al sentimiento de debilidad asociado con ser vulnerable y necesitada de ayuda. El terapeuta le señaló que la muerte era la situación más extrema de vulnerabilidad y necesidad. Ella respondió, entonces, que lo peor acerca de la muerte, en su mente, sería tener que atravesarla sola.

A medida que la señora O continuaba explorando sus fuentes de ansiedad, reveló una historia de dificultades significativas en la expresión del enojo. Temía que su enojo saliera al exterior como una explosión que alejaría a los otros de ella. Su ansiedad nocturna con frecuencia surgía luego de ver películas violentas. Manifestó que le molestaba en gran medida que otros expresaran su enojo de un modo tan violento y abierto, mientras ella trabajaba diligentemente en controlar el suyo. La posterior exploración psicoterapéutica condujo al descubrimiento de una buena cantidad de enojo hacia su padre que fue incapaz de expresar. Su preocupación inconsciente era que su enojo fuese tan explosivo que destruyera a su padre.

Luego de dos meses de psicoterapia desaparecieron los episodios de ansiedad intensa. La señora O todavía se preocupaba en cierta medida acerca de la muerte, pero había desarrollado un mayor dominio sobre el temor a medida que comprendió las preocupaciones subyacentes acerca del impacto de su enojo y sus temores de ser abandonada y quedar sola. En otras palabras, un más amplio dominio conceptual del afecto le permitió controlar sus síntomas.

El caso de la señora O ilustra el principio honrado por el tiempo de que en la psiquiatría clínica debemos adaptar el tratamiento al paciente. Contrariamente al punto de vista de algunos intermediarios del sistema gerencial, el tratamiento más apropiado para el paciente no es necesariamente el que mejor responde a la ecuación costo-efectividad. Mientras algunos clínicos argumentarían que un agente ansiolítico habría eliminado de manera más rápida y económica el síntoma de la paciente, la señora O estaba pidiendo algo más que el alivio sintomático. Como Barber y Luborsky (1991)

han sostenido, diagnósticos de un específico trastorno de ansiedad requieren diferentes tratamientos en diferentes circunstancias con diferentes pacientes. La psicoterapia psicodinámica puede ser el tratamiento de elección para el paciente que está psicológicamente dispuesto, que está motivado para comprender la matriz de la cual surge el síntoma, y que está deseoso de invertir tiempo, dinero y esfuerzo en un proceso terapéutico. La señora O no pidió medicación y es probable que no la tomara si se la hubieran prescripto.

Los agentes ansiolíticos pueden reducir o remover la ansiedad, pero pueden resultar ser, finalmente, una solución sin salida. El problema más obvio es que la medicación probablemente es efectiva sólo mientras el paciente continúa tomándola. La frecuencia de recaída luego de que los pacientes dejan de tomar benzodiazepinas, por ejemplo, es estimada en unos 63-81% (Rickels y col., 1980, 1986). Las medidas farmacoterapéuticas también fallan en abordar los factores subyacentes que crean la ansiedad.

La medicación puede a veces ser un coadyuvante crucial a corto plazo de las intervenciones psicoterapéuticas para el trastorno de ansiedad generalizada. Sin embargo, no debe ser sobrevendida a los pacientes como un tratamiento definitivo para la ansiedad. Los pacientes necesitan aprender a tolerar la ansiedad como una señal significativa en el curso de la psicoterapia. Aquellos con fortaleza yoica razonablemente buena llegan a ver a la ansiedad como una ventana al inconsciente.

El tratamiento de la ansiedad debe comenzar con una evaluación psicodinámica pensada y minuciosa, con la conceptualización de la ansiedad como una multideterminada "punta del témpano". El clínico debe diagnosticar la naturaleza del temor subyacente del paciente (véase cuadro 9-1). Además, se debe evaluar el rol de la ansiedad en la organización de la personalidad del paciente. ¿Cuál es la capacidad del yo para tolerar la ansiedad y soportar la exploración de los orígenes de la ansiedad? ¿Parecen las constelaciones particulares de relaciones de objeto interno ser evocadoras de la ansiedad? ¿Está la ansiedad conectada con preocupaciones acerca de la disolución del self? La prescripción de las intervenciones psicodinámicas apropiadas depende en parte de la situación clínica del paciente y de sus intereses. Algunos pacientes pueden rápidamente responder bien a comentarios educacionales y clarificadores breves y no requerir ningún tratamiento ulterior. Otros que tienen síntomas altamente focales y cierta fortaleza yoica notable pueden mejorar su ansiedad con terapia dinámica breve. Los pacientes neuróticos con pocas quejas focales y un mayor interés exhaustivo en un cambio fundamental de la personalidad pueden requerir psicoanálisis. Por último, los pacientes con patología seria del carácter que se quejan de ansiedad necesitarán psicoterapia expresiva-de apoyo a largo plazo antes de poder experimentar probablemente algún alivio sintomático.

Cuando la terapia psicodinámica es emprendida en pacientes con trastorno de ansiedad generalizada, el terapeuta necesita ser tolerante acerca

de la focalización del paciente en sus síntomas somáticos y otras preocupaciones que suenan bastante superficiales. Una hipótesis de trabajo con respecto a la función defensiva es que focalizar en estas quejas distrae al paciente de preocupaciones subyacentes más perturbadoras. Este característico patrón defensivo de evitación puede estar relacionado con un vínculo inseguro y conflictivo en la infancia, así como también con traumas tempranos (Crits-Christoph y col., 1995). Luego de escuchar empáticamente las preocupaciones que presenta el paciente, el terapeuta puede comenzar a preguntar acerca de las relaciones familiares, las dificultades interpersonales y la situación laboral del paciente. El terapeuta puede entonces relacionar entre ellas varias situaciones de preocupación de manera tal que patrones de conflictos centrales en las relaciones comienzan a emerger. Como en toda terapia dinámica, algo de la evidencia más persuasiva de estos patrones puede emerger en la relación transferencial. A medida que las fuentes de ansiedad son vinculadas a conflictos recurrentes, el paciente llega a darse cuenta de que la ansiedad puede ser dominada a través de una comprensión de las expectativas inconscientes de fracaso en las relaciones y en el trabajo. Un resultado positivo puede ser también la capacidad de utilizar la ansiedad como una señal de un conflicto recurrente que conduce a la introspección y a la ulterior comprensión.

Bibliografía

Abend SM: Psychoanalytic psychotherapy, in Handbook of Phobia Therapy Rapid Sy nptom Relief in Anxiety Disorders. Edited by Lindemann C. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1989

Arnerican Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association 1994

Appelbaum SA: The Anatomy of Change: A Menninger Report on Testing the Effects of Psychotherapy. New York, Plenum, 1977

Baer L, Jenike MA: Introduction, in Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management. Edited by Jenike MA, Baer L, Minichiello WE. Littleton, MA, PSG Pub Co, 1986

Barber JP, Luborsky L: A psychodynamic view of simple phobia and prescriptive matching: a commentary. Psychotherapy 28:469-472, 1991

Barlow DH, Beck JG: The psychosocial treatment of anxiety disorders: current status, future directions, in Psychotherapy Research: Where Are We and Where Should We Go? Edited by Williams JBW, Spitzer RL. New York, Guilford, 1984, pp 29-69

Black A: The natural history of obsessional neurosis, in Obsessional States. Edited by Beech HR. London, Methuen, 1974, pp 19-54

Breslau N, Davis GC, Andreski P, et al: Traumatic events and posttraumatic stress disorder in an urban population of young adults. Arch Gen Psychiatry 48:216-222, 1991

Breslau N, Kessler RC, Chilcoat HD, et al: Trauma and posttraumatic stress disorder in the community: the 1996 Detroit Area Survey of Trauma. Arch Gen Psychiatry 55:626632, 1998

Brom D, Kleber RJ, Defares PB: Brief psychotherapy for posttraumatic stress disorders. J Consult Clin Psychol 57:607-612, 1989

Brown TA, Barlow DH, Liebowitz MR: The empirical basis of generalized anxiety disorder. Am J Psychiatry 151:1272-1280, 1994

Busch FN, Cooper AM, Klerman GL, et al: Neurophysiological, cognitive-behavioral, and psychoanalytic approaches to panic disorder: toward an integration. Psychoanalytic Inquiry 11:316-332, 1991

Busch FN, Shear MK, Cooper AM, et al: An empirical study of defense mechanisms in panic disorder. J Nerv Ment Dis 183:299-303, 1995

Buttolph ML, Holland AD: Obsessive-compulsive disorders in pregnanq and childbirth, in Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management, 2nd Edition. Edited by Jenike MA, Baer L, Minichiello WE. Chicago, IL, Year Book Medical, 1990, pp 89-95

Calvocoressi L, Lewis B, Harris M, et al.: Family accommodation in obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 152:441-443, 1995

Clomipramine Collaborative Study Group: Clomipramine in the treatment of patients with obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 48:730-738, 1991

Cooper AM: Will neurobiology influence psychoanalysis? Am J Psychiatry 142:1395-1402, 1985

Cornfield RB, Malen RL: A multidimensional view of the obsessive character. Compr Psychiatry 19:73-78, 1978

Crits-Christoph P, Crits-Christoph K, Wolf-Palacio D, et al.: Brief supportive-expressive psychodynamic therapy for general anxiety disorder, in Dynamic Therapies for Psychiatric Disorders (Axis I). Edited by Barber JP, Crits-Christoph P. New York, Basic Books, 1995, pp 43-83

Davidson JRT, Foa EB (eds): Epilogue, in Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV

and Beyond. Washington, DC, American lsychiatric Press, 1993, pp 229-235

EUcins R, Rapoport JL, Lipsky A: Obsessive-compulsive disorder of childhood and adolescence: a neurobiological viewpoint. Journal of the American Academy of Child Psychiatry 19:511-524, 1980

Faravelli C, PaUanti S: Recent life events and panic disorder. Am J Psychiatry 146:622-626, 1989

Freud S: On the grounds for detaching a particular syndrome from neurasthenia under the description "anxiety neurosis" (1895), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 3. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1962, pp 85-117

Freud S: Inhibitions, symptoms and anxiety (1926), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 20. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1959, pp 75-175

Friedman MJ: Biological approaches to the diagnosis and treatment of post-traumatic stress disorder. J Trauma Stress 4(1):67-91, 1991

Gabbard GO: Psychodynamics of panic disorder and social phobia. Bull Menninger Clin 56 (2,suppl A):A3-A13, 1992

Gabbard GO, Nemiah JC: Multiple determinants of anxiety in a patient with borderline personality disorder. Bull Menninger Clin 49:161-172, 1985

Gaston L: Dynamic therapy for post-traumatic stress disorder, in Dynamic Therapies fol Psychiatric Disorders (Axis I). Edited by Barber JP, Crits-Christoph P. New York, Basic Books, 1995, pp 161-192

Goisman RM, Goldenberg I, Vasile RG, et al: Comorbidity of anxiety disorders in a multicenter anxiety study. Compr Psychiatry 36:303-311, 1995

Greist JH, Jefferson JW: Obsessive-compulsive disorder, in Treatments of Psychiatric Disorders, 2nd Edition, Vol 2. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, pp 1477-1498

Griffin MG, Resick PA, Mechanic MB: Objective assessment of peritraumatic dissociation: psychophysiological indicators. Am J Psychiatry 154:1081-1088, 1997

Hendin H, Haas AP: Suicide and guilt as manifestations of PTSD in Vietnam combat veterans. Am J Psychiatry 148:586-591, 1991

Herman JL: Complex PTSD: a syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma J Trauma Stress 5:377-391, 1992

Hollander E, Schiffman E, Cohen B, et al: Signs of central nervous system dysfunction ir obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 47:27-32, 1990

Horowitz MJ: Stress Response Syndromes. New York, Jason Aronson, 1976

Jenike MA, Baer L, Minichiello WE (eds): Obsessive-Compulsive Disorders: Theory and Management. Littleton, MA, PSG Pub Co, 1986

Jenike MA, Breiter HC, Baer L, et al: Cerebral structural abnormalities in obsessivecompulsive disorder: a quantitative morphometric magnetic resonance imaging study. Arch Gen Psychiatry 53:625-632, 1996

Kagan J, Reznick JS, Snidman N: Biological bases of childhood shyness. Science 240: 167-171, 1988

Karno M, Golding JM, Sorenson SB: The epidemiology of obsessive five U.S. communities. Arch Gen Psychiatry 45: 1094-1099, 1988

Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, et al: Childhood parental loss and adult psychopathology in women: a twin study perspective. Arch Gen Psychiatry 49:109-116, 1992a

Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, et al: The genetic epidemiology of phobias in women: the interrelationship of agoraphobia, social phobia, situational phobia, and simple phobia. Arch Gen Psychiatry 49:273-281, 1992b

Kessler RC, Sonnega A, Bromet E, et al: Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 52: 1048-1060, 1995

Kilpatrick DG, Resnick HS: Appendix III: a description of the posttraumatic stress disorder field trial, in Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond. Edited by Davidson JRT, Foa EB. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993, pp 243-250

Krystal H (ed): Massive Psychic Trauma. New York, International Universities Press, 1968 Krystal H: Psychoanalytic views on human emotional damages, in Post-Traumatic Stress Disorder: Psychological and Biological Sequelae. Edited by van der Kolk BA. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1984, pp 1-28

Krystal H: Integration and Self-Healing: Affed Trauma, Alexithymia. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1988

Lesch KP, Bengel D, Heils A, et al: Association of anxiety-related traits with a polymorphism in the serotonin transporter gene regulatory region. Science 274:1527-1531, 1996

Lieberman J: Evidence for a biological hypothesis of obsessive-compulsive disorder. Neuropsychobiology 11:14-21, 1984

Lindy JD: Psychoanalytic psychotherapy of posttraumatic stress disorder: the nature of the therapeutic relationship, in Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body, and Society. Edited by van der Kolk BA, McFarlane AC, Weisaeth L. New York, Guilford, 1996, pp 525-536

Lindy JD, Green BL, Grace MC, et al: Psychotherapy with survivors of the Beverly Hills Supper Club fire. Am J Psychother 37:593-610, 1983

Lindy JD, Grace MC, Green BL: Building a conceptual bridge between civilian trauma and war trauma: preliminary psychological findings from a clinical sample of Vietnam veterans, in Post-Traumatic Stress Disorder: Psychological and

Biological Sequelae. Edited by van der Kolk BA. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1984, pp 43-57

Manassis K, Bradley S, Goldberg S, et al: Attachmént in mothers with anxiety disorders and their children. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 33:1106-1113, 1994

March JS: What constitutes a stressor? the Ucriterion A" issue, in Posttraumatic Stress Disorder: DSM-IV and Beyond. Edited by Davidson JRT, Foa EB. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1993, pp 37-54

McNally RJ, Shin LM: Association of intelligence with severity of posttraumatic stress disorder symptoms in Vietnam combat veterans. Am J Psychiatry 152:936-938, 1995

Milrod B: Unconscious pregnancy fantasies as an underlying dynamism in panic disorder. J Am Psychoanal Assoc 46:673-790, 1998

Milrod B, Shear MK: Psychodynamic treatment of panic: three case histories. Hospital and Community Psychiatry 42:311-312, 1991

Milrod BL, Busch FN, Cooper AM, et al: Manual of Panic-Focused Psychodynamic Psychotherapy. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997

Nemiah JC: A psychoanalytic view of phobias. Am J Psychoanal 41:115-120, 1981

Nemiah JC: The psychodynamic view of anxiety, in Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. Edited by Pasnau RO. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1984, pp 115-137

Nemiah JC: Psychoneurotic disorders, in The New Harvard Guide to Psychiatry. Edited by Nicholi AM Jr. Cambridge, MA, Belknap Press of Harvard University Press, 1988, pp 234-258

Neziroglu F, Anemone R, Yaryura-Tobias JA: Onset of obsessive-compulsive disorder in pregnanq. Am J Psychiatry 149:947-950, 1992

Peebles MJ: Posttraumatic stress disorder: a historical perspective on diagnosis and treatment. Bull Menninger Clin 53:274-286, 1989

Perry S, Difede J, Musngi G, et al: Predictors of posttraumatic stress disorder after burn injury. Am J Psychiatry 149:931-935, 1992

Perse T: Obsessive-compulsive disorder: a treatment review. J Clin Psychiatry 49:48-55, 1988

Pollard CA, Henderson JG: Four types of social phobia in a community sample. J Nerv Ment Dis 176:440-445, 1988

Purcell R, Maruff P, Kyrios M, et al: Neuropsychological deficits in obsessive-compulsive disorder: a comparison with unipolar depression, panic disorder, and normal controls. Arch Gen Psychiatry 55:415-423, 1998

Regier DA, Boyd JH, Burke JD, et al: One-month prevalence of mental disorders in the United States. Arch Gen Psychiatry 45:977-986, 1988

Reich JH: DSM-III personality disorders and the outcome of treated panic disorder. Am J Psychiatry 145: 1149- 1152, 1988

Rickels K, Case WG, Diamond L: Relapse after short-term drug therapy in neurotic outpatients. International Pharmacopsychiatry 15:186-192, 1980

Rickels K, Case WG, Downing RW, et al: One-year follow-up of anxious patients treated with diazepam. J Clin Psychopharmacol 6:32-36, 1986

Rosenbaum JF, Biederman J, Bolduc EA, et al: Comorbidity of parental anxiety disorders as risk for childhood-onset anxiety in inhibited children. Am J Psychiatry 149:475-481, 1992

Roy-Byrne PP, Geraci M, Uhde TW: Life events of the onset of panic disorder. Am J Psychiatry 143:1424-1427, 1986

Schneier FR, Johnson J, Hornig CD, et al: Social phobia: comorbidity and morbidity in an epidemiological sample. Arch Gen Psychiatry 49:282-288, 1992

Shear MK: Factors in the etiology and pathogenesis of panic disorder: revisiting the attachment-separation paradigm. Am J Psychiatry 153 (suppl):125-136, 1996

Shear MK, Fyer AJ, Ball G, et al: Vulnerability to sodium lactate in panic disorder patients given cognitive-behavioral therapy. Am J Psychiatry 148:795-797, 1991

Shectman F, Ross JL, Simpson W: Controversial issues in psychodynamic and symptomfocused treatment. Bull Menninger Clin 53:493-500, 1989

Siegal RS, Rosen IC: Character style and anxiety tolerance: a study of intrapsychic change, in Research in Psychotherapy, Vol 2. Edited by Strupp H, Luborsky L. Baltimore, MD, French-Bray Printing Co, 1962, pp 206-217

Sifneos PE: Short-Term Psychotherapy and Emotional Crisis. Cambridge, MA, Hanrard University Press, 1972

Sifmeos PE: The prevalence of "alexithymic" characteristics in psychosomatic patients. Psychother Psychosom 22:257-262, 1973

Solomon SD, Gerrity ET, Muff AM: Efficaq of treatment of posttraumatic stress disorder: an empirical review. JAMA 268:633-638, 1992

Stein MB, Walker JR, Anderson G, et al: Childhood physical and sexual abuse in patients with anxiety disorders and in a community sample. Am J Psychiatry 153:275-277,1996

Tumer SM, Beidel DC, Nathan RS: Biological factors in obsessive-compulsive disorder. Psychol Bull 97:430-450, 1985

Ursano RJ: Posttraumatic stress disorder: the stressor criterion (commentary). J Nerv Ment Dis 175:273-275, 1987

West LJ, Coburn K: Posttraumatic anxiety, in Diagnosis and Treatment of Anxiety Disorders. Edited by Pasnau RO. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1984, pp 79-133

White K, Cole JO: Is there a drug treatment for obsessive-compulsive disorder? (forum). Harvard Medical School Mental Health Letter 5(3):8, 1988

Wiborg IM, Dahl AA: Does brief dynamic psychotherapy reduce the relapse rate of panic disorder? Arch Gen Psychiatry 53:689-694, 1996

Zetin M, Kramer MA: Obsessive-compulsive disorder. Hospital and Community Psychiatry43:689-699, 1992

Zetzel ER: The Capacit,v for Emotional Growth. 1970

Zitrin CM, Klein DF, Woerner MG: Behavior therapy, supportive psychotherapy, imipramine, and phobias. Arch Gen Psychiatr 35:307-316, 1978

CAPÍTULO

10

Trastornos disociativos

En los comienzos de la psiquiatría dinámica, dos hombres, Janet y Freud, estaban asombrados por la variedad de fenómenos histéricos que observaban. Para explicar estados de conciencia alterados como la amnesia y la fuga, Janet postuló que los recuerdos del trauma persisten como ideas fijas relativamente no asimiladas que sirven como foco para el desarrollo de esos estados. Sugirió que en circunstancias específicas, las energías nerviosas que mantienen juntas las funciones mentales podrían ser disminuidas lo suficiente como para que ciertas funciones escapen al control central, un proceso que denominó disociación.

Freud, por otro lado, postuló el concepto de represión, un confinamiento activo de ciertos contenidos mentales desde la conciencia hacia el dominio del inconsciente dinámico. Mientras que estos sentimientos inaceptables permanecían fuera de la conciencia, continuaban siendo activos en la mente inconsciente y podían re-emerger en la forma de síntomas. Pero Freud y Janet empezaron a andar por caminos diferentes. Freud postuló que los fenómenos histéricos resultaban de los procesos mentales activos, mientras que Janet argumentó a favor del rol de procesos mentales pasivos (Nemiah, 1989).

En los últimos años, el interés psiquiátrico en la disociación ha crecido conjuntamente con el interés en el trastorno por estrés postraumático y las respuestas al trauma en general. Tradicionalmente, el pensamiento psicoanalítico se focalizó en las necesidades inconscientes, deseos y pulsiones relacionadas con las defensas contra éstos. El rol de la fantasía inconsciente era mayor que el del trauma externo. Los trastornos disociativos y el trastorno por estrés postraumático han nivelado el campo de juego de manera tal que los clínicos psicodinámicos contemporáneos ahora le dan la misma importancia a las influencias patogénicas de los eventos reales.

patológicas de disociación son identificadas por perturbaciones en las funciones integrativas normales de la memoria, [illegible] conciencia (Putnam, 1991). El DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) incluye las siguientes entidades diagnósticas dentro de la categoría de los trastornos disociativos: trastorno de identidad disociativo (trastorno de personalidad múltiple), trastorno de despersonalización, trastorno disociativo no especificado, amnesia disociativa y fuga disociativa (estos dos últimos trastornos han sido cambiados, y reemplazan a la amnesia psicógena y la fuga psicógena).

Consideraciones generales

Antes de ahondar en los trastornos disociativos específicos, son necesarias algunas consideraciones generales acerca del fenómeno de la disociación para proveer un marco contextual para la comprensión de los trastornos disociativos individuales. Durante muchos años se ha observado el lazo entre hipnotizabilidad y disociación y ha sido bien documentado que las pacientes histéricas que manifiestan síntomas disociativos son también altamente hipnotizables (Bliss, 1980; Spiegel, 1984; Spiegel y Fink, 1979; Steingard y Frankel, 1985). Sin embargo, hay en la actualidad opiniones encontradas acerca de la relación conceptual entre hipnosis y disociación (Bremner y Marmar, 1998). Frankel (1990) sugirió que disociación e hipnotizabilidad son fenómenos estrechamente relacionados, pero diferentes, y que resultan difíciles de distinguir en grupos que poseen ambas capacidades de modo relevante. Muchos síntomas típicos de los trastornos disociativos pueden ser evocados con hipnosis en ciertos sujetos que son altamente hipnotizables (Putnam, 1991). Aunque algunos expertos ven la idea del trance hipnótico como una metáfora de los estados disociativos, Spiegel (1990) consideró que la hipnosis era una "disociación controlada que se produce en un marco estructurado" (p. 247). La hipnosis y los estados graves de disociación tienen en común la característica de absorción completa de ciertos aspectos de la experiencia combinada con la total falta de conciencia respecto de otros aspectos.

En esencia, la disociación representa una falla para integrar aspectos de la percepción, memoria, identidad y conciencia. Instancias menores de disociación, como "hipnosis de autopista", sentimientos transitorios de extrañeza, o de "distanciamiento espacial", son fenómenos comunes en la población general. La gran evidencia empírica sugiere que la disociación ocurre especialmente como una defensa contra el trauma. Una gran frecuencia de síntomas disociativos ha sido documentadas cuando se desatan tormentas de fuego (Koopman y col., 1994), terremotos (Cardeña y Spiegel, 1993) y

combates de guerra (Marmar y col., 1994) y en aquellos que han sido testigos de una ejecución (Freinkel y col., 1994). La disociación permite a los individuos retener la ilusión de control psicológico cuando experimentan una sensación de impotencia y de pérdida de control sobre sus cuerpos. Las defensas disociativas cumplen la función dual de ayudar a las víctimas a sustraerse a sí mismas del evento traumático mientras está ocurriendo y a dilatar la necesaria elaboración que ubica al evento en perspectiva con respecto al resto de sus vidas.

El trauma en sí mismo puede ser considerado como una discontinuidad súbita en la experiencia (Spiegel, 1997). La disociación durante el trauma también conduce al proceso de almacenamiento de recuerdos de manera discontinua. Se están acumulando datos que sugieren diferencias fisiológicas entre aquellos que se disocian y aquellos que no. En un estudio de 85 víctimas de violación (Griffin y col., 1997), los individuos que fueron calificados como elevados en la disociación peritraumática manifestaron un patrón de respuesta fisiológica significativamente diferente comparada con aquellos que calificaron bajo en disociación. El grupo alto en disociación mostró supresión de respuestas fisiológicas autonómicas, que es consistente con el fenómeno de entumecimiento típico de los trastornos disociativos. Las víctimas con alto nivel de disociación también eran más proclives a padecer síntomas de trastorno por estrés postraumático, un hallazgo que proveyó ulterior evidencia de un lazo entre la disociación y la patogénesis del trastorno por estrés postraumático, como se señaló en el capítulo 9.

Aproximadamente 25-50% de víctimas de trauma experimentan algún tipo de desapego del trauma, mientras que otras tienen una amnesia parcial o total en el evento (Spiegel, 1991). Estos mecanismos mentales permiten a las víctimas dividir la experiencia en compartimientos de manera tal que no es más accesible a la conciencia; es como si no hubieran sufrido el trauma.

Los estudios de resonancia magnética nuclear en los veteranos de Vietnam han demostrado una reducción del volumen del hipocampo en aquellos que han tenido síndrome por estrés postraumático comparado con aquellos que no lo padecieron (Bremner y col., 1995). El hipocampo es clave en el almacenamiento y la evocación de la memoria, y algunos investigadores han hipotetizado que las dificultades de la memoria asociadas con la disociación están vinculadas al daño en esa región (Spiegel, 1997). Yehuda (1997) ha sugerido que la elevación de la respuesta del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal conduce a un incremento de la sensibilidad en el receptor glucocorticoideo que resulta en atrofia del hipocampo. Si altos niveles de estrés asociados con un evento traumático efectivamente bloquean el hipocampo, entonces la memoria autobiográfica de aquel evento se verá comprometida (Allen y col., 1999; Le Doux, 1996). Una respuesta defensiva común al trauma es el desapego disociativo como una forma de prote-

Las formas patológicas de disociación son identificadas por perturbaciones o alteraciones en las funciones integrativas normales de la memoria, identidad o conciencia (Putnam, 1991). El DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) incluye las siguientes entidades diagnósticas dentro de la categoría de los trastornos disociativos: trastorno de identidad disociativo (trastorno de personalidad múltiple), trastorno de despersonalización, trastorno disociativo no especificado, amnesia disociativa y fuga disociativa (estos dos últimos trastornos han sido cambiados, y reemplazan a la amnesia psicógena y la fuga psicógena).

Consideraciones generales

Antes de ahondar en los trastornos disociativos específicos, son necesarias algunas consideraciones generales acerca del fenómeno de la disociación para proveer un marco contextual para la comprensión de los trastornos disociativos individuales. Durante muchos años se ha observado el lazo entre hipnotizabilidad y disociación y ha sido bien documentado que las pacientes histéricas que manifiestan síntomas disociativos son también altamente hipnotizables (Bliss, 1980; Spiegel, 1984; Spiegel y Fink, 1979; Steingard y Frankel, 1985). Sin embargo, hay en la actualidad opiniones encontradas acerca de la relación conceptual entre hipnosis y disociación (Bremner y Marmar, 1998). Frankel (1990) sugirió que disociación e hipnotizabilidad son fenómenos estrechamente relacionados, pero diferentes, y que resultan difíciles de distinguir en grupos que poseen ambas capacidades de modo relevante. Muchos síntomas típicos de los trastornos disociativos pueden ser evocados con hipnosis en ciertos sujetos que son altamente hipnotizables (Putnam, 1991). Aunque algunos expertos ven la idea del trance hipnótico como una metáfora de los estados disociativos, Spiegel (1990) consideró que la hipnosis era una "disociación controlada que se produce en un marco estructurado" (p. 247). La hipnosis y los estados graves de disociación tienen en común la característica de absorción completa de ciertos aspectos de la experiencia combinada con la total falta de conciencia respecto de otros aspectos.

En esencia, la disociación representa una falla para integrar aspectos de la percepción, memoria, identidad y conciencia. Instancias menores de disociación, como "hipnosis de autopista", sentimientos transitorios de extrañeza, o de "distanciamiento espacial", son fenómenos comunes en la población general. La gran evidencia empírica sugiere que la disociación ocurre especialmente como una defensa contra el trauma. Una gran frecuencia de síntomas disociativos ha sido documentadas cuando se desatan tormentas de fuego (Koopman y col., 1994), terremotos (Cardeña y Spiegel, 1993) y

combates de guerra (Marmar y col., 1994) y en aquellos que han sido testigos de una ejecución (Freinkel y col., 1994). La disociación permite a los individuos retener la ilusión de control psicológico cuando experimentan una sensación de impotencia y de pérdida de control sobre sus cuerpos. Las defensas disociativas cumplen la función dual de ayudar a las víctimas a sustraerse a sí mismas del evento traumático mientras está ocurriendo y a dilatar la necesaria elaboración que ubica al evento en perspectiva con respecto al resto de sus vidas.

El trauma en sí mismo puede ser considerado como una discontinuidad súbita en la experiencia (Spiegel, 1997). La disociación durante el trauma también conduce al proceso de almacenamiento de recuerdos de manera discontinua. Se están acumulando datos que sugieren diferencias fisiológicas entre aquellos que se disocian y aquellos que no. En un estudio de 85 víctimas de violación (Griffin y col., 1997), los individuos que fueron calificados como elevados en la disociación peritraumática manifestaron un patrón de respuesta fisiológica significativamente diferente comparada con aquellos que calificaron bajo en disociación. El grupo alto en disociación mostró supresión de respuestas fisiológicas autonómicas, que es consistente con el fenómeno de entumecimiento típico de los trastornos disociativos. Las víctimas con alto nivel de disociación también eran más proclives a padecer síntomas de trastorno por estrés postraumático, un hallazgo que proveyó ulterior evidencia de un lazo entre la disociación y la patogénesis del trastorno por estrés postraumático, como se señaló en el capítulo 9.

Aproximadamente 25-50% de víctimas de trauma experimentan algún tipo de desapego del trauma, mientras que otras tienen una amnesia parcial o total en el evento (Spiegel, 1991). Estos mecanismos mentales permiten a las víctimas dividir la experiencia en compartimientos de manera tal que no es más accesible a la conciencia; es como si no hubieran sufrido el trauma.

Los estudios de resonancia magnética nuclear en los veteranos de Vietnam han demostrado una reducción del volumen del hipocampo en aquellos que han tenido síndrome por estrés postraumático comparado con aquellos que no lo padecieron (Bremner y col., 1995). El hipocampo es clave en el almacenamiento y la evocación de la memoria, y algunos investigadores han hipotetizado que las dificultades de la memoria asociadas con la disociación están vinculadas al daño en esa región (Spiegel, 1997). Yehuda (1997) ha sugerido que la elevación de la respuesta del eje hipotalámico-hipofisario-suprarrenal conduce a un incremento de la sensibilidad en el receptor glucocorticoideo que resulta en atrofia del hipocampo. Si altos niveles de estrés asociados con un evento traumático efectivamente bloquean el hipocampo, entonces la memoria autobiográfica de aquel evento se verá comprometida (Allen y col., 1999; Le Doux, 1996). Una respuesta defensiva común al trauma es el desapego disociativo como una forma de prote-

gerse de afectos intensos. Allen y col. (1999) han señalado que este desapego estrecha en gran medida el campo de conciencia del individuo, de manera tal que un reconocimiento reducido del contexto puede interferir con el proceso elaborativo de la codificación de la memoria. Sin el pensamiento reflexivo requerido para el almacenamiento, la memoria no es integrada en una narrativa autobiográfica. Estos autores también sugieren que el desapego disociativo puede implicar un problema de desconexión cortical (Krystal y col., 1995) que interfiere con las funciones cognitivas superiores como la producción del lenguaje. Rauch y Shin (1997) han encontrado en la tomografía por emisión de positrones (PET) que el síndrome por estrés postraumático está asociado con hipoactividad en el área de Broca. La combinación de daño hipocámpico e hipoactividad en el área de Broca sugiere una capacidad alterada para hacer frente a los recuerdos con respecto al léxico. De este modo, el fenómeno disociativo puede ser provechoso inicialmente como un mecanismo de defensa pero puede terminar por limitar la capacidad del cerebro para afrontar los recuerdos traumáticos (Spiegel, 1997).

Las correlaciones fisiológicas asociadas con la disociación también elevan la posibilidad de las influencias genéticas sobre la vulnerabilidad a la disociación. En un estudio de 177 monocigotas y 152 dicigotas pares de gemelos voluntarios de la población general (Jang y col., 1998), los sujetos completaron dos mediciones de capacidad disociativa extraídas de La Escala de Experiencias Disociativas (DES), un cuestionario de 28 preguntas autoadministrado con confianza y validez establecida (Putnam, 1991). Los resultados mostraron que las influencias genéticas daban cuenta del 48% y el 55% de la varianza en las escalas que medían experiencias disociativas patológicas y no patológicas respectivamente. Los investigadores concluyeron que factores genéticos comunes subyacen a la capacidad disociativa patológica y no patológica. Por otro lado, un estudio similar en gemelos (Waller y Ross, 1997) no encontró evidencias para la herencia.

El lazo entre disociación y trauma infantil ha sido establecido en un número de estudios. En una investigación (Brodsky y col., 1995), dentro del 50% de los sujetos que tenían puntuaciones en la DES indicando niveles patológicos de disociación, el 60% reportó una historia de abuso físico o sexual infantil. En otro estudio (Mulder y col., 1998) de 1028 individuos seleccionados al azar, 6,3% fueron hallados sufriendo de tres o más síntomas disociativos ocurrentes con frecuencia, y estos individuos tenían un índice cinco veces mayor de abuso físico infantil y un índice de dos veces y medio mayor de abuso sexual infantil. Sin embargo, el modelo de regresión logística mostró que aunque el abuso físico y la enfermedad psiquiátrica actual estaban directamente relacionados con altos índices de síntomas disociativos, la influencia del abuso sexual era indirecta y parecía ser ocasionada por su asociación con la enfermedad psiquiátrica actual y el abuso físico. Los

investigadores concluyeron que el abuso físico infantil estaba directamente relacionado con la disociación, mientras que el abuso sexual infantil tenía una correlación mucho más débil. De este modo, aunque el uso defensivo de la disociación está claramente vinculado con el trauma, los parámetros de esa defensa son complejos y necesitan ulterior investigación.

Trastornos disociativos

Comprensión psicodinámica

La represión y la disociación son mecanismos de defensa y en ámbas, los contenidos de la mente son desterrados de la conciencia. Difieren, sin embargo, en el modo como se manejan los contenidos mentales desechados. En el caso de la represión, se crea una escisión horizontal por la barrera de la represión, y el material es transferido al inconsciente dinámico. Por contraste, una escisión vertical es creada en la disociación de manera tal que los contenidos mentales existen en una serie de conciencias paralelas (Kluft, 1991a). Más aún, el modelo de la represión ha sido invocado con frecuencia más como una respuesta a los deseos prohibidos, como los deseos edípicos por el progenitor del sexo opuesto, que a los eventos externos. De este modo, la disociación puede ser movilizada por el trauma, mientras que la represión es activada por deseos altamente conflictivos (Spiegel, 1990). Sin embargo, una vez movilizada, la disociación puede ser reactivada por deseos y anhelos.

En la mayoría de los casos de disociación, los esquemas desparejos del self, o las representaciones del self, deben ser mantenidos en compartimientos mentales separados por qué se encuentran en conflicto uno con el otro (Horowitz, 1986). Los recuerdos del self traumatizado deben ser disociados porque son inconsistentes con el self cotidiano que aparece en pleno control. Por ejemplo, un encargado de una tienda de artículos variados había disociado un trauma que implicaba una violación anal durante un asalto a mano armada en ese lugar, debido a que su propia imagen como sometido y humillado en esa situación se contradecía con su habitual imagen de sí mismo como el que podía "manejar" todo.

La amnesia disociativa, la fuga disociativa, el trastorno de identidad disociativo, y el trastorno por estrés agudo (clasificado con los trastornos de ansiedad [véase cap. 9]) tienen bases de soporte psicodinámicas en común. La amnesia disociativa implica uno o más episodios de incapacidad para recordar un trauma personal de importancia; la fuga disociativa implica un viaje súbito e inesperado desde el hogar asociado con la incapacidad para

recordar el pasado de uno y la confusión acerca de la identidad personal de uno mismo. El trastorno de identidad disociativo, anteriormente conocido como trastorno de personalidad múltiple, implica la presencia de dos o más identidades o estados de personalidad distintos, cada uno con su patrón de percepción, de modo de relación, y de pensamiento acerca del ambiente y del sí mismo, relativamente permanentes. Al menos dos de estas identidades o estados de personalidad deben tomar control en forma recurrente de la conducta de la persona. El trastorno de identidad disociativo se caracteriza también por una brecha en la recolección de información personal de importancia que es demasiado amplia para que se pueda explicar por el olvido común.

Todos estos trastornos suelen ser mal diagnosticados. En el caso típico del trastorno de identidad disociativo, transcurre un promedio de siete años de tratamiento antes de que se establezca el diagnóstico de trastorno de identidad disociativo (Loewenstein y Ross, 1992; Putman y col., 1986). El diagnóstico es particularmente problemático porque el 80% de los pacientes con trastorno de identidad disociativo tiene sólo ciertas "ventanas para ser diagnosticados" durante las cuales su condición es claramente discernible para los clínicos (Kluft, 1991a). El rigor diagnóstico ha sido mejorado por la DES, que puede ser utilizada con efectividad para identificar a los pacientes de alto riesgo. Sin embargo, un diagnóstico definitivo requiere el uso de una entrevista estructurada como la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos Disociativos (SCID-D) (Steinberg y col., 1991).

La amnesia disociativa puede ser el trastorno más común de disociación (Coons, 1998) pero el diagnóstico es con frecuencia complicado por el hecho de que casi todos los pacientes con esta condición tienen diagnósticos psiquiátricos adicionales. Más aún, aunque se les pregunte específicamente, muchos pacientes no reportan períodos de amnesia debido a la naturaleza misma de los episodios amnésicos. Pueden sentir que todos experimentan brechas en la memoria, de manera tal que los períodos de pérdida no son asombrosos o de valor para ser reportados al clínico.

Allen y col. (1999) enfatizan la necesidad de distinguir entre las fallas reversibles de la memoria asociadas con el trastorno de identidad disociativo y la amnesia disociativa; y la discontinuidad irreversible de la memoria (durante la cual los recuerdos autobiográficos no han sido codificados y entonces no son pasibles de ser evocados) asociado con el desapego disociativo. Hay un riesgo de sobrediagnosticar el trastorno de identidad disociativo si todas las brechas de la memoria son asumidas como atribuibles a la amnesia disociativa, que supone los recuerdos recuperables.

Los casos sensacionalistas de trastornos de identidad disociativo difundidos por los medios de comunicación no reflejan el hecho de que la mayor parte de los pacientes con estos trastornos son reservados y prefieren ocultar sus síntomas. Los estados del self disociados separados, o "alters", son primero desarrollados en forma adaptativa en un intento por parte del ni-

ño abusado a distanciarse de la experiencia traumática. Los "alters" pronto ganan formas secundarias de autonomía, y un paciente puede sostener una idea cuasi delirante en su separación. La personalidad del paciente realmente consiste en la suma total de todas las personalidades, por supuesto, y Putnam (1989) clarificó que los "alters" son estados de conciencia muy distintos que están organizados alrededor de un afecto prevalente, una sensación de imagen del self y del cuerpo, un repertorio limitado de conductas, y un conjunto de recuerdos dependientes de cada estado. La vieja designación de trastorno de personalidad múltiple era confusa, porque el problema fundamental en el trastorno no es el estado de tener *más* de una personalidad sino más bien el tener *menos* de una personalidad (Spiegel y Li, 1997).

El rol preciso del trauma infantil en la etiología y patogénesis del trastorno de identidad disociativo está cargado de controversia. La mayoría de los expertos acuerdan que el trauma en sí mismo no es suficiente para causar el trastorno de identidad disociativo. Kluft (1984) propuso una teoría de la etiología basada en cuatro factores: 1) debe estar presente la capacidad para disociarse defensivamente contra el trauma; 2) las experiencias de vida traumáticamente sobrecogedoras, como el abuso físico y sexual, exceden las capacidades adaptativas y operaciones defensivas usuales del niño; 3) las formas precisas adoptadas por las defensas disociativas en el proceso de la formación del "alter" son determinadas por las influencias modeladoras y los sustratos disponibles; y 4) si el contacto calmante y reparatorio con los cuidadores u otras personas significativas no está disponible, el niño experimenta una profunda adecuación de la barrera contra los estímulos.

Otra implicancia clara del modelo etiológico de los cuatro factores es que el trauma es necesario pero no suficiente para causar un trastorno de identidad disociativo. Con el riesgo de plantear lo obvio, no todos los niños abusados desarrollan un trastorno de identidad disociativo. El pensamiento psicodinámico tiene una contribución significativa para hacer al profundizar nuestra comprensión de los factores que conducen al síndrome completo. Los conceptos de conflicto intrapsíquico y déficit son relevantes en el trastorno de identidad disociativo, como lo son en otras condiciones (Marmer, 1991). La experiencia traumática puede conducir a una variedad de conflictos alrededor de cuestiones como la culpa por el despertar sexual o la culpa por la connivencia con los abusadores. El cuarto factor de Kluft, la falta de cuidadores calmantes a quien ese niño puede retornar, es una contribución mayor para el déficit en el trastorno de identidad disociativo. En su amplio estudio del trauma en primates y humanos, van der Kolk (1987) concluyó que la disponibilidad de un cuidador calmante en quien poder confiar en forma incondicional, cuando las capacidades autocalmantes son deficientes es obviamente el principal factor para sobreponerse del impacto del trauma psicológico. Marmer (1991) sugirió que, en ausencia de adultos criadores, los niños que finalmente desarrollan tras-

torno de identidad disociativo deben usarse a sí mismos (o a sus "alters") como objetos transicionales.

Ganaway (1989) desarrolló el tercer factor de Kluft, con respecto a la formación de defensas disociativas, al focalizar en cómo los rasgos caracterológicos y aspectos específicos de la memoria y cognición convergen en individuos altamente hipnotizables. Más aún, la disociación puede ocurrir en ausencia del trauma en los individuos que son muy proclives a la fantasía y sugestionables (Brenneis, 1996; Target, 1998). De este modo, la presencia de la disociación no puede, en y por sí misma, confirmar una historia de trauma infantil temprano. Aunque el abuso sexual, específicamente el incesto, es reportado con frecuencia por los pacientes con trastorno de identidad disociativo, es claro que sólo cerca del 20% de los pacientes con abuso sexual infantil presentan psicopatología adulta seria (Browne y Finkelhor, 1986).

Nash y col. (1993) destacaron que los estudios retrospectivos de mujeres que reportan abuso infantil no pueden establecer definitivamente una relación causa-efecto entre el trauma y los síntomas psicológicos en adultez. En su análisis de estudios orientados a determinar los efectos deletéreos del abuso, estos investigadores concluyeron que gran parte de la psicopatología adulta vista en las víctimas de abuso sexual infantil está relacionada por lo general con un ambiente familiar patogénico. Ellos enfatizaron, sin embargo, que el abuso sexual infantil en y por sí mismo deja al niño vulnerable a experimentar su cuerpo y su sensación de sí mismo como dañado e inadecuado. Aunque Nash y col. no argumentaron que la victimización sexual era irrelevante en ausencia de perturbaciones familiares, ellos sí notaron que tomaron "una postura muy escéptica con respecto al mérito relativo de teorías traumagénicas de psicopatología, que atribuyen los impactos agudos y especialmente a largo plazo del trauma a eventos aislados y definidos objetivamente sin tomar en consideración los mediadores cognitivos y sociales en la vida de los sobrevivientes" (Nash y col., 1998, p. 570).

La teoría del apego tiene mucho para ofrecer en cuanto a una comprensión más profunda del impacto particular del abuso sexual infantil. En un estudio de 92 mujeres adultas sobrevivientes al incesto (Alexander y col., 1998), el estilo de apego y la gravedad del abuso parecían contribuir significativamente a la predicción del malestar y de los síntomas postraumáticos, como también a los trastornos de la personalidad. La gravedad del abuso no estuvo significativamente relacionada con el apego adulto. En esta muestra, el apego seguro era más alto en las mujeres que habían sido abusadas por una figura paterna que entre mujeres que habían sido abusadas por otra persona diferente de la figura paterna. Sólo los pensamientos intrusivos del abuso y la evitación de los recuerdos del abuso, clásicos síntomas del síndrome por estrés postraumático, podían ser únicamente explicados por la gravedad del abuso. Los investigadores concluyeron que la experiencia es-

pecífica de abuso y el contexto de relación parecían tener efectos distintos sobre el funcionamiento a largo plazo en los sobrevivientes de incesto. Algunos de los efectos más devastadores y permanentes del incesto parecían estar relacionados con el contexto familiar y el significado que el paciente atribuía por sobre todo a las relaciones íntimas.

El apego del niño es influido casi por completo por la relación con los padres y es relativamente independiente de la influencia genética (Fonagy y col., 1991a, 1991b). Los modelos mentales de apego de padres expectantes predicen los subsecuentes patrones de apego entre el infante y la madre y entre el infante y el padre. Cada progenitor tiene un modelo interno de funcionamiento de relaciones que parece determinar esa propensión parental a engendrar vínculos seguros –como opuesto a inseguros– en sus niños. Más aún, la capacidad de la madre de captar el estado mental de otro ser humano parece ser un predictor de la relación evolutiva entre el infante y el progenitor. Los padres que pueden usar constructos tales como las representaciones internas de relaciones de apego tienen tres o cuatro veces más probabilidad de tener niños seguros que aquellos padres cuya capacidad reflexiva es pobre.

Esta investigación sobre el trauma y el apego puede ayudarnos a entender alguna de las dificultades enfrentadas por pacientes gravemente traumatizados como resultado de su reducida habilidad para pensar reflexivamente acerca de sí mismos y acerca de experiencias de relación. Estos pacientes evitan la perspectiva intolerable de concebir el estado mental de sus atormentadores mediante el cierre defensivo de la reflexión acerca de esos sentimientos y pensamientos (Fonagy, 1998). Ellos evitan pensar acerca del pensar. Sin embargo, la investigación sobre apego sugiere la posibilidad alentadora de que los niños abusados que pueden establecer *mentalización*, o la capacidad de comprender la naturaleza representacional del pensamiento de uno y otros, generalmente a través de la asistencia de un cuidador adulto, puede prevenir el desarrollo de una psicopatología grave. El terapeuta debe aclararle al paciente que la recuperación de los recuerdos traumáticos no es el objetivo de la psicoterapia. La disfunción de la memoria típica de los pacientes con trastornos disociativos realmente los hace sujetos menos que ideales para la terapia que apunta a la recuperación de los recuerdos. Un objetivo más razonable es ayudarlos a recuperar las funciones mentales normales, en particular la capacidad de reflexionar y mentalizar, de manera tal que puedan desarrollar una representación más coherente de sí mismos y de otros. En el contexto de una fuerte relación de apego al terapeuta, el paciente traumatizado puede beneficiarse de la capacidad del terapeuta de reflexionar sobre lo que está ocurriendo entre ellos. Por último, los pacientes pueden internalizar el proceso reflexivo del terapeuta y volverse capaces de traer aspectos disociados de sí mismos hacia la conciencia de modo tal que experimenten un mayor sentido de continuidad. La in-

tegración de los "alters" puede ser posible sólo para algunos pacientes con trastorno de identidad disociativo.

Las conductas autodestructivas en los pacientes con trastorno de identidad disociativo claman por una explicación psicodinámica. La revictimización es un patrón de comportamiento que los pacientes con trastorno de identidad disociativo comparten con otras víctimas de incesto y abuso infantil (Browne y Finkelhor, 1986; van der Kolk, 1989). La violación, la prostitución y la explotación sexual por parte de los terapeutas, ocurren en mayores índices con las víctimas de incesto que con otros pacientes. Existen algunas diferencias de género en este patrón de recreación de la victimización. Los hombres y niños abusados tienden a identificarse con sus agresores y, luego, a victimizar a otros cuando son adultos, mientras que las mujeres que fueron abusadas se vuelven apegadas a hombres abusivos y permiten que sus hijos y ellas mismas sean ulteriormente victimizadas (Carmen y col., 1984).

Con frecuencia, los niños que crecen en familias cuyos padres los abusan no tienen cuidadores calmantes a quienes pueden recurrir para mitigar el trauma. En ausencia de tales personas, las víctimas vuelven a sus atormentadores (van der Kolk, 1989), y este patrón de relaciones de objeto persiste en la adultez cuando eligen compañeros parecidos a sus victimarios. Los niños abusados terminan por creer que un padre abusivo es mejor que no tener ningún padre. La predicción de esas relaciones los ayuda a defenderse contra la amenaza del abandono: "Es preferible malo conocido que bueno por conocer". La repetición de relaciones traumáticas es también un ejemplo de un intento de dominar activamente un trauma experimentado pasivamente. Las víctimas buscan tener mayor control sobre lo que ha estado fuera de su control cuando eran niños.

Las dimensiones intergeneracionales del abuso sexual son bien conocidas (Carmen y col., 1984; Gelinas, 1986; van der Kolk, 1989). Los padres que abusan de sus hijos tienden a ser víctimas de abuso ellos mismos. En muchos casos estos padres están muy enojados porque les quitaron su inocencia a tan temprana edad. Pueden experimentar una profunda envidia de la inocencia de sus propios niños y, entonces, a través del abuso atacan envidiosamente y arruinan lo mismo que les quitaron a ellos (Grostein, 1992).

Cuando los pacientes con trastorno de identidad disociativo recuerdan su abuso sexual infantil, a menudo se culpan por los eventos que les ocurrieron. Es común que se digan "mujerzuelas" o "putas" como si hubieran merecido lo que recibieron. En la infancia solían creer que recibieron ese castigo porque eran niños malos que se portaban mal. Aunque, en cierta medida, esta vergüenza y culpa pueden ser explicadas por identificaciones introyectivas con progenitores "malos", el autorreproche también puede ser entendido como un intento desesperado de darle sentido a una situación horrorosa. Al conservar alguna capacidad de mentalizar, pueden construir un

sentido de la situación convencidos de que sus progenitores son básicamente buenas personas y que en "el fondo" los quieren. Creen que sus padres los tratan así porque son malos y lo merecen. Cuando los clínicos tratan de convencer a estos pacientes de que lo que ocurrió no fue culpa de ellos, suelen sentir que no se los comprende. Puede haber un aspecto adaptativo en esta postura en las víctimas de abuso, porque el locus de control es percibido como interno más que externo, y, como resultado, hay una disminución en la sensación de desamparo (van der Kolk, 1989).

Hay una tendencia general dentro de la literatura de los trastornos de identidad disociativos a destacar las formas en que la disociación es diferente de la escisión. Young (1988) notó que los "alters" no tienden a estar polarizados alrededor de estados contradictorios del yo , sino más bien tienen muchas características de superposición. Marmer (1991) argumentó que mientras que en el trastorno de identidad disociativo el self está escindido más que los objetos, lo contrario es cierto en el trastorno límite de la personalidad. Kluft (1991b) señaló que la disociación difiere de la escisión en tres formas: primero, está asociada con un proceso de viraje psicobiológico; segundo, los diferentes estados resultantes tienen características psicofisiológicas muy distintas; y por último, en contraste con la escisión, por lo habitual se construyen barreras amnésicas entre los "alters". Davies y Frawley (1992) distinguieron a la disociación de la escisión sobre la base de que la primera implica un clivaje de los estados del yo, mientras que la última comprende una división entre el objeto bueno y el objeto malo, un señalamiento también hecho por Kluft (1991c).

Un examen cuidadoso de los mecanismos de disociación y escisión sugiere que ambos tienen similitudes y diferencias (P. Lerner, "Some Thoughts on Dissociation" [manuscrito no publicado], 1992). Ambas están caracterizadas por la activa separación y división en compartimientos de los contenidos mentales. Ambas son utilizadas en forma defensiva para alejar experiencias y afectos displacenteros. Ambas son disruptivas para la formación de un sentido suave y continuo de sí mismo. Por otro lado, difieren en los términos en los cuales las funciones del yo son perturbadas. Kernberg (1975) aclaró que el control de los impulsos y la tolerancia de la ansiedad y la frustración están específicamente perturbadas en la escisión. Por contraste, en la disociación, la memoria y la conciencia son afectadas. Finalmente, la disociación es un mecanismo más amplio que la escisión; en la disociación hay una variedad de divisiones, y no sólo la separación en extremos polarizados de valencias afectivas.

La literatura en el trastorno de identidad disociativo se ha focalizado casi exclusivamente en las divisiones en el self y se ocupó poco de la correspondiente división de los objetos enlazada con las representaciones del self. Fairbairn (1940/1952, 1944/1952) fue el primero en destacar que el niño internaliza no sólo un objeto sino una *relación de objeto*. Davies y Frawley

(1992) puntualizaron esta dimensión cuando comentaron que la disociación es no sólo una defensa sino también un proceso que protege y preserva en forma escindida el completo mundo interno de objetos del niño. Citando el pensamiento de Fairbairn, Grotstein (1992) llegó a conclusiones similares: "Todos los clivajes mentales están basados finalmente en las divisiones de las percepciones y de las experiencias con respecto a los objetos y los selfs relacionados con cada uno de ellos. De este modo, la disociación que tipifica el trastorno de personalidad múltiple constituye, desde este punto de vista, una división del yo en escisiones verticales basadas sobre las correspondientes escisiones verticales en las experiencias incompatibles de uno con el objeto"(p. 68).

Una de las implicancias prácticas de esta conceptualización es que cada "alter" presenta un self en relación con un objeto interno fantaseado. Ganaway (1989) reconoció estas conexiones en su observación de que dos escenarios comunes de transferencia-contratransferencia basada en las relaciones objeto interno son: 1) un self infantil sano y amado en relación con un progenitor incondicionalmente amoroso y bueno, y 2) un self infantil victimizado, descreído y traicionado en relación con un progenitor abusivo o permisivo del abuso. En algunos casos un "alter" también puede representar a un objeto interno más que a un self. Este estado de cosas es más fácil de advertir cuando uno de los "alters" desempeña el rol del progenitor internalizado abusivo. En este caso, el "alter" existe con una correspondiente fantasía del self con la cual se relaciona. Aunque esta visión del mundo interno del paciente con trastorno de identidad disociativo es muy complejo, tiene una importancia fundamentada en la psicoterapia efectiva.

Consideraciones terapéuticas

La psicoterapia con pacientes con trastorno de identidad disociativo y otros trastornos disociativos es generalmente larga y ardua. No hay una psicoterapia breve definitiva para estas condiciones. Para ser exitosa, la psicoterapia del trastorno de identidad disociativo debe comenzar con el establecimiento de un encuadre terapéutico firme y seguro. Debido a la historia de violaciones de límites en estos pacientes, algunos detalles como la duración de las sesiones y el horario, el pago de los honorarios, y el uso de las palabras más que el tacto deben ser establecidos desde el comienzo. Una fuerte alianza terapéutica es fundamental para que el tratamiento prosiga, y esto puede ser facilitado por un abordaje de la psicología del self de empatizar con la experiencia subjetiva del paciente durante la fase de apertura del tratamiento.

Un tema común de los pacientes con trauma infantil, especialmente las víctimas de incesto, es la dificultad de determinar *quién* está haciendo *qué*

para *quién*. Por ejemplo, una hija que ha tenido una relación incestuosa con su padre comienza a ver su rol, como el de tener que gratificar las necesidades de su padre. Su padre puede racionalizar que, de este modo, le está enseñando algo a su hija. Además, ella puede sentir que es especial para su padre porque él la ha elegido como el objeto de su deseo. Al mismo tiempo, ella puede estar terriblemente conflictuada por esos sentimientos. Ella espera que sus padres la cuiden, pero ocurre todo lo contrario. Se siente como si tuviera que aceptar las necesidades de sus padres. Y entonces comenzará la psicoterapia con la misma sensación de confusión: ¿*quién* está haciendo *qué* y para *quién* en el marco terapéutico?

Tal paciente sería comprensiblemente escéptica acerca de la idea de que el terapeuta está allí para ayudarla o cuidarla. Puede desconfiar respecto de lo que realmente ocurriría si ella se impusiera. Puede simplemente tratar de descubrir qué es lo que el terapeuta quiere e intentar encontrar y satisfacer las necesidades de él en vez de las suyas propias.

El terapeuta intentará, sobre todo, de comprometer el sentido de entidad del paciente. En otras palabras, el terapeuta tratará de ayudar a la paciente a reconocer que está en recreando activamente en el presente patrones pasados. En una reciente reconsideración de Frau Emmy von N, el primer caso de histeria publicado por Freud, Bromberg (1996) realizó la siguiente observación: "No tratamos pacientes como Emmy para curarlos de algo que se les ha hecho en el pasado; más bien, estamos tratando de curarlos de lo que todavía ellos se hacen a sí mismos y a otros para *afrontar* lo que se les ha hecho en el pasado" (p. 70).

Las intervenciones interpretativas deben ser utilizadas con moderación en los pacientes con trastorno de identidad disociativo, sobre todo en las fases tempranas del tratamiento, ya que éstos con frecuencia experimentan las interpretaciones como un desafío a su sentido de realidad (Gabbard, 1997). Aunque la interpretación de la patología basada en el conflicto gira alrededor del sentido encubierto que el terapeuta intenta revelar, los pacientes gravemente traumatizados a menudo se sienten retraumatizados e invalidados por ese abordaje. Killingmo (1989) recomendó intervenciones afirmativas para remover la duda en esos pacientes. La aseveración de que ellos tienen el derecho de sentir lo que están sintiendo puede servir para construir una alianza sólida, vale decir, crear un clima en el cual las interpretaciones pueden ser escuchadas y valoradas.

Hay un amplio consenso entre los clínicos que escriben sobre el tratamiento del trastorno de identidad disociativo acerca de que un basamento sólido en los principios de la psicoterapia psicodinámica es esencial para el tratamiento exitoso (Ganaway, 1989; Kluft, 1991a; Lowenstein y Ross, 1992; Marmer, 1991). La simple catarsis y la abreacción no darán por resultado la integración ni la recuperación. De hecho, repetir el trauma una y otra vez en psicoterapia puede incluso reforzar la preocupación y fijación

del paciente al trauma (van der Kolk, 1989). Sin la adecuada comprensión de los principios psicodinámicos, la terapia puede volverse estancada en un estado de *status abreacticus* (Ganaway, 1992).

Es preciso atender a los conceptos psicodinámicos como transferencia, resistencia, contratransferencia y elaboración para alcanzar la recuperación satisfactoria. Un hallazgo común en el tratamiento de los pacientes con trastorno de identidad disociativo es que son intensamente leales al objeto interno abusivo y renuentes a abandonar el apego a través del proceso de integración y duelo. Es necesaria mucha elaboración para deshacer la adhesión de la libido a este introyecto poderoso. Marmer (1991) también ha destacado la necesidad de ayudar a los pacientes a reescribir sus autobiografías para revisar el significado del trauma. Por ejemplo, aunque el hecho del incesto no puede ser modificado, un paciente puede entender que la única forma de sobrevivir fue someterse a los avances de su padre. La psicoterapia efectiva recupera mucho de lo que ha sido perdido y ayuda al paciente a poner juntas las piezas en una narrativa cronológica o autobiografía que provee la base de un self formado nuevamente (Putman, 1990).

Cuando el paciente con trastorno de identidad disociativo representa distintos "alters" en el marco clínico, el terapeuta debe tratarlos como los aspectos de una persona. Más aún, el terapeuta debe estar alerta al momento del cambio de un estado a otro y buscar explorar con el paciente qué es lo que ha precipitado el cambio. Por lo habitual, la disociación en el contexto de la terapia es una fuga defensiva de aquello que produce dolor o ansiedad. Esta necesidad de huir puede finalmente ser traída a la conciencia del paciente.

La terapia psicodinámica de pacientes con trastornos disociativos graves es a menudo complicada por la falta de capacidad reflexiva de estos pacientes. Su pensamiento puede ser excesivamente concreto, y ellos pueden ser incapaces de sostener el sentido de la naturaleza del "como si" de la transferencia. En otras palabras, los pacientes con trastorno de identidad disociativo pueden ser incapaces de distinguir entre una percepción del terapeuta como una representación y cómo realmente es el terapeuta. En cambio, ellos tienden a creer que sus percepciones son hechos absolutos más que ideas con las cuales "se puede jugar" y comprender. Más aún, su experiencia de sí mismos puede ser igualmente concreta. Su rol como víctimas pasivas del trauma puede ser estimado como "piedra fundamental" (Gabbard, 1997).

Dimensiones contratransferenciales. Pocos trastornos crean reacciones contratransferenciales de la intensidad atestiguada con los pacientes con trastorno de identidad disociativo. Ganzarain y Buchele (1988) han señalado que por lo habitual, las víctimas de incesto son tratadas en el hogar, bien como favoritas o bien como objetos de violencia y sadismo. De modo

similar, ocurren reacciones intensas, polarizadas en las mismas direcciones en el tratamiento de los pacientes adultos con trastorno de identidad disociativo. Gran parte de la reacción emocional hacia estos pacientes está enlazada a una dialéctica que implica creencias versus escepticismo. En un extremo, muchos profesionales de la salud mental todavía no creen que el trastorno de identidad disociativo es un trastorno psiquiátrico bona fide. Algunos clínicos ven al trastorno como creado iatrogénicamente por terapeutas ingenuos que utilizan mal la hipnosis. En una encuesta de terapeutas que tratan a pacientes con trastornos de identidad disociativo (Dell, 1988), más de la mitad había encontrado ese escepticismo grave en colegas que habían sido hostigados y se había producido una interferencia en el tratamiento. Directores escépticos de unidades de internación prohíben a los terapeutas admitir a sus pacientes con trastorno de identidad disociativo.

En el otro extremo, algunos terapeutas creen todo lo que sus pacientes con trastorno de identidad disociativo les cuentan sin cuestionar nada, y sin importar cuán estrafalario es. Se vuelven fascinados por la condición y pierden por completo los límites profesionales. Ellos intentan curar por amor y ser un padre mejor que el que tuvieron. Ellos pueden tratar de "limpiarles la cabeza" forzando continuamente la abreacción de recuerdos traumáticos con la expectativa ingenua de que todo estará bien una vez que paciente "barra" los malos recuerdos. La siguiente viñeta ilustra este patrón:

> La señorita P era una paciente de 26 años con trastorno de identidad disociativo que había sido derivada a una unidad de terceros cuidados para trastornos disociativos luego de haber estado en psicoterapia por un año con un terapeuta varón que reportó que no hubo mejoría en el riesgo suicida y automutilación de la paciente a pesar del tratamiento. Él había visto a la paciente durante 5-6 horas por semana a lo largo del año de la terapia. Cuando la paciente requirió hospitalización, el pasó horas con ella en la seguridad de una habitación de aislamiento abreaccionando los recuerdos del trauma pasado. Él había permitido que la cuenta de la paciente se acumulara en varios miles de dólares porque no le había solicitado que pagara por varios meses. Él también indicó que la señorita P y él se encontraban escribiendo un libro juntos respecto del tratamiento.
>
> Luego de la hospitalización de la señorita P en la unidad de trastornos disociativos a la cual fue derivada, comenzó a relatar historias terribles acerca de abuso por el culto satánico en su pasado. La señorita P proveía detalles espantosos de sacrificio humano y reaccionaba con un despliegue afectivo que urgía mirar. Ella "recordó" que había sido una "criadora" para el culto de sacrificio de bebés. Ella reportó que luego de haber dado a luz a los bebés, los miembros del culto los picarían en una máquina de picar carne y luego los mezclarían con la tierra utilizada en el parque de manera tal que la evidencia que confirma los asesinatos no pudiera ser encontrada. Cuando la señorita P fue enviada para un exa-

men ginecológico de rutina, se descubrió que en realidad nunca había dado a luz a un niño.

El médico del tratamiento de la señorita P llamó a su terapeuta previo para explicar estos hallazgos. Él no dio crédito a la evidencia ginecológica y dijo que era de suma importancia que el equipo creyera a la señorita P ya que de lo contrario, ellos repetirían el trauma pasado cuando los adultos no le creían sus cuentos de abuso.

Ganaway (1989) señaló que el culto satánico de abuso ofrece una clara distinción entre bondad y maldad que puede ayudar a las víctimas de incesto a darle sentido a la experiencia confusa de ser traicionados por sus padres. Las fantasías y seudorrecuerdos pueden jugar un rol crucial en el desarrollo de una red de "alters" disociados, y estos pacientes, debido a su alta capacidad de sugestión, también son proclives a producir material que piensan que sus terapeutas esperan de ellos. De niños, las víctimas de trastorno de identidad disociativo con frecuencia tratan en vano de agradar y ganar la aprobación del padre abusivo, y esta relación de objeto internalizada puede ser actuada en el paradigma transferencia-contratransferencia de la psicoterapia por reactuar obedientemente una escena detallada de abuso seguida de otra para un terapeuta que está fascinado por esos datos.

La cuestión de si los recuerdos de un trauma son acertados se ha vuelto desafortunadamente la pieza central de un debate muy politizado en nuestro campo. La polarización de esta cuestión en una controversia de "uno u otro" es completamente innecesaria e ignora el amplio campo central donde los clínicos psicodinámicos bien entrenados residen y practican. Muchos pacientes que fueron abusados tienen recuerdos muy claros recordados de toda la vida y, en estos casos, el terapeuta puede empatizar con sus experiencias y explorar los sentidos personales específicos del trauma.

Cuando los recuerdos son recuperados durante el curso de la terapia, el terapeuta y el paciente simplemente no saben qué acertados son esos recuerdos. La investigación extensa ha sugerido que la memoria no es definitivamente una grabación fija de la experiencia, empotrada en forma indisoluble en la mente al modo en el que un evento es grabado en una película. Más bien, es como una producción teatral en la cual cada representación de la obra resulta de alguna manera diferente de la previa a medida que la obra prosigue. No hay tal cosa como una recapitulación pura o revivisce del pasado, sólo reconstrucciones basadas en significados individuales que el paciente le atribuye al evento (Edelman, 1992; Modell, 1996; Novick y Novick, 1994).

Los recuerdos pueden ser verdaderos pero inexactos (Barclay, 1986). Como Spiegel y Scheflin (1994) han sugerido, un recuerdo puede tener detalles falsos pero aún derivar de un incidente real. Percepción y memoria son siempre procesos activos de construcción. No podemos imaginar un re-

cuerdo que no sea influido por el observador. De este modo, hay un amplio espectro de exactitud entre recuerdos que vemos clínicamente que varían de recuerdos del todo falsos inducidos por los terapeutas que son inescrupulosos o entrenados en forma deficiente, a recuerdos razonablemente exactos en los cuales los detalles están más o menos intactos (cuadro 10-1). Entre estos dos extremos hay un continuo que envuelve varios grados de exactitud (Allen, 1995).

En su escrito de 1914 "Recordar, Repetir y Elaborar", Freud notó que lo que el paciente no puede recordar se repite en el encuadre analítico (Freud 1914/1958). Él se estaba refiriendo a patrones de relaciones de objeto inconscientes, internalizadas que se despliegan delante de los ojos del analista porque el paciente no puede evocarlas y no puede hablar acerca de ellas.

Las distinciones entre sistemas de memoria implícita vs. explícita y de procedimiento vs. declarativa son relevantes a las observaciones de Freud (Clyman, 1991; Squire, 1992). Como se describió en el capítulo 1, la memoria explícita declarativa implica narrativas autobiográficas de la vida de uno. Cuando el trauma ocurre antes de los 3 o 4 años, no es recordado en el sistema de la memoria explícita pero puede ser codificado en el sistema de la memoria implícita de procedimiento (véase cuadro 1-1 en el cap. 1). El trauma que ocurre luego de los 4 años por lo general es retenido como memoria explícita en cierta medida, aunque la investigación sugiere que algunos adultos son incapaces de recordar el abuso sexual infantil u otros traumas por largos períodos (Brown y col., 1998; Williams, 1994).

Las nuevas representaciones traumáticas parecen ser conducidas por la memoria implícita de procedimiento (Siegal, 1995). Incluida en esta categoría estarían muchas de las representaciones de transferencia-contratransferencia a las cuales Freud se refería cuando afirmó que los recuerdos son re-

Cuadro 10-1. El espectro de veracidad en el recuerdo del trauma

Historia del trauma real
- Recordado en forma continua/clara con corroboración
- Recuerdo demorado/fragmentado con corroboración
- Recordado en forma continua/clara sin corroboración
- Recuerdo demorado/fragmentado sin corroboración
- Recuerdo exagerado/distorsionado

Sin historia de trauma
- Falsos recuerdos - construidos por el paciente
- Falsos recuerdos - sugeridos por el terapeuta

Fuente. Basado en Allen, 1995

petidos más que verbalizados. En otras palabras, las relaciones de objeto interno inconscientes son almacenadas en el sistema de memoria implícita y aparecen en la terapia en el modo en que el paciente se relaciona con el terapeuta (Gabbard, 1997; Target, 1998). De este modo, el tipo de dato que se despliega en el drama psicológico entre el terapeuta y el paciente no está disponible por otros medios. A través de la proyección e introyección entre ambos, el terapeuta tiene una perspectiva única sobre el pasado y el mundo interno del paciente. Aunque el terapeuta puede no saber con certeza qué memorias implícitas se están desplegando, la relación entre él y el paciente provee un atisbo exacto de qué es lo que sucedió en la infancia del paciente, como recuerdos que pueden al menos revelar qué experimentaba el niño en ese momento, incluyendo las fantasías infantiles acerca de las interacciones.

Dentro de esta nueva comprensión de la memoria, nosotros ahora consideramos que la búsqueda arqueológica de reliquias convincentes del trauma del pasado enterrado es una estrategia equivocada en la terapia. Este abordaje es con frecuencia una forma de connivencia contratransferencial con el paciente para evitar la expresión directa de la agresión o rabia de él hacia el terapeuta y la identificación del terapeuta con el introyecto abusivo, un fenómeno que he denominado "desidentificación con el agresor" (Gabbard, 1997, p. 7). El uso de ese abordaje puede también presionar al paciente a tomar contacto con los recuerdos de abuso que pueden, de hecho, reflejar la experiencia inconsciente del paciente de ser invadido por el terapeuta (Brenneis, 1997). Otra dificultad al presionar al paciente a recuperar recuerdos es que, en los casos de desapego disociativo, la memoria puede nunca haber sido codificada en el primer momento, de manera tal que lo que se recupera es una memoria confabulada o construida que se relaciona con el esfuerzo del paciente para satisfacer al terapeuta con la producción de material significativo para el tratamiento.

Más aún, un cambio en la memoria autobiográfica o declarativa explícita no parece ser necesario para la mejoría terapéutica. El terapeuta observa e interpreta las actuaciones inconscientes alimentadas por iguales patrones inconscientes de relaciones de objeto interno. Los recuerdos que corresponden a estos patrones pueden ser activados secundariamente, pero su regreso es mejor visto como si sólo fuera un epifenómeno, y su exactitud es imposible de aseverar (Fonagy y Target, 1997; Gabbard, 1997). Lo que parece ser crítico es el cambio en los patrones de vida con uno mismo y con otros que resulta del insight del paciente acerca de estos patrones previos inconscientes. Además, hay cambios que ocurren inconscientemente a medida que la interacción con el terapeuta es internalizada.

El terapeuta debe evitar el rol de "árbitro de la verdad histórica". Lo que las personas recuerdan es siempre una mezcla compleja de fantasía y realidad (Arlow, 1969; Gediman, 1991; Grotstein, 1992). Los terapeutas deben escuchar el material con una actitud de curiosidad no juiciosa sin ser obli-

gados a declarar que lo que han escuchado es totalmente exacto o totalmente falso. Kluft (1988) advirtió que los clínicos deben evitar "la expresión de fascinación, sorpresa, excitación, consternación, creencia, descreimiento, o expresar cualquier opinión que pueda causar que los "alters" se sientan en la necesidad de demostrar su autenticidad" (p. 53).

Un modo útil de mirar los desarrollos de la transferencia-contratransferencia en la psicoterapia de los pacientes con trastorno de identidad disociativo es conceptualizarlos como episodios de un drama que se despliega y que implica cuatro caracteres principales: una víctima, un acusador, un rescatador omnipotente e idealizado, y una madre no comprometida (Davies y Frawley, 1992; Gabbard, 1992). Estos personajes oscilan en varios pares complementarios entre el paciente y el terapeuta a través de las representaciones transferenciales-contratransferenciales que se desarrollan en la psicoterapia. Los primeros tres personajes en el elenco, la víctima, el abusador y el rescatador idealizado omnipotente-interactúan en un patrón predecible que representa la convergencia de la contratransferencia en un sentido restringido y de la contratransferencia en el sentido amplio a través de la identificación proyectiva. Cuando una historia de victimización emerge en un paciente, algo poderoso conmueve el corazón del terapeuta que lo urge de alguna manera a tratar de reparar el daño intentando ser el padre bueno que el paciente nunca tuvo.

Este paradigma rescatador-víctima con el cual comienza la psicoterapia, sin embargo, está cargado de problemas. Es probable que el paciente vea los motivos del terapeuta del mismo modo como los ve el terapeuta. Los pacientes que han sido abusados cuando niños con frecuencia asumen que todos abusarán de ellos porque no tienen motivos para pensar de otro modo. Dada esta perspectiva, estos pacientes son inherentemente desconfiados de los reaseguros de los terapeutas quienes les aseveran que no abusarán del paciente. Los reaseguros pueden hacer que el terapeuta se sienta mejor, pero raramente hacen que los pacientes se sientan mejor. Las profesiones de cuidados son intrínsecamente sospechosas para los pacientes que han sido explotados bajo la apariencia de ser amados.

La mayoría de los pacientes con trastorno de identidad disociativo no ha tenido el beneficio de crecer con fronteras y límites generacionales implementadas por padres efectivos, cuidadores. Ellos a menudo experimentan las fronteras profesionales de la situación terapéutica como una forma cruel de impedimento. Ellos demandan demostraciones de cuidados que implican sesiones más largas, contacto físico, revelación de datos personales del terapeuta y disponibilidad durante las 24 horas. Si los terapeutas aceptan estas propuestas, sus esfuerzos estarán condenados al fracaso. El intento de volverse un sustituto parental esquiva la necesidad del paciente de duelar y levantará esperanzas falsas de que una relación parental está disponible sólo si el paciente puede encontrar la persona adecuada.

Cuando los terapeutas intentan gratificar las demandas en ascenso del paciente para evidenciar que el terapeuta cuida de ellos, el sentido de autoasignación de privilegios del paciente es activado. El tratamiento de la mayoría de los pacientes con trastorno de identidad disociativo tarde o temprano revela su convicción subyacente de ser privilegiados a ser compensados en el presente por el abuso que experimentaron en el pasado (Davies y Frawley, 1992). A medida que las demandas aumentan, el terapeuta puede desarrollar rápidamente un sentimiento de estar siendo atormentado. A través de procesos de identificación proyectiva e introyectiva, el reparto de roles ha cambiado de tal manera que el terapeuta se ha vuelto la víctima y el paciente se ha vuelto un abusador. Los introyectos abusivos o malevolentes que residen dentro del paciente se han apoderado de él, y el self-víctima del paciente es proyectado sobre el terapeuta. Más aún, los terapeutas pueden crear un campo fértil para esta identificación con la representación víctima de self del paciente como resultado del sentimiento de culpa relacionado con su creciente resentimiento y odio por el paciente. Éste puede sentir este proceso y acusar al terapeuta de que no lo cuida realmente. En un esfuerzo por negar esta sensación de resentimiento al ser demandados a realizar más de la cuenta o a ir demasiado lejos, los terapeutas intentan aún más duramente probar que sus motivos son puros. En ese momento los terapeutas pueden secretamente sentir que han sido "descubiertos" y reaccionar tratando de enmascarar su irritación. Una consideración acerca de los límites de uno mismo puede ser la forma más terapéutica de manejar los sentimientos contratransferenciales de uno cuando se alcanza este punto (Gabbard, 1986; Gabbard y Wilkinson, 1994).

El tercer acto del drama se despliega en ciertas instancias cuando el patrón en escalada de demandas crecientes por el paciente es acompañado por esfuerzos crecientes del terapeuta de gratificar esas demandas. Y ante la exasperación por el fracaso de todos los esfuerzos terapéuticos, puede recurrir a cruzar fronteras drásticamente con el paciente, lo que en efecto repite el abuso infantil. El terapeuta entonces se vuelve abusador ubicando al paciente nuevamente en el rol de víctima. La manifestación más trágica –y, desafortunada, harto frecuente– de este tercer paradigma es el contacto sexual manifiesto entre el terapeuta y el paciente. Otro ejemplo común incluye el abuso verbal sádico del paciente, los intentos de brindar crianza al sentar al paciente en su regazo y "reparentalizar" al paciente, llevándolo a salidas familiares con su familia, y así sucesivamente. En esas situaciones la rabia del terapeuta al ser frustrado es con frecuencia renegada por completo. Lo que comenzó como un esfuerzo de rescate termina como una reactuación de explotación y abuso.

Muchos pacientes con trastorno de identidad disociativo sufren una forma de desamparo aprendido en el cual ellos creen que ningún esfuerzo de su parte puede cambiar su destino. Ellos asumen que una vez atrapados, no

tienen recursos. Estos pacientes no tienen una sensación de entidad o eficacia al cual recurrir. En este sentido son lo que Kluft (1990) denominó "patos a la espera" de toda la forma de abuso y violaciones de límites por los terapeutas que usan a sus pacientes para gratificar sus propias necesidades.

Los tres roles de víctima, abusador y rescatador omnipotente idealizado son las manifestaciones más dramáticas y obvias de los procesos introyectivos-proyectivos en el trabajo de psicoterapia con los pacientes con trastornos de identidad disociativo. El cuarto rol, la madre no comprometida, se muestra de un modo más sutil (Gabbard, 1992). Los pacientes con frecuencia perciben a este personaje en el silencio del terapeuta, que es interpretado como rechazo e indiferencia. En respuesta a esta percepción de indiferencia, el paciente puede sentir una sensación de no ser –descrita por Bigras y Biggs (1990) como "incesto negativo"– un vacío o falta de vida relacionada con la ausencia de la madre, quien no hizo ningún intento de intervenir en la relación incestuosa entre su marido y su hija.

La falta de vida o vacío experimentada por el paciente puede fomentar sentimientos complementarios de desamparo y desesperanza en el psicoterapeuta. Puede haber largos períodos en la psicoterapia en el que el paciente se mantiene lejano y distante del terapeuta y evoca sentimientos de falta de vida o de no existir en la contratransferencia (Levine, 1990; Lisman-Pieczanski, 1990).

El siguiente extracto de una sesión de psicoterapia con un paciente con trastorno de identidad disociativo bosqueja esta identificación contratransferencial con la madre no comprometida:

> Señora Q: Si sólo pudiera dejar este maldito hospital todo estaría bien. Mi único problema es que odio ser confinada de este modo, y por eso quiero mutilarme.
> Terapeuta: Me pregunto si el aislamiento es realmente su único problema. En realidad, usted se ha mutilado en gran medida antes de ser admitida al hospital.
> Señora Q: Pero necesito ver a mis hijos y a mi esposo. ¿Es que usted no entiende? No les permitirán visitarme aquí.
> Terapeuta: La última vez que la visitaron aquí, usted terminó realizando un serio intento suicida.
> Señora Q: (insípidamente) Quería cortar la arteria en mi muñeca y terminar con todo.
> Terapeuta: Bueno, entonces, puedo imaginar que el equipo estará renuente en dejarla salir de la estructura y protección del hospital.
> Señora Q: Necesito intentarlo fuera de aquí por un tiempo. Pienso que si sólo pudiera estar con mi familia fuera del hospital, entonces estaría bien.
> Terapeuta: ¿Qué es lo que haría si la ansiedad de la abrumara y tuviera ganas de mutilarse?
> Señora Q: (con absoluta seriedad) Podría tomar una cerveza o dos para tranquilizarme.

Terapeuta: Es muy importante que usted pueda ver que sus problemas no son externos. Usted lleva sus problemas donde quiera que vaya, y no importa si usted está confinada en un hospital o en su casa con su familia, usted también los tendría allí. Si no hace un esfuerzo por integrar y enfrentar las experiencias dolorosas del pasado, usted continuará mutilándose y deseando suicidarse.
Señora Q: No quiero enfrentar el dolor de integrar las personalidades. Sería insoportable.
Terapeuta: Pero está atravesando un dolor considerable ahora. ¿Podría ser mucho peor?
Señora Q: (insípidamente) No lo sé, pero tampoco quiero saberlo.
A medida que terapeuta continuó sin llegar a ninguna parte con esta línea de razonamiento, se encontró que se iba adormeciendo. Asociado con el sentimiento de somnolencia, él sentía como si se estuviera distanciando más y más de la paciente. Comenzó a mirar su reloj y deseaba que el tiempo se hubiera terminado. Se encontró pensando en qué iba a hacer más tarde en ese día. Incluso sintió que no le importaba verdaderamente si la paciente mejoraba o no. La paciente también parecía estar a la deriva cada vez más apartándose de él. A medida que observó esta considerable interrupción en la sintonía empática, cobró luz en el terapeuta que se estaba volviendo la madre ausente, no comprometida de la infancia de la paciente. Sus esfuerzos de ayudar habían fracasado, y él tenía una sensación profunda de desesperanza y desesperación acerca de que algo pudiera alguna vez cambiar. Se preguntaba si la madre de la paciente, también, se había sentido de ese modo cuando se dio cuenta de que estaba excluida para siempre de la unión entre su hija y su marido y se sentía impotente y sin fuerzas para cambiar cualquier cosa acerca de ello.

Respuestas contratransferenciales como la descrita por el terapeuta de la señora Q pueden también reflejar una identificación empática con un sentimiento de no existir en el núcleo del self del paciente en respuesta a la identificación materna distante en el paciente (Gabbard, 1992). En la psicoterapia con los pacientes con trastorno de identidad disociativo sobreviene un momento en que la demanda del paciente es tan abrumadora que los terapeutas se encuentran deseando que el paciente desaparezca o busque otro tratamiento. En esas reacciones, una identificación con la madre no comprometida es detectada con facilidad, y los terapeutas deben tener en mente que esas connivencias inconscientes pueden conducir a involuntarios intentos suicidas por parte del paciente.

Los estados primitivos de muerte psicológica bosquejados en este paradigma transferencia-contratransferencia pueden estar relacionados con una deprivación materna profunda que comprometió gravemente el desarrollo de la sensación del self del infante. En ausencia de provisión materna de experiencias sensoriales calmantes, el infante puede no establecer un sentimiento seguro de límite sensorial. La automutilación tan común en los pa-

cientes con trastorno de identidad disociativo puede ser entendida como modo de restablecer límites en el borde de la piel para manejar la ansiedad acerca de perder la integridad de las fronteras del yo. Ogden (1989) caracterizó este modo de generar la experiencia como la posición autística-contigua. En este estado primitivo, el proceso de atribuir sentido a la experiencia cesa. Los terapeutas pueden experimentar a los pacientes con trastorno de identidad disociativo como aprisionados en ese estado primitivo y que son completamente inalcanzables. Los terapeutas entonces pueden estar incluidos en una sensación de desesperanza al tratar con la ansiedad del paciente acerca de la falta de integridad corporal secundaria a la deprivación de experiencias sensoriales cercanas con la madre.

Tratamiento hospitalario. Según el nivel de la organización de yo y del grado de comorbilidad, muchos pacientes con trastorno de identidad disociativo pueden requerir hospitalización en algún punto en el curso de la psicoterapia (Kluft, 1991d).

El paciente con trastorno de identidad disociativo que entra en la unidad de psiquiatría general con frecuencia se encuentra en el rol del clásico paciente "especial" (Burnham, 1996; Gabbard, 1986). Para los miembros del equipo y para otros pacientes es como el poseedor de relaciones especiales con sus psicoterapeutas y a menudo se convierte en el chivo expiatorio. Los escépticos miembros del equipo comenzarán con argumentos acerca de qué nombre usar con él, la validez de la historia de abuso, si es responsable de sus acciones o no y muchas otras cuestiones. Los asuntos pueden complicarse cuando otros pacientes en los grupos institucionales reaccionan con descreimiento y desprecio cuando un paciente con trastorno de identidad disociativo niega una conducta que otros han presenciado.

Kluft (1991d) proveyó varias guías útiles. Se debe establecer un acuerdo contractual con el paciente al comienzo de la estadía estipulando el consentimiento a responder cuando se dirijan a él llamándolo por su nombre legal. El paciente debe ser advertido de que no se puede esperar que el equipo responda a diferentes "alters" de distintos modos, cuando emergen en la unidad. Sólo el terapeuta individual se dirigirá a los diferentes "alters". Un paciente que no puede realizar un contrato en nombre de todos los "alters" debe ser estructurado al nivel del "alter" más autodestructivo o peligroso. Este pacto evita la inevitable confusión en los miembros del staff acerca de los privilegios y responsabilidades dada la variabilidad de funcionamiento de diversos "alters". Kluft (1991d) también sugirió que el equipo de enfermería debe explicar continuamente las reglas y la política a los pacientes ya que algunos "alters" no estarán familiarizados con éstas.

Psicoterapia de grupo. Kluft (1991d) advirtió que los pacientes con trastorno de identidad disociativo pueden tener una considerable dificultad

con la psicoterapia de grupo verbal no estructurada en las unidades de internación hospitalaria. Si un paciente no puede comprometerse a asistir como un "alter" que se ajustará a las reglas del grupo, Kluft sugirió que el paciente debe ser excluido del trabajo grupal. Otro problema que emerge a menudo proviene de la sugestionabilidad de esta población de pacientes. Cuando una paciente escucha a otra hablar del abuso que sufrió cuando niña, puede haber un efecto de "contagio", en el cual la primera paciente cree que todo lo que fue reportado por la segunda paciente también le ocurrió a ella. Como resultado, los reportes de homenaje al abuso pueden volverse cada vez más fantásticos si son discutidos en grupos de pacientes internados. Es obvio que es necesario abordar los temas competitivos que subyacen en esos grupos.

Por otro lado, la psicoterapia de grupo en pacientes ambulatorios homogéneos puede ser útil. Coons y Bradley (1985) reportaron acerca de un programa de terapia grupal ambulatoria de dos años y medio de duración para ocho pacientes con trastorno de identidad disociativo que se encontraban una vez por semana durante 75 minutos. Aunque el proceso comenzó lentamente debido a las dificultades con la confianza, se generó mucha esperanza, y la experiencia de grupo fue vista como un adyuvante de valor para la psicoterapia individual (todos los pacientes tenían que estar en proceso individual concomitante para ser aceptados en el grupo). Las pacientes desconfiaron del coterapeuta masculino por algún tiempo, y pasó aproximadamente un año hasta que las pacientes pudieron discutir sus experiencias de abuso infantil. Los temas de autovaloración negativa y de enojo hacia los padres eran prevalentes. La disociación era algunas veces utilizada en forma evitativa, aunque menos de lo esperado. En una sesión típica, se observó no más de un episodio disociativo. Las pacientes en el grupo fueron capaces de ganar considerable insight por ver la disociación de otros miembros del grupo. A este respecto, presenciar los episodios disociativos de otros ayudó a algunas pacientes a aceptar su propio diagnóstico.

Trastorno de despersonalización

El trastorno de despersonalización difiere significativamente de otros trastornos disociativos. Por lo general se caracteriza por experiencias persistentes o recurrentes de estar separado del cuerpo o el proceso mental de uno o de observarlos desde afuera. La prueba de realidad permanece intacta, pero la experiencia causa un malestar significativo y, en algún grado, una alteración en el funcionamiento laboral o social.

La desrealización es normalmente parte del trastorno de despersonalización y se refiere específicamente a una sensación de estar extrañado acer-

ca del propio ambiente. La despersonalización puede tomar innumerables de formas, incluyendo un sentimiento de que el propio cuerpo está entumecido o muerto, un sentimiento de que ciertas partes del cuerpo (como los pies o las manos) no están conectados con el resto del cuerpo, sentimientos de estar despegados de la imagen personal de manera tal que uno se vuelve un extraño, y una sensación de estar observándose a la distancia (Gabbard y Twemlow, 1984). La experiencia subjetiva de estar separado francamente del cuerpo de uno es por cierto más bien infrecuente en la despersonalización, caracterizando sólo al 19% de los pacientes psiquiátricos con este trastorno (Noyes y col., 1977). Aunque las experiencias de ya visto (déjà vu) están por lo común relacionadas con la despersonalización, son realmente el anverso de la despersonalización y deben ser mantenidas como entidades distintas (Nemiah, 1989). En otras palabras, en el déjà vu, lo que es nuevo es experimentado como conocido, mientras que en la despersonalización lo que es conocido es experimentado como nuevo o irreal.

Los criterios de DSM-IV enfatizan la persistencia y la gravedad, porque tanto como un 50% de la población general tendrá una experiencia aislada y ocasional de despersonalización (Nemiah, 1989). Otros rasgos demográficos de la despersonalización incluyen su ocurrencia dos veces más frecuente en las mujeres que en los hombres y predominantemente en personas menores de los 40 años (Nemiah, 1989). La despersonalización transitoria puede también aparecer como una respuesta a un peligro amenazante para la vida como accidentes, enfermedades serias y similares (Gabbard y Twemlow, 1984; Noyes y col., 1977; Steinberg, 1991). Puede haber un valor de supervivencia en el desarrollo de la escisión en un self observador y un self participante en un momento de crisis, de manera tal que la persona tiene la separación necesaria para pensar en formas de manejarse hacia afuera de una situación peligrosa.

La despersonalización que ocurre en personas psiquiátricamente saludables expuestas al peligro no tiene diferencias esenciales de episodios que ocurren en el contexto de la enfermedad psiquiátrica (Noyes y col., 1977). Entre los pacientes psiquiátricos, la despersonalización es la tercera queja más común, que sigue a la depresión y la ansiedad (Cattell y Cattell, 1974). De hecho, la despersonalización es relativamente rara como un trastorno puro y es más un síntoma conectado con otras enfermedades como esquizofrenia, trastorno de identidad disociativo, depresión, o trastornos de ansiedad (Nemiah, 1989). La experiencia de despersonalización, sea que acompañe a una enfermedad o no, es típicamente displacentera y moviliza aspectos como la ansiedad, pánico y vacío. Es experimentada como patológica, extraña, como un sueño y por lo habitual lleva a las personas a buscar atención médica (Gabbard y Twemlow, 1984). La despersonalización tiene un curso crónico en cerca de la mitad de los casos pero puede ser al-

tamente variable en términos del grado de disfunción que causa en el individuo (Steinberg, 1991).

La comorbilidad parece ser común en pacientes con trastorno de despersonalización. En un estudio de 30 pacientes, la prevalencia a lo largo de la vida de depresión mayor y fobia social fue del 53% para cada trastorno (Simeon y col. 1997).También se halló un 37% de prevalencia a lo largo de la vida para el trastorno de pánico. Los trastornos del Eje II fueron comunes en estos pacientes también, con un 30% de trastorno de personalidad evitativa, un 27% borderline y un 23% obsesivo-compulsivo. Dentro del total de la muestra, el 60% tenía al menos un trastorno de personalidad.

Comprensión psicodinámica

Aunque la etiología de la despersonalización permanece oscura en la mayoría de los casos, las explicaciones psicodinámicas provenientes de situaciones terapéuticas han mostrado ser clínicamente útiles. Rosenfeld (1947/1966) vio a la despersonalización como una defensa frente a impulsos primitivos destructivos y a ansiedades persecutorias provenientes de la posición esquizo-paranoide. Blank (1954) consideró a la despersonalización como una defensa contra ansiedades primitivas provenientes de la rabia oral y la deprivación oral. Stamm (1962) coincidió con Rosenfeld y Blank considerando los aspectos profundamente regresivos de la despersonalización como una defensa.

La visión psicodinámica más actual de la despersonalización es que representa la internalización de identificaciones contrapuestas. Jacobson (1959) observó que identificaciones no aceptables son defendidas a través de la renegación y negación de la parte del yo no deseada. Sarlin (1962) compartió la visión de Jacobson y señaló que la despersonalización puede reflejar un conflicto entre los padres del paciente que han sido internalizados como dos aspectos conflictivos del niño. Para Arlow (1966), la despersonalización era un medio defensivo de atribuir impulsos defendidos en una situación peligrosa al self participante, que es luego experimentado como separado por el self observador. De esta manera, el conflicto peligroso es visto como tomando lugar dentro de un extraño más que dentro del self.

Este deseo de distanciarse de una situación peligrosa que conflictúa las identificaciones predominantes del ego puede ser muy relevante para situaciones cuando la despersonalización ocurre en el contexto del abuso sexual infantil.

> La señorita R tenía 19 años y estaba en tratamiento psiquiátrico por riesgo suicida crónico y tendencias incontrolables de automutilación. Había mantenido relaciones sexuales incestuosas con su padrastro desde los

ocho años y las había interrumpido hace poco tiempo. Con frecuencia se quejaba de despersonalización y era capaz de identificar sus orígenes a los ocho años cuando comenzó a relacionarse sexualmente. Cuando su padrastro comenzó a tener relaciones sexuales con ella, la ansiedad creada por el contacto sexual fue tan grande que se veía a sí misma en una posición separada al otro lado de la habitación observando el acto sexual como si ella fuera una espectadora. Su cuerpo le parecía irreal, como si fuera un "maniquí de goma".

Aunque la despersonalización comenzó en estas circunstancias incestuosas, pronto se generalizó a cualquier situación cuando el estrés o la ansiedad eran intensas, tal como una discusión familiar en la mesa durante la cena. Alrededor de los 19 años, se había vuelto un estado crónico en el cual se sentía irreal y muerta gran parte del tiempo. Se cortaba sus antebrazos para sentir una sensación de alivio frente a este estado displacentero de despersonalización. El dolor del corte era preferible al extrañamiento que experimentaba.

La función defensiva de la despersonalización de la señorita R fue fijado en la forma de un reaseguro interno: " La que está experimentando el acoso sexual no soy yo. Ése no es mi cuerpo, porque yo estoy aquí en otra parte de la habitación observando que eso le pasa a un extraño". Las relaciones sexuales con su padrastro podían ser entonces atribuidas a un self malo, degradado, que estaba escindido y no formaba parte de ella. Ella también fue capaz de defenderse contra el placer instintivo inherente en la gratificación del deseo edípico y el triunfo sobre su madre.

El rol de la historia del trauma en la etiología del trastorno de despersonalización no es completamente claro. La literatura sugiere que los pacientes con trastorno por despersonalización tienen de alguna manera mayores índices de trauma infantil que sujetos control no psiquiátricamente enfermos (Simeon y col., 1997), pero tienden a ser menos seriamente traumatizados que los pacientes con otros tipos de trastornos disociativos. Sin embargo, la despersonalización es habitualmente descrita cuando los pacientes que experimentaron abuso sexual infantil recuerdan los detalles de su victimización.

La despersonalización puede no siempre ser una defensa contra el peligro desde afuera o las presiones pulsionales desde adentro. Desde una perspectiva de la psicología del self, la despersonalización puede ser también un reflejo de perturbaciones en la consolidación de un sentido del self cohesivo y estable (Gabbard, 1983; Storolow, 1979). El estado de despersonalización en estos pacientes puede reflejar su pánico sobre la fragmentación del self cuando las respuestas especulares y afirmantes de los objetos del self no son disponibles desde otros.

Consideraciones terapéuticas

Las discusiones acerca del tratamiento deben comenzar con el reconocimiento de que la despersonalización transitoria o normal requiere un poco más que reaseguro. En algunos casos de despersonalización crónica, los pacientes que se han acomodado al trastorno no sentirán particularmente la necesidad de un tratamiento (Steinberg, 1991; Torch, 1981). Si la despersonalización es secundaria a un trastorno primario subyacente, la mejoría clínica del trastorno primario en respuesta al tratamiento apropiado puede también resolver la despersonalización.

En los casos de trastorno de despersonalización en que los pacientes experimentan un malestar significativo y alteración en el funcionamiento interpersonal, el síntoma de despersonalización se caracteriza por ser refractario al tratamiento (Simeon y col., 1997). Una historia típica es aquella en la que el paciente ha tomado muchas medicaciones diferentes y ha sido sometido a diversas formas de psicoterapia. Sólo los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y las benzodiazepinas parecen tener algún beneficio para los síntomas de despersonalización (Simeon y col. 1997). Aunque muchos pacientes sometidos a psicoterapia reportan mejoría en muchos aspectos de sus vidas, ellos tienden a no comunicar una disminución significativa en los síntomas de despersonalización per se. Sin embargo, la terapia dinámica es útil algunas veces para examinar los problemas subyacentes de identificaciones conflictivas del yo, sobre todo por que esas identificaciones reflejan estresores en la familia de origen.

Bibliografía

Alexander PC, Anderson CL, Brand B, et al: Adult attachment and long-term effects in survivors of incest. Child Abuse Negl 22:45-61, 1998

Allen JG: The spectrum of accuracy in memories of childhood trauma. Harv Rev Psychiatry 3:84-95, 1995

Allen JG, Console DA, Lewis L: Dissociative detachment and memory impairment: reversible amnesia or encoding failure? Compr Psychiatry 40:160-171, 1999

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

Arlow JA: Depersonalization and derealization, in Psychoanalysis—A General Psychology: Essays in Honor of Heinz Hartmann. Edited by Loewenstein RM, Newman LM, Schur M, et al. New York, International Universities Press, 1966, pp 456-478

Arlow JA: Fantasy, memory, and reality testing. Psychoanal Q 38:28-51, 1969

Barclay CR: Schematization of autobiographical memory, in Autobiographical Memory. Edited by Rubin DC. New York, Cambridge University Press, 1986, pp 82-99

Bigras J, Biggs KH: Psychoanalysis as incestuous repetition: some technical considerations, in Adult Analysis and Childhood Sexual Abuse. Edited by Levine HB. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1990, pp 173-196

Blank HR: Depression, hypomania, and depersonalization. Psychoanal Q 23:20-37, 1954

Bliss EL: Multiple personalities: report of 14 cases with implications for schizophrenia and hysteria. Arch Gen Psychiatry 37:1388-1397, 1980

Bremner JD, Marmar CR (eds): Trauma, Memory, and Dissociation. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998

Bremner JD, Randall P, Scott TM, et al: MRI-based measurement of hippocampal volume in patients with combated-related posttraumatic stress disorder. Am J Psychiatry 152:973-981, 1995

Brenneis CB: Multiple personality: fantasy proneness, demand characteristics, and indirec communication. Psychoanalytic Psychology 13:367-387, 1996

Brenneis CB: Recovered Memories of Trauma: Transferring the Present to the Past. Madison, CT, International Universities Press, 1997

Brodsky BS, Cloitre M, Dulit RA: Relationship of dissociation to self-mutilation and childhood abuse in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 152:1788-1792, 1995

Bromberg PM: Hysteria, dissociation, and cure: Emmy von N revisited. Psychoanalytic Dialogues 6:55-71, 1996

Brown D, Scheflin AW, Hammond DC: Memory, Trauma Treatment, and the Law. New York, WW Norton, 1998

Browne A, Finkelhor D: Impact of child sexual abuse: a review of the research. Psychol Bull 99:66-77, 1986

Burnham DL: The special-problem patient: victim or agent of splitting? Psychiatry 29: 105-122, 1966

Cardeña E, Spiegel D: Dissociative reactions to the Bay Area earthquake. Am J Psychiatr 150:474-478, 1993

Carmen EH, Reiker PP, Mills T: Victims of violence and psychiatric illness. Am J Psychiatry 141:378-379, 1984

Cattell JP, Cattell JS: Depersonalization: psychological and social perspectives, in American Handbook of Psychiatry, 2nd Edition, Vol 3. Edited by Arieti S, Brody EB. New York, Basic Books, 1974, pp 766-799

Clyman RB: The procedural organization of emotions: a contribution from cognitive science to the psychoanalytic theory of therapeutic action. J Am Psychoanal Assoc 39 (suppl):349-382, 1991

Coons PM: The dissociative disorders: rarely considered and underdiagnosed. Psychiatr Clin North Am 21:637-648, 1998

Coons PM, Bradley K: Group psychotherapy with multiple personality patients. J Nerv Ment Dis 173:515-521, 1985

Davies JM, Frawley MG: Dissociative processes and transference-countertransference paradigms in the psychoanalytically oriented treatment of adult survivors of childhood sexual abuse. Psychoanalytic Dialogues 2:5-36, 1992

Dell PF: Professional skepticism about multiple personality. J Nerv Ment Dis 176:528-531, 1988

Edelman G: Bright Air, Brilliant Fire: On the Matter of the Mind. New York, Basic Books, 1992

Fairbairn WRD: Schizoid factors in the personality (1940), in Psychoanalytic Studies of the Personality. London, Routledge & Kegan Paul, 1952, pp 3-27

Fairbairn WRD: Endopsychic structure considered in terms of object-relationships (1944), in Psychoanalytic Studies of the Personality. London, Routledge & Kegan Paul, 1952, pp 82-136

Fonagy P: An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. Bull Menninger Clin 62:147-169, 1998

Fonagy P, Target M: Perspectives on the recovered memories debate, in Recovered Memories of Abuse: True or False? Edited by Sandler J, Fonagy P. London, Karnac Books, 1997, pp 183-216,10N

Fonagy P, Steele M, Steele H, et al: The capacity for understanding mental states: the reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. Infant Mental Health Journal 12:201-218, 1991a

Fonagy P, Steele H, Steele M: Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age. Child Dev 62:891-905, 1991b

Frankel FH: Hypnotizability and dissociation. Am J Psychiatry 147:823-829, 1990

Freinkel A, Koopman C, Spiegel D: Dissociative symptoms in media eyewitnesses of execution. Am J Psychiatry 151:1335-1339, 1994

Freud S: Remembering, repeating and working-through (further recommendations on the technique of psycho-analysis II) (1914), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 12. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1958, pp 145-156

Gabbard GO: Further contributions to the understanding of stage fright: narcissistic issues. J Am Psychoanal Assoc 31:423-441, 1983

Gabbard GO: The treatment of the "special" patient in a psychoanalytic hospital. International Review of Psychoanalysis 13:333-347, 1986

Gabbard GO: Commentary on "Dissociative processes and transference-countertransference paradigms . . . " by Jody Messler Davies and Mary Gail Frawley. Psychoanalytic Dialogues 2:37-47, 1992

Gabbard GO: Challenges in the analysis of adult patients with histories of childhood sexual abuse. Canadian Journal of Psychoanalysis 5: 1-25, 1997

Gabbard GO, Twemlow SW: With the Eyes of the Mind: An Empirical Analysis of Out-of-Body States. New York, Praeger, 1984

Gabbard GO, Wilkinson SM: Management of Countertransference With Borderline Patients. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994

Ganaway GK: Historical versus narrative truth: clarifying the role of exogenous trauma in the etiology of DID and its variants. Dissociation 2:205-220, 1989

Ganaway GK: Hypnosis, dissociation and multiple personality disorder: a psychodynamic clinician's perspective. Paper presented at the annual meeting of the Society of Clinical and Experimental Hypnosis, Washington, DC, October 24, 1992

Ganzarain RC, Buchele BJ: Fugitives of Incest: A Perspective From Psychoanalysis and Groups. Madison, CT, International Universities Press, 1988

Gediman HK: Seduction trauma: complemental intrapsychic and interpersonal perspectives on fantasy and reality. Psychoanalytic Psychology 8:381-401, 1991

Gelinas DJ: Unexpected resources in treating incest families, in Family Resources: The Hidden Partner in Family Therapy. Edited by Karpel MA. New York, Guilford, 1986, pp 327-358

Griffin MG, Resick PA, Mechanic MB: Objective assessment of peritraumatic dissociation: psychophysiological indicators. Am J Psychiatry 154:1081-1088, 1997

Grotstein JS: Commentary on "Dissociative processes and transference-countertransference paradigms . . . " by Jody Messler Davies and Mary Gail Frawley. Psychoanalytic Dialogues 2:61-76, 1992

Horowitz MJ: Stress Response Syndromes, 2nd Edition. Northvale, NJ, Jason Aronson 1986

Jacobson E: Depersonaliation. J Am Psychoanal Assoc 7:581-610, 1959

Jang KL, Paris J, Zweig-Frank H, et al: Twin study of dissociative experience. J Nerv Ment Dis 186:345-351, 1998

Kernberg OF: Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York, Jason Aronson, 1975

Killingmo B: Conflict and deficit: implications for technique. Int J Psychoanal 70:65-79, 1989

Kluft RP: Treatment of multiple personality disorder: a study of 33 cases. Psychiatr Clin North Am 7:9-29, 1984

Kluft RP: The phenomenology and treatment of extremely complex multiple personality disorder. Dissociation 1:47-58, 1988

Kluft RP (ed): Incest-Related Syndromes of Adult Psychopathology. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990

Kluft RP: Multiple personality, in American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol 10. Edited by Tasman A, Goldfinger SM. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991a, pp 161-188

Kluft RP: Thoughts on the psychodynamic psychotherapy of the dissociative disorders. The Psychodynamic Letter 1(4):1-5, 1991b

Kluft RP: Clinical presentations of multiple personality disorder. Psychiatr Clin North Am 14:605-629, 1991c

Kluft RP: Hospital treatment of multiple personality disorder: an overview. Psychiatr Clin North Am 14:695-719, 1991d

Koopman C, Classen C, Spiegel DA: Predictors of posttraumatic stress symptoms among survivors of the Oakland/Berkeley, Calif., firestorm. Am J Psychiatry 151:888-894, 1994

Krystal JH, Bennett AL, Bremner JD, et al: Toward a cognitive neuroscience of dissociation and altered memory functions in post-traumatic stress disorder, in Neurobiological and Clinical Consequences of Stress: From Normal Adaptation to Post-Traumatic Stress Disorder. Edited by Friedman MJ, Charney DS, Deutch AY. New York, Lippincott-Raven, 1995, pp 239-269

LeDoux J: The Emotional Brain: The Mysterious Underpinnings of Emotional Life. New York, Simon & Schuster, 1996

Levine HB: Clinical issues in the analysis of adults who were sexually abused as children, in Adult Analysis and Childhood Sexual Abuse. Edited by Levine HB. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1990, pp 197-218

Lisman-Pieczanski N: Countertransference in the analysis of an adult who was sexually abused as a child, in Adult Analysis and Childhood Sexual Abuse. Edited by Levine HB. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1990, pp 137-147

Loewenstein RJ, Ross DR: Multiple personality and psychoanalysis: an introduction. Psychoanalytic Inquiry 12(1):3-48, 1992

Marmar CR, Weiss DS, Schlenger WE, et al: Peritraumatic dissociation and posttraumatic stress in male Vietnam theater veterans. Am J Psychiatry 151:902-907, 1994

Marmer SS: Multiple personality disorder: a psychoanalytic perspective. Psychiatr Clin North Am 14:677-693, 1991

Modell AH: Trauma, memory, and the therapeutic setting, in Understanding Therapeutic Action: Psychodynamic Concepts of Cure (Psychoanalytic Inquiry book series, Vol 15). Edited by Lifson LE. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1996, pp 41-50

Mulder RT, Beautrais AL, Joyce PR, et al: Relationship between dissociation, childhood sexual abuse, childhood physical abuse, and mental illness in a general population sample. Am J Psychiatry 155:806-811, 1998

Nash MR, Hulsey TC, Sexton MC, et al: Long-term sequelae of childhood sexual abuse: perceived family environment, psychopathology, and dissociation. J Consult Clin Psychol 61:276-283, 1993

Nash MR, Neimeyer RA, Hulsey TL, et al: Psychopathology associated with sexual abuse: the importance of complementary designs and common ground. J Consult Clin Psychol 66:568-571, 1998

Nemiah JC: Dissociative disorders (hysterical neuroses, dissociative type), in Comprehensive Textbook of Psychiatry, 5th Edition. Edited by Kaplan H, Sadock B. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1989, pp 1028-1044

Novick KK, Novick J: Postoedipal transformations: latency, adolescence, and pathogenesis. J Am Psychoanal Assoc 42:143-169, 1994

Noyes R Jr, Hoenk PR, Kuperman S, et al: Depersonalization in accident victims and psychiatric patients. J Nerv Ment Dis 164:401-407, 1977

Ogden TH: The Primitive Edge of Experience. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1989

Putnam FW: Diagnosis and Treatment of Multiple Personality Disorder. New York, Guilford, 1989

Putnam FW: Disturbances of "self" in victims of childhood sexual abuse, in Incest-Related

Syndromes of Adult Psychopathology. Edited by Kluft RP. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990, pp 113-131

Putnam FW: Dissociative phenomena, in American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol 10. Edited by Tasman A, Goldfinger SM. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991, pp 145-160

Putnam FW, Guroff JJ, Silberman EK, et al: The clinical phenomenology of multiple personality disorder: review of 100 recent cases. J Clin Psychiatry 47:285-293, 1986

Rauch SL, Shin LM: Functional neuroimaging studies in posttraumatic stress disorder. Ann N Y Acad Sci 821:83-98, 1997

Rosenfeld H: Analysis of a schizophrenic state with depersonalization (1947), in Psychotic States: A Psycho-Analytic Approach. New York, International Universities Press, 1966, pp 13-33

Sarlin CN: Depersonalization and derealization. J Am Psychoanal Assoc 10:784-804, 1962

Siegal DJ: Memory, trauma, and psychotherapy: a cognitive science view. J Psychother Pract Res 4:93-122, 1995

Simeon D, Gross S, Guralnik O, et al: Feeling unreal: 30 cases of DSM-III-R depersonalization disorder. Am J Psychiatry 154: 1107-1113, 1997

Spiegel D: Multiple personality as a post-traumatic stress disorder. Psychiatr Clin North Am 7: 101-110, 1984

Spiegel D: Trauma, dissociation, and hypnosis, in Incest-Related Psychopathology. Edited by Kluft RP. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1990, pp 247-261

Spiegel D: Dissociation and trauma, in American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol 10. Edited by Tasman A, Goldfinger SM. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991, pp 261-275

Spiegel D: Trauma, dissociation, and memory. Ann N Y Acad Sci 821:225-237, 1997

Spiegel D, Fink R: Hysterical psychosis and hypnotizability. Am J Psychiatry 136:777-781, 1979

Spiegel D, Li D: Dissociated cognition and disintegrated experience, in Cognitive Science and Unconscious. Edited by Stein DJ. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1997, pp 177-187

Spiegel D, Scheflin AW: Dissociated or fabricated? psychiatric aspects of repressed memory in criminal and civil cases. Int J Clin Exp Hypn 42:411-432, 1994

Squire LR: Declarative and nondeclarative memory: multiple brain systems supporting learning and memory. J Cogn Neurosci 4:232-243, 1992

Stamm J: Altered ego states allied to depersonalization. J Am Psychoanal Assoc 10:762-783, 1962

Steinberg M: The spectrum of depersonalization: assessment and treatment, in American Psychiatric Press Review of Psychiatry, Vol 10. Edited by Tasman A, Goldfinger SM. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991, pp 223-247

Steinberg M, Rousaville B, Cicchetti D: Detection of dissociative disorders in psychiatric patients by a screening instrument and a structured diagnostic interview. Am J Psychiatry 148:1050-1054, 1991

Steingard S, Frankel FH: Dissociation and psychotic symptoms. Am J Psychiatry 142: 953-955, 1985

Stolorow RD: Defensive and arrested developmental aspects of death anxiety, hypochondriasis and depersonalization. Int J Psychoanal 60:201-213, 1979

Target M: Book review essay: the recovered memories controversy. Int J Psychoanal 79:1015-1028, 1998

Torch EM: Depersonalization syndrome: an overview. Psychiatr Q 53:249-258, 1981

van der Kolk BA: Psychological Trauma. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1987

van der Kolk BA: The compulsion to repeat the trauma: re-enactment, revictimization, and masochism. Psychiatr Clin North Am 12:389-411, 1989

Waller NG, Ross CA: The prevalence and biometric structure of pathological dissociation in the general population: taxometric and behavior genetic findings. J Abnorm Psychol 106:499-510, 1997

Williams LM: Recall of childhood trauma: a prospective study of women's memories of child sexual abuse. J Consult Clin Psychol 62: 1167-1176, 1994

Yehuda R: Sensitization of the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in posttraumatic stress disorder. Ann N Y Acad Sci 821:57-75, 1997

Young WC: Psychodynamics and dissociation: all that switches is not split. Dissociation 1:33-38,1988

CAPÍTULO

11

Parafilias y disfunciones sexuales

Pocos trastornos psiquiátricos están cargados con tantos matices moralistas como las parafilias. Para determinar que un individuo es anormal en el área de la sexualidad es necesario establecer una norma clara de comportamiento sexual. Pero, ¿quién establece esas normas? ¿Puede la psiquiatría ser el guardián moral de la conducta sexual? ¿Podemos usar términos como *desviación sexual*, *perversión*, o incluso *parafilia* sin que suenen despectivos?

La evolución de la definición de actividad perversa revela el punto hasta el cual la nosología psiquiátrica refleja la sociedad de la cual emana. En el contexto de una cultura que vio la sexualidad normal en términos relativamente limitados, Freud (1905/1953) definió a la actividad sexual como perversa de acuerdo con varios criterios: 1) se focalizaba en regiones no genitales del cuerpo; 2) más que coexistir con la práctica estándar de las relaciones genitales con un compañero del sexo opuesto, suplantaba y reemplazaba esa práctica; y 3) tendía a ser la práctica sexual exclusiva del individuo. Freud notó que se podían hallar virtualmente trazos de perversión en cualquiera cuyo inconsciente estuviera sujeto a la exploración psicoanalítca.

Desde el escrito temprano de Freud, las actitudes culturales acerca de la sexualidad han sufrido cambios trascendentales. A medida que la sexualidad se convirtió en un área legítima para el estudio científico, se volvió evidente que las parejas "normales" mantienen conductas sexuales variadas. Las relaciones orogenitales, por ejemplo, se empezaron a aceptar como conductas sexuales sanas. La homosexualidad y las relaciones anales también fueron eliminadas de la lista de actividades perversas.

Los autores psicoanalíticos han confirmado en forma repetida la observación de Freud de que hay un núcleo perverso latente en todos nosotros (Chasseguet-Smirgel, 1983; McDougall, 1980, 1986; Stoller, 1975, 1985). Por eso, una actitud más condescendiente acerca de la sexualidad perversa ha acompañado los avances psicoanalíticos.

McDougall (1986) señaló que es habitual encontrar fantasías perversas en todas las conductas sexuales adultas, pero tienden a causar pocos problemas porque no son experimentadas como compulsivas. Ella sugirió utilizar el término *neosexualidad,* para reflejar la naturaleza innovadora de la práctica y la intensa investidura en su búsqueda. Destacó que los clínicos deben ser empáticos con sus pacientes, quienes experimentan estas demandas sexuales como necesarias para la supervivencia emocional. Para ella, el término *perversión* debe ser reservado para instancias en las cuales una persona impone deseos personales a su pareja que es reacia a comprometerse en el escenario sexual de ese individuo o seduce a un individuo no responsable, como un niño o un adulto mentalmente discapacitado (McDougall, 1995).

Stoller (1975, 1985) ha propuesto una definición más restringida de la actividad perversa. Al referirse a la perversión como "la forma erótica del odio" (1975, p. 4), él afirmó que la crueldad y el deseo de humillar y degradar a la pareja sexual de uno como a sí mismo son los determinantes cruciales de una conducta perversa. Desde esta perspectiva, la intención del individuo es una variable crítica cuando se define la perversión. A medida que evolucionó su conocimiento (1985), Stoller añadió otra dimensión a esta definición. Al reconocer que en el despertar sexual normal hay un toque de hostilidad y un deseo de humillar, él concluyó que la intimidad era un factor crítico en la diferenciación. Un individuo es perverso sólo cuando el acto erótico es usado para evitar una relación íntima, emocional y a largo plazo con otra persona. A la inversa, la conducta sexual no es perversa cuando lo que se trata es de entablar una relación íntima estable.

En un esfuerzo de no ser peyorativo en su definición de parafilias, el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) ha sugerido restringir el término a situaciones donde se utilizan objetos no humanos, en las cuales la humillación corriente o el dolor es infligido a uno mismo o a la pareja de uno, o en la cual niños o adultos *no consentidores* son involucrados. Para abordar con el continuo entre fantasía y acción, el DSM-IV ha desarrollado un espectro de gravedad. En las formas "leves", los pacientes están bastante perturbados por sus urgencias sexuales parafílicas pero no las actúan. En las formas "moderadas", los pacientes trasladan sus urgencias a la acción, pero sólo en ocasiones. En los casos "graves", los pacientes actúan repetidamente sus urgencias parafílicas. Por último, en un esfuerzo por ser más científico y menos peyorativo, el DSM-IV usa el término *parafilias* más que *perversión* o *desviación.*

Aunque el intento del DSM-IV es admirable, Stoller (1985) argumentó que el movimiento de cambiar el término oficial *perversión* por *parafilias* (que ocurrió en el DSM-III-R [American Psychiatric Association 1987]) fue un intento equivocado para "desinfectar" las perversiones. *Perversión*, según su opinión, es útil precisamente porque tiene connotaciones desagradables y pecaminosas:

> *Perversión* es muy peyorativo. Apesta a pecado, acusación, a carácter vengativo, a rectitud. Tiene su absolutismo. En él truenan Dios y sus agentes en la Tierra (p. 4).

Stoller ha argumentado a favor de retener el término *perversión* porque un sentido del pecado es un prerrequisito para que una actividad perversa cree excitación erótica. Dado que ambos puntos de vista tienen mérito, los dos términos serán usados en forma indistinta en este capítulo.

Comprensión psicodinámica

En gran medida, la etiología de las parafilias permanece envuelta en misterio. Aunque ciertos estudios han sugerido que los factores biológicos contribuyen a la patogénesis de las perversiones (Berlin y Meinecke, 1981), los datos están lejos de ser definitivos. Aún si los factores biológicos están presentes, las cuestiones psicológicas obviamente juegan un rol fundamental en determinar la elección de la parafilia y el significado subyacente de los actos sexuales. La comprensión psicoanalítica ha aclarado enormemente el misterio de la psiquis perversa. Sin embargo, debemos advertir en forma apropiada y modesta que los modelos psicodinámicos pueden echar luz en el significado de una perversión sin establecer necesariamente una etiología definitiva (Person, 1986).

La visión clásica de las perversiones está profundamente arraigada en la teoría de las pulsiones. Freud (1905/1953) creyó que estos trastornos ilustraban cómo los instintos y los objetos están divorciados unos de otros: "Parece probable que el instinto sexual es en primera instancia independiente del objeto" (p. 148). Más aún, él definió a las perversiones en parte contrastándolas con las neurosis. En esta última condición, los síntomas neuróticos representan una transformación de las fantasías perversas reprimidas. En las perversiones, sin embargo, las fantasías se vuelven conscientes y son directamente expresadas como actividades placenteras y egosintónicas. De este modo, Freud describió la neurosis como el negativo de las perversiones: los síntomas neuróticos eran fantasías perversas desexualizadas. En la visión clásica, las perversiones pueden ser fijaciones o regresiones a formas infantiles de sexualidad que persisten en la vida adulta (Fenichel,

1945; Sachs, 1986). Algún remanente de la experiencia infantil es preservado en la conciencia y es el portador de toda la sexualidad infantil a través del proceso de desplazamiento. Un acto perverso se vuelve un procedimiento fijo y ritualizado que es la única ruta al orgasmo genital. En la formulación clásica (Fenichel, 1945), el factor decisivo que impide el orgasmo a través de la relación genital convencional es la ansiedad de castración. Las perversiones sirven entonces a la función de la negación de la castración. (Debido a que la inmensa mayoría de pacientes que sufren de parafilias son hombres, las formulaciones presentadas aquí supondrán al género masculino.)

Freud (1905/1953) estimó la complejidad de las perversiones, que son multifacéticas. Él notó, por ejemplo, los innumerables determinantes inconscientes del voyeurismo y exhibicionismo, que son las caras opuestas de la misma moneda. En su trabajo clínico, observó que cualquier perversión "activa" estaba siempre acompañada de una contraparte "pasiva". En esta formulación, el sádico tendría un núcleo masoquista, mientras que el voyeur sufriría de deseos exhibicionistas inconscientes.

Los investigadores psicoanalíticos actuales han concluido que la teoría de las pulsiones sola es insuficiente para explicar mucho de las fantasías perversas y conductas vistas en la clínica y que los aspectos relacionales de las perversiones son cruciales para una comprensión amplia (McDougall, 1980, 1986; Mitchell, 1988). De acuerdo con Stoller (1975, 1985), la esencia de la perversión es una conversión de un "trauma infantil a un triunfo adulto" (1975, p. 4). Los pacientes son llevados por sus fantasías de vengar traumas infantiles humillantes causados por sus padres. Su método de venganza consiste en deshumanizar y humillar a su pareja durante el acto perverso o la fantasía perversa.

La actividad sexual perversa también puede ser una huida de la relación con el objeto (Mitchell, 1988). Muchas personas que sufren de parafilias se han separado e individuado en forma incompleta de las representaciones intrapsíquicas de sus madres. Como resultado, sienten su identidad como una persona separada que está siendo constantemente amenazada por la fusión o engolfamiento de objetos internos o externos. La expresión sexual puede ser el dominio en el cual ellos pueden afirmar su independencia. Mientras que Stoller (1975, 1985) vio a las perversiones como expresiones del deseo de humillar, Mitchell (1988) las comprendió como un desafío de la influencia despótica de la figura materna interna. Un aspecto del alivio experimentado por los pacientes parafílicos luego de que han actuado sus deseos sexuales es su sensación de triunfo sobre su madre controladora interna.

McDougall (1986) notó otros significados con respecto a las relaciones de objeto de las *neosexualidades*. Ella sugirió que la conducta sexual evoluciona de una matriz complicada de identificaciones y contraidentificaciones con nuestros padres. Cada niño está metido en un drama psicológico in-

consciente que proviene de los deseos y conflictos eróticos inconscientes de los padres. De este modo, la naturaleza obligatoria de cualquier *neosexualidad* está programada por guiones parentales internalizados por el niño. En la visión de McDougall, la conducta sexual desviada puede funcionar en parte para proteger los objetos introyectados de la agresión del paciente a través del acting out del drama inconsciente "escrito" por los padres.

Kohut (1971, 1977) ofreció una perspectiva de la psicología del self sobre la función de las perversiones. Para él, la actividad perversa implica un intento desesperado de restaurar la integridad y la cohesividad del self en la ausencia de las respuestas empáticas de objetos del self por parte de los otros. La actividad o fantasía sexual puede ayudar al paciente a sentirse vivo e intacto cuando es amenazado por el abandono o la separación. La conducta perversa en el curso de la psicoterapia o el análisis puede de este modo ser una reacción a las fallas empáticas del terapeuta, llevando a una interrupción temporaria de la matriz self-objetos del self establecida entre el paciente y el terapeuta (Miller, 1985). Según Kohut (1977), las manifestaciones conductuales de las perversiones son un fenómeno secundario: "Luego de la ruptura de la unidad psicológica primaria (fusión-empática con el objeto del self demandada enérgicamente), la pulsión aparece como un producto de desintegración; la pulsión es entonces reclutada en el intento de producir la fusión perdida (y de este modo la reparación del self) por medios patológicos, esto es, como representada en las fantasías y acciones del perverso" (p. 128).

Aunque no es una psicóloga de la psicología del self, McDougall (1986) también observó un profundo temor de pérdida de la identidad o la sensación de uno mismo, en el núcleo de mucha de la actividad perversa. Ciertas prácticas sexuales u objetos sexuales se vuelven como una droga que el paciente utiliza para "medicar" una sensación de muerte interna y un temor de autodesintegración. En estos pacientes, McDougall observó un proceso de internalización defectuosa que impediría su uso de objetos transicionales en la infancia durante sus esfuerzos para separarse de las figuras maternas.

Goldberg (1995) ha extendido la visión de la psicología del self de las perversiones. Él cree que la sexualización es un intento de reparar un defecto estructural en el self que está conectado a una incapacidad de manejar y experimentar estados emocionales dolorosos. Él también vincula la perversión a una escisión vertical dentro de la personalidad entre la parte del "verdadero yo" y el sector renegado que se encarga de iniciar y promulgar los actos perversos. Sin embargo, Goldberg también destaca que las generalizaciones acerca de los temas psicodinámicos en la perversión son injustificadas debido a que una amplia variedad de dinamismos pueden ser implicados en cualquier escenario sexualizado particular.

La sabiduría clínica tradicional ha sugerido que las perversiones son raras en las mujeres. Este punto de vista ha ido cambiando en los años recien-

tes como resultado de la investigación empírica y la observación clínica que demostró que las fantasías perversas son realmente comunes en las mujeres. En un estudio exhaustivo de perversiones femeninas, Louise Kaplan (1991) señaló que los clínicos no han logrado identificar las perversiones en las mujeres porque éstas implican dinamismos más sutiles que la sexualidad más obvia de las perversiones en los hombres. Los actos sexuales provenientes de las parafilias femeninas implican temas inconscientes de separación, abandono y pérdida. Por ejemplo, algunas mujeres que han sido abusadas sexualmente cuando niñas adoptan un estereotipo exagerado de sexualidad femenina en un esfuerzo por tomar revancha sobre los hombres y asegurarse su feminidad.

Antes de considerar la dinámica de cada parafilia en particular, debemos notar que las razones para la preferencia individual de una fantasía o un acto perverso sobre otro permanecen oscuras. Además, con frecuencia coexisten en la misma persona distintas pārafilias. Aunque la visión tradicional de la perversión sostiene que el individuo perverso está fijado a un tipo de escenario sexual, un estudio de 561 hombres que buscaban evaluación y tratamiento para parafilias encontró que menos de un 30% de los sujetos (excluyendo los transexuales) habían confinado su conducta desviada a sólo una perversión (Abel y col., 1988). Finalmente, una amplia gama de diagnósticos psiquiátricos y niveles de organización de la personalidad pueden estar presentes en un individuo parafílico. Se han observado perversiones, por ejemplo, en pacientes psicóticos, en aquellos con trastornos de la personalidad, y en pacientes neuróticos relativamente intactos. Por lo común, predomina la sexualidad perversa polimorfa en pacientes con organización borderline de la personalidad (Kernberg, 1975). Las parafilias que implican crueldad abierta a otros se encuentran con frecuencia presentes en pacientes con trastorno antisocial de la personalidad. De este modo, la comprensión psicodinámica de cualquier paciente individual implicado en actividad sexual perversa supone una comprensión minuciosa de cómo interactúa la perversión con la estructura de carácter subyacente del paciente. Por ejemplo, los pacientes con organización neurótica pueden usar una actividad parafílica para la facilitar potencia genital, mientras que los pacientes cerca del borde psicótico pueden usar la misma actividad para defenderse de una sensación de disolución del self (Person, 1986).

Exhibicionismo y voyeurismo. Al exponer sus genitales a mujeres o niñas extrañas, el exhibicionista se reasegura de que no está castrado (Fenichel, 1945; Freud, 1905/1957). La reacción de shock que sus acciones producen lo ayuda a hacer frente a la angustia de castración y le da un sentimiento de poder sobre el sexo opuesto. Stoller (1985) ha señalado que los actos exhibicionistas siguen típicamente una situación en la cual el ofensor se sintió humillado, con frecuencia por una mujer. Tras ello, el exhibicionis-

ta se venga de esta humillación escandalizando a mujeres desconocidas. Más aún, la exposición de sus genitales le permite al hombre recuperar algo del sentido de valor e identidad masculina positiva. A menudo, estos hombres revelan una profunda inseguridad acerca de su masculinidad. Stoller (1985) señaló que la angustia de castración no captura por completo la motivación para el acto exhibicionista. Para él, la amenaza "tiene que ver con la identidad; como la humillación se relaciona con la angustia existencial, amenaza a la identidad nuclear de género" (p. 20). Los exhibicionistas con frecuencia sienten que no han llamado la atención de ningún familiar, y por eso tienen que recurrir a conductas de este tipo para ser notados (Mitchell, 1988). Cada acto exhibicionista puede, entonces, ser un intento de revertir una situación traumática infantil.

La cara opuesta del exhibicionismo-voyeurismo también implica una violación de la privacidad de una mujer desconocida, un triunfo agresivo pero secreto sobre el sexo femenino. Fenichel (1945) vinculó las tendencias voyeuristas a una fijación en la escena primaria infantil, en la cual el niño presencia o escucha las relaciones sexuales de sus padres. Esta experiencia traumática temprana pudo despertar la angustia de castración del niño y entonces llevarlo a representar de nuevo la escena una y otra vez como un adulto en un intento de dominar activamente un trauma experimentado pasivamente. Fenichel también identificó un componente agresivo en mirar, conceptualizándolo como un desplazamiento evitativo de la culpa del deseo de ser directamente destructivo con la mujer. Aún los pacientes que tienden a actividades voyeuristas manifiestas, pueden exhibir derivados comunes como curiosidad y ansiedad acerca del mirar. Algunos pacientes son incluso renuentes a echar un vistazo alrededor del consultorio del terapeuta por temor a que su curiosidad pueda ser interpretada como destructiva o que verán algo prohibido. Mitchell (1988) observó que el exhibicionismo y el voyeurismo capturan una cualidad esencial típica de toda las perversiones: "una dialéctica entre superficie y profundidad, entre lo visible y lo secreto, entre lo disponible y lo retenido" (p. 111).

Sadismo y masoquismo. Las personas que requieren fantasías o acciones sádicas para alcanzar la gratificación sexual están por lo habitual intentando inconscientemente revertir escenas infantiles en las cuales han sido víctimas de abuso físico o sexual. Al infligir a otros lo que les ha pasado cuando niños, ellos logran vengarse y adquirir al mismo tiempo, una sensación de dominio sobre el trauma infantil. Stoller (1991) encontró que un gran porcentaje de miembros de clubes sadomasoquistas que practicaban "body piercing" (perforación del cuerpo con objetos) habían sido niños hospitalizados que habían recibido en forma continúa inyecciones para tratar sus enfermedades de la infancia. Los pacientes masoquistas que requieren humillación e incluso dolor para alcanzar el placer sexual pueden tam-

bién estar repitiendo experiencias de abuso infantil. Fenichel (1945) creyó que los pacientes masoquistas están haciendo un sacrificio-aceptando "un mal menor" en lugar de la castración. Pueden estar también firmemente convencidos de que merecen castigo por sus deseos sádicos conflictivos. En algunos casos, estos pacientes se defienden contra la angustia de separación sometiéndose al abuso. Suelen estar convencidos de que una relación sadomasoquista es la única forma disponible de relación con el objeto: es mejor una relación abusiva que ninguna relación.

Sadismo y masoquismo son exclusivos porque son las únicas perversiones clásicas reconocidas de ocurrir habitualmente en ambos sexos (Person, 1986). Aunque el masoquismo ha sido, en forma estereotipada, vinculado con la mujer, con regularidad se encuentran formas mudas de fantasías sádicas y masoquistas en casi todas las personas. Las prácticas de los hombres homosexuales y los reportes de prostitutas femeninas sugieren también que las actividades sexuales masoquistas pueden ser más comunes en los hombres. Sacher-Masoch, el escritor austríaco del siglo XIX, de quien derivara el término fue, de hecho, un poeta del masoquismo masculino. Todo despertar sexual puede, en efecto, estar vinculado con deseos agresivos (Stoller, 1985). Los pacientes que vienen a psicoterapia o a psicoanálisis con inhibiciones sexuales a menudo revelan fantasías muy sádicas que les impiden implicarse sexualmente con otras personas.

En términos relacionales, el sadismo con frecuencia se desarrolla a partir de una forma particular de relación de objeto interno en la cual el objeto retenedor y distante requiere un enérgico esfuerzo para vencer su resistencia a la correspondiente representación del self (Mitchell, 1988). De modo similar, la rendición masoquista puede ser una manifestación actuada de una relación de objeto interno en la cual el objeto responderá al self sólo cuando es humillado.

Desde la perspectiva psicológica del self, la conducta masoquista es un esfuerzo frenético para restaurar la sensación de cohesión del self de sentirse vivo. Aunque parece autodestructivo, el masoquismo puede ser experimentado por el paciente como autorreconstituyente. Stolorlow y col. (1988) reportaron el tratamiento de una paciente de 19 años muy perturbada quien repetidamente le pedía a su terapeuta que le pegara. En respuesta a la persistente pregunta acerca de por qué ella quería que él que la golpeara, ella escribió: "El dolor físico es mejor que la muerte espiritual" (p. 506). Como nadie le inflingía dolor ni abuso físico, esta paciente sentía que no existía y que no estaba conectada con nadie. Los autores notaron que es habitual que los pacientes masoquistas organicen su vida entera para satisfacer las necesidades de sus padres. Como resultado, su experiencia afectiva personal interna se vuelve remota y no disponible ya que ha sido sacrificada al servicio de sus padres.

Fetichismo. Para alcanzar la excitación sexual, los fetichistas requieren el uso de un objeto inanimado, con frecuencia una prenda de vestir interior de mujer, o un zapato o una parte corporal no genital. Freud originalmente explicó el fetichismo como derivado de la ansiedad de castración. El objeto elegido como el fetiche representa simbólicamente el "pene femenino", un desplazamiento que ayudó al fetichista a superar la angustia de castración. Siguiendo la premisa de que la conciencia masculina de los genitales femeninos incrementan el temor de un hombre a perder sus propios genitales y de convertirse en una mujer, Freud pensó que esta simbolización inconsciente explicaba la ocurrencia relativamente común del fetichismo. Él también usó esta formulación para desarrollar su concepto de la escisión del yo (1940/1964); en la mente fetichista coexisten dos ideas contradictorias: la negación de la castración y la afirmación de la castración. El fetiche representa a ambos.

Aunque Greenacre (1970, 1979) también vio a la angustia de castración como central para la comprensión del fetichismo, ella notó que éste tiene sus orígenes en perturbaciones pregenitales previas. Las interacciones traumáticas crónicas en los primeros pocos meses de vida puede, de este modo, jugar un papel fundamental en la producción del fetichismo. Debido a graves problemas en la relación madre-hijo, el infante es incapaz de ser calmado por su madre o por objetos transicionales. Para experimentar la integridad corporal, el niño requiere entonces un fetiche, algo "reasegurador y duro, inflexible, de forma inalterable, y muy durable" (1979, p. 102). Estas perturbaciones pregenitales tempranas son reactivadas luego cuando el niño o adulto masculino se preocupa por su integridad genital. En esencia, para Greenacre el fetiche funcionaba como un objeto transicional.

Kohut (1977) sostuvo una visión bastante similar acerca del fetichismo, aunque formulada en términos de la psicología del self. Describió a un paciente masculino cuya infancia se caracterizaba por el trauma de la falta de disponibilidad de su madre. El paciente hizo un fetiche de sus calzoncillos, que sirvió como sustituto del objeto del self no disponible. En contraste con sus sentimientos de desamparo por parte de su madre, él mantendría el control total sobre esta versión no humana de un objeto del self. De este modo, lo que aparenta ser una gran necesidad sexual de un objeto, puede en realidad reflejar la intensa ansiedad por la pérdida de la sensación del propio self (Mitchell, 1988).

En escritos más recientes sobre fetichismo se ha ampliado el concepto y se lo incluye como parte de un espectro de un fenómeno que controla la ansiedad al conceder magia e ilusión a un objeto externo (Nersessian, 1988). El fetichismo va más allá de los objetos inanimados y se piensa que existe tanto en mujeres como en hombres. Más que intentar vincular al fetichismo con la ansiedad propia de un momento específico del desarrollo, las opiniones actuales se centran más en la necesidad que tiene el yo de un objeto ex-

terno para dominar la ansiedad. En un estudio prospectivo longitudinal, Massie y Szajnberg (1997) describen un caso de fetichismo amputado en el cual un hombre de 30 años recordaba el comienzo de un fetiche sexual en su quinto o sexto año de vida. La información histórica y los datos de la filmación padre-infante en los registros de la investigación, junto a los recuerdos históricos del paciente, proveyeron una visión compleja e iluminadora de la evolución de un fetiche. Hay varios factores que influyen claramente, entre ellos, una relación sexual excitante inusual e intensa tanto con la madre como con el padre, una propensión para un fuerte despertar psicofisiológico, dificultades para calmarse a sí mismo, un alerta muy sensible y sobreestimulador por parte de ambos padres en la vida psicológica del niño, y una experiencia temprana de la pérdida del padre durante diez semanas en el tercer año del niño. Este trauma real pareció contribuir a una vulnerabilidad a la angustia de separación. La forma específica del fetiche, implicando imágenes amputadas, también podía estar relacionada con una niñera que tenía una pierna enyesada y la ansiedad del niño acerca de que el yeso "se saliera". Massie y Szajnberg especulan que el fetichismo en este caso podía haber estado relacionado con una forma de juego intrapsíquico postraumático.

Pedofilia. De todas las perversiones, la pedofilia es la que es más probable que provoque sentimientos de desagrado y desprecio en los terapeutas. Para gratificar sus deseos sexuales, el pedófilo puede dañar en forma irreparable a niños inocentes. Algún marco conceptual o formulación psicodinámica puede permitir a los clínicos mantener un grado de empatía y comprensión cuando intentan tratar a estos pacientes. De acuerdo con la visión clásica (Fenichel, 1945; Freud, 1905/1953), la pedofilia representa una elección narcisista de objeto, eso es, el pedófilo ve a un niño como imagen especular de sí mismo como niño. Los pedófilos fueron también considerados como individuos débiles e impotentes que buscaban a niños como objetos sexuales porque ofrecerían menos resistencia o creaban menos ansiedad que las parejas adultas y de este modo podían evitar la angustia de castración.

En la práctica clínica, muchos pedófilos padecen de patología narcisista del carácter, incluyendo variantes psicopáticas de trastorno narcisista de la personalidad (véase cap. 17 para una discusión detallada de la interfase entre trastorno de la personalidad narcisista y antisocial). La actividad sexual con niños prepúberes puede apuntalar la frágil autoestima del pedófilo. De modo similar, muchos individuos con esta perversión eligen profesiones en las cuales pueden interactuar con niños porque las respuestas idealizadas de los niños los ayudan a mantener su propia estima positiva. A cambio, el pedófilo con frecuencia idealiza a estos niños; de este modo, la actividad sexual con ellos implica la fantasía inconsciente de fusión con un objeto ideal o la restauración de un self juvenil idealizado. Puede protegerse de la ansie-

dad acerca del envejecimiento y muerte a través de la actividad sexual con niños.

Cuando la actividad pedofílica ocurre junto con un trastorno narcisista de la personalidad con rasgos antisociales graves, o como parte de una indiscutible estructura de carácter psicopática (véase cap.17), los determinantes inconscientes de la conducta pueden estar estrechamente vinculados con la dinámica del sadismo. La conquista sexual del niño es la herramienta de la venganza. Los pedófilos fueron ellos mismos con frecuencia víctimas de abuso sexual infantil y una sensación de triunfo y poder puede acompañar su transformación de un trauma pasivo en una victimización perpetrada activamente.

El poder y la agresión caracterizan también a los pedófilos cuya actividad sexual está limitada a relaciones incestuosas con sus propios hijos o hijastros. Estos hombres por lo habitual no se sienten amados por sus esposas, y provocan respuestas de cuidado en sus niños ante quienes representan el papel de víctimas (Ganzarain y Buchele, 1990). El anverso de su autopresentación martirizada, sin embargo, es una sensación de control y poder sobre sus parejas sexuales. Estos padres incestuosos albergan una extraordinaria hostilidad hacia las mujeres, y por lo general para ellos el pene es un arma a ser utilizada en actos de venganza contra las mujeres. Algunos han incluso reconocido que los intensos sentimientos de enojo producen erecciones (Ganzarain y Buchele, 1990).

Con frecuencia se diferencia a los pedófilos en dos formas: 1) si están fijados a una etapa evolutiva; 2) si han regresado a ella (Groth y Birnbaum, 1979; McConaghy, 1998). El pedófilo fijado siente atracción sexual por personas más jóvenes desde su adolescencia, mientras que el pedófilo regresivo con frecuencia no muestra atracción sexual por personas jóvenes hasta la edad adulta. Los pedófilos fijados generalmente cometen sus ofensas contra niños, mientras que sus contrapartes que han regresado con frecuencia explotan a niñas. Aquellos que infringen contra las niñas típicamente llevan a cabo sus ofensas en el hogar como parte de una relación incestuosa, y tienden a tener muy pocas víctimas. El pedófilo fijado, que elige niños como el objeto de deseos sexuales, tiende a tener muchas víctimas y atormentan a niños que viven fuera del hogar. Dado que el pedófilo que ha regresionado puede también estar atraído por mujeres adultas, el pronóstico es mucho mejor que el del pedófilo fijado, que principalmente centra su atención en niños.

Travestismo. En esta parafilia común, el paciente varón se viste como una mujer para crearse el despertar sexual que lo lleva a la relación sexual heterosexual o a la masturbación. El paciente puede comportarse en un modo tradicionalmente masculino mientras está vestido como un hombre pero luego volverse afeminado cuando se viste como mujer. La comprensión

psicoanalítica clásica del travestismo implica la noción de la madre fálica. Al imaginar que su madre posee un pene, aunque no esté claramente visible, el niño varón se sobrepone a su angustia de castración. El acto del travestismo puede entonces ser una identificación con la madre fálica (Fenichel, 1945).

En un nivel más primitivo, el pequeño niño puede identificarse con su madre para evitar la angustia de separación. Su conciencia acerca de las diferencias genitales entre él y su madre puede activar la ansiedad de que él la perderá porque son individuos separados. El trabajo clínico con travestis, revela que cuando se travisten, comúnmente experimentan algún grado de fusión con un objeto materno intrapsíquico. Esto los reasegura de que no están en peligro de perder la presencia de la madre tranquilizadora dentro de sí. Estos hombres son siempre heterosexuales (Person, 1986) y muchos están bien adaptados. En un estudio de 188 hombres travestidos (Brown y col., 1996) los travestis fueron indistinguibles de los hombres promedio en tests de funcionamiento sexual, personalidad y malestar emocional. Estos individuos raramente buscan tratamiento psiquiátrico. Por el contrario, los hombres transgéneres o transexuales tienen muchos más síntomas psiquiátricos, menos impulso sexual, y peor imagen corporal que los travestis. Aunque los travestis están por lo general bastante convencidos de que son heterosexuales y hombres, algunos pueden aparecer en clínicas a mediana edad convencidos de que se han vuelto transexuales. Poco se sabe acerca del transexualismo porque muchos de los individuos buscan más la cirugía para cambiar su sexo que la psicoterapia o el psicoanálisis.

Consideraciones terapéuticas

Los pacientes con parafilias son notoriamente difíciles de tratar. A lo largo de los años, han desarrollado una solución erótica artesanal a sus problemas, y raramente están interesados en abandonar esa práctica (McDougall, 1986). ¿Por qué debería alguien interrumpir una práctica que produce gran placer? La mayoría de las perversiones son egosintónicas; son pocos los pacientes que, preocupados por sus síntomas, quieren tratamiento. Las personas con fetiches generalmente ven a su fetichismo como si fuera sólo una idiosincrasia personal, y no un síntoma psiquiátrico (Greenacre, 1979). Por lo habitual, buscan tratamiento por otras razones y el fetichismo emerge en el curso de la terapia o el análisis.

La vasta mayoría de pacientes parafílicos viene al tratamiento bajo presión. Una crisis marital, bajo la amenaza de un divorcio, puede traer a un travesti a la atención clínica. En las instancias del voyeurismo, exhibicionismo y en particular la pedofilia, las presiones legales con frecuencia imponen el tratamiento como condición para la libertad o como una alternativa

a la encarcelación. Una cita en la corte puede estar pendiente, de manera tal que el paciente cubrirá el expediente de tratamiento para "aparentar bien" en la corte e influir al juez para que retire cualquier cargo. En cada caso de parafilia, la primera orden de día es clarificar la situación legal. El clínico puede decidir aplazar una decisión de tratamiento a largo plazo hasta luego de la disposición del caso en la corte. Aquellos pacientes que continúan solicitando tratamiento luego de que todas las cuestiones legales han sido resueltas pueden tener un mejor pronóstico (Reid, 1989).

Las respuestas contratransferenciales que provocan son otro gran impedimento para el tratamiento de los pacientes con perversiones. Si, de hecho, todos luchamos con deseos perversos inconscientes, como Freud y otros desde sus tiempos lo han sugerido repetidamente, entonces es razonable asumir que podemos reaccionar frente al paciente perverso como lo haríamos frente a nuestros propios impulsos perversos. Nos llenamos de indignación, ansiedad y desprecio. Nuestro impulso natural es responder punitivamente: moralizar, reprender, sermonear y hacer lo que podemos para "erradicar" la perversidad. También nos estremecemos con horror ante la posibilidad de que cualquiera permita dar rienda suelta a tales impulsos cuando nosotros mismos los controlamos con tanto cuidado. Otra tendencia contratransferencial es estar en connivencia con la evitación del paciente a la perversión al hablar de otros aspectos de su vida. Los clínicos pueden evitar sus propios sentimientos de indignación y desprecio evadiendo la totalidad del área de la patología sexual. Con algunos pacientes, pedófilos, en particular, ciertos terapeutas pueden sentir que simplemente no pueden ser efectivos debido a su intenso odio contratransferencial. En estas instancias, es mejor derivar al paciente a otro terapeuta.

Otra razón final para la dificultad terapéutica con personas que padecen perversiones es la psicopatología asociada. La fantasía y la conducta perversas son suficientemente difíciles de modificar, pero cuando la condición del paciente es complicada por patología de carácter borderline, narcisista, o antisocial, el pronóstico se vuelve más reservado aún.

Si el tratamiento de las parafilias, especialmente aquellos con pedofilia y otras ofensas criminales, resulta efectivo o no, es muy controvertido (Hall, 1995; Marshall y Pithers, 1994; McConaghy, 1998; Prentky y col., 1997; Rice y col., 1991). Aunque algunos estudios son alentadores, la validez de las medidas de resultado utilizadas en el seguimiento es altamente problemática. Utilizar la recidiva, medida por los registros de arrestos, lanza sólo una red estrecha. Dado que la observación durante 24 horas de pedófilos, por ejemplo, es imposible, los investigadores no pueden estar seguros de que éstos continúan actuando sus impulsos para acosar sexualmente a los niños.

La mayoría de los programas terapéuticos supone modelos integrados que son cortados a medida individualmente para el paciente. Hay una sus-

tancial bibliografía psicoanalítica y psicoterapéutica acerca del tratamiento de algunas formas de parafilia (Fogel y Myers, 1991; Goldberg, 1995; L. J. Kaplan, 1991; McDougall, 1980, 1986, 1995; Person, 1986; Rosen, 1964, 1979; Stoller, 1985). Además del uso de los abordajes psicodinámicos la terapia cognitivo-conductual, el recondicionamiento conductual y la prevención de las recaídas también se suelen emplear y han sido útiles con ciertos pacientes. Las metas del tratamiento por lo general incluyen asistir al paciente en sobreponerse a su negación y ayudarlos a desarrollar empatía por sus víctimas; identificando y tratando la excitación sexual desviada; identificando déficit sociales y habilidades inadecuadas de adaptación, desafiando distorsiones cognitivas y desarrollando un plan amplio de prevención de recaídas que incluya la evitación de situaciones que probablemente tienten al paciente.

Medicaciones antiandrogénicas, como el acetato de ciproterona y acetato de medroxiprogesterona (Depo-Provera), son también modalidades terapéuticas populares. Su utilidad es limitada, sin embargo, por un número significativo de inconvenientes. Primero, tienen efectos adversos serios, incluyendo el embolismo pulmonar, el aumento de peso, la hipertensión y la tromboflebitis. Segundo, el problema de la falta de cumplimiento es enorme: un estudio (Berlin y Meinecke, 1981) tuvo una tasa de abandonos mayores del 50%. El mismo estudio reveló que el 15% de los sujetos tenía una conducta perversa recurrente cuando tomaba la medicación. Es fácil comprar las inyecciones de testosterona en forma ilegal en la calle. Una desventaja final de los agentes antiandrógenos es que disminuyen el impulso sexual por reducir las concentraciones plasmáticas de testosterona, pero no hacen nada para alterar la desviación en sí misma. Si la medicación es interrumpida, al cabo de una semana, aproximadamente, la conducta desviada del paciente reaparece (Travin y col., 1985). A pesar de que han sido utilizadas durante 30 años, estas drogas todavía se consideran en investigación en estos trastornos.

Tratamientos psicoterapéuticos. La psicoterapia expresiva-de apoyo con un énfasis en lo expresivo suele ser el método de tratamiento preferido, pero las expectativas del terapeuta deben, sin embargo, ser modestas. Aunque muchos pacientes harán mejorías considerables en la relación con el objeto y el funcionamiento yoico, sus tendencias perversas subyacentes pueden ser modificadas en un menor grado. En general, esos pacientes con organizaciones del carácter de nivel superior tienen mejores resultados que aquellos con niveles borderline de organización (Person, 1986).

De modo similar, a aquellos pacientes que están psicológicamente dispuestos, que poseen cierto grado de motivación, que presentan algún malestar por sus síntomas y están curiosos acerca de los orígenes de sus sínto-

mas probablemente les va a ir mejor que a aquellos que carecen de esas cualidades.

Cuando las personas parafílicas son tratadas con psicoterapia dinámica surgen por lo general, ciertos problemas. Estos pacientes raramente desean enfocar en la perversión en sí misma y con frecuencia afirman que ya no es más un problema para ellos. Aunque los psicoterapeutas deben tratar los trastornos asociados con la parafilia, deben también confrontar vigorosamente esa negación desde el comienzo. Otra tarea terapéutica es integrar la conducta perversa al sector central del funcionamiento de la personalidad del paciente para que pueda ser abordada junto con el resto de la vida del paciente. La escisión vertical en la personalidad del paciente puede dar origen al fenómeno de transferencias paralelas pero distintas. Cada transferencia producirá correspondientes contratransferencias, que implican por lo habitual una connivencia con la perversión. Goldberg (1995) sugiere que el terapeuta debe reconocer el comportamiento como esencial para la supervivencia emocional del paciente y la conducta perversa como algo a ser comprendido y reducido. Para él, la escisión vertical en la transferencia se encuentra con una respuesta escindida correspondiente en el terapeuta.

Por lo habitual, existe otro dilema en la psicoterapia que se centra alrededor de la evitación de una postura punitiva en relacion con la actividad perversa del paciente. Algunos Estados tienen leyes de denuncia que requieren que el terapeuta rompa la confidencialidad si la actividad pedofílica es descubierta durante el tratamiento psiquiátrico. Incluso, aparte de las consideraciones legales y éticas, la conducta perversa por lo general evoca respuestas altamente desaprobatorias en los terapeutas. Los pacientes susceptibles suelen detectar la lucha del terapeuta para abstenerse de ser punitivo. Los pacientes inteligentes pueden explotar esta lucha contratransferencial acusando a su terapeuta de ser duro y cruel debido a que centra la terapia en los síntomas perversos. Los pacientes pueden también evitar discutir el síntoma al mostrar sentimientos de pena, vergüenza y humillación.

Si el paciente puede superar su resistencia inicial a formar una alianza terapéutica para comprender el síntoma perverso, entonces ambos, el paciente y el terapeuta, pueden comenzar a buscar los significados inconscientes del síntoma y su funcionamiento en la personalidad del primero. La mayoría de las parafilias opera en el contexto de una relación de objeto fuera de la conciencia del paciente. Muchos pacientes con parafilia experimentan sus fantasías y conductas como esencialmente no psicológicas, y no son conscientes de las conexiones entre sus síntomas y estados de sus sentimientos, o entre los síntomas y eventos de la vida, que pueden incrementar su necesidad de síntomas. La mayor parte del esfuerzo del terapeuta debe, entonces, abocarse a explicar estas conexiones.

El señor S, un estudiante universitario, fue hospitalizado luego de un arresto por exponerse a estudiantes femeninas en el campus. Él se sentaba en su auto en la playa de estacionamiento de los dormitorios de las mujeres con sus genitales expuestos. A medida que las estudiantes femeninas caminaban por allí, algunas miraban dentro del auto y él sentía que el susto de ellas lo excitaba. Durante su breve hospitalización, el señor S aceptó comenzar una psicoterapia, pero era básicamente un participante reacio. Él le dijo al terapeuta que su vergüenza y depresión por haber sido arrestado y hospitalizado impedirían que recurriera nuevamente al exhibicionismo. Prefería utilizar la terapia para hablar de otras cuestiones, tales como sus problemas con la autoestima y su aplicación a los estudios en la universidad.

El terapeuta confrontó su negación y sugirió que el problema del exhibicionismo no había desaparecido simplemente porque el señor S hubiera sido hospitalizado. Luego del alta hospitalaria, el señor S continuó con la lucha contra sus impulsos exhibicionistas, en ocasiones rindiéndose a ellos. Cada vez que reportaba esos impulsos en la terapia, su terapeuta lo invitaba a la reflexión sobre los posibles precipitantes de sus impulsos o acciones. El señor S parecía genuinamente perplejo a medida que buscaba en su memoria sentimientos o eventos previos. El deseo de exponerse estaba tan incorporado a su identidad que no podía pensarlo como producto de origen afectivo o vincular.

Después de otro episodio, el terapeuta le señaló que eso había ocurrido luego de que una joven compañera había rechazado una cita. El señor S reconoció que se había sentido desairado y humillado y que podía entender que exhibirse era una expresión de su enojo y venganza cuando las mujeres le fallaban. Él comenzó a notar un patrón de impulsos exhibicionistas crecientes cada vez que experimentaba un desaire o rechazo de cualquier mujer a quien persiguiera románticamente. Con ayuda de su terapeuta, el señor S fue capaz de vincular su enojo frente a las mujeres con un profundo resentimiento hacia su madre por su regreso al trabajo de jornada completa fuera del hogar cuando él tenía dos años.

Cuando se comenzaron a abordar aspectos susceptibles de las relaciones del señor S con las mujeres, él puso fin a su tratamiento abruptamente. Varios años más tarde, sin embargo, le escribió a su terpeuta, indicando que había encontrado la llave para sobreponerse a su urgencia de exponerse. Aunque su tendencia exhibicionista aún lo atormentaba de vez en cuando, había conseguido controlarla por medio de enseñarse a "aprender a amar a las mujeres". Él había descubierto, a través de una relación positiva con una joven mujer, que algunas mujeres realmente se preocupaban por él. Le agradeció al terapeuta por haberlo ayudado a ver que había estado distorsionando los sentimientos de las mujeres hacia él. Cuando se dio cuenta de que las mujeres no lo rechazaban porque era un hombre, se sintió menos temeroso cerca de ellas y menos obligado a vengarse de ellas a través del exhibicionismo.

La terapia de pareja puede ser fundamental para el éxito del tratamiento de las parafilias. Una crisis de pareja puede precipitar la búsqueda de tratamiento por parte del paciente en principio. Con frecuencia ayuda a delinear cómo la actividad perversa refleja las dificultades sexuales y emocionales en la díada marital. Puede también aliviar los sentimientos injustificados de culpa y responsabilidad de la esposa por la conducta y puede en cambio facilitar la sensación de que ella es parte de su solución más que parte de su causa (Kentsmith y Eaton, 1978). Una exploración de la discordia marital puede también revelar que la parafilia es un contenedor o "chivo expiatorio" que desvía el foco de otras áreas problemáticas en el matrimonio (Reid, 1989). Los clínicos deben entonces ser innovadores en utilizar a la esposa del paciente como una terapeuta adjunta en los casos refractarios de parafilia. Por ejemplo, un hombre que no respondía a los tratamientos para el exhibicionismo fue capaz de controlar el síntoma sólo cuando su esposa aceptaba conducirlo a todos los lugares a donde él iba. En casos de travestismo, el foco principal del tratamiento puede ser el de ayudar a la esposa del paciente a aceptar que la conducta de travestirse es poco probable que cambie y ayudarla a volverse más tolerante acerca de la necesidad de su marido de usar ropa de mujer.

En casos de pedofilia que ocurren en el contexto del incesto, la terapia familiar es por lo general una parte integral del plan de tratamiento global. Las madres típicamente entran en connivencia en estos arreglos incestuosos al escotomizar la abundante evidencia de las relaciones sexuales padre-hija (ocasionalmente padre-hijo). Estas madres por lo común crecieron como niñas parentalizadas que nunca recibieron la crianza que necesitaron en la niñez debido a que estaban muy ocupadas cuidando de sus propios padres y hermanos (Gelinas, 1986). Ellas tienden a casarse con hombres dependientes muy necesitados como una continuación de su propensión al cuidado. A causa de sentimientos crónicos de abandono, la mujer en este tipo de familia es por lo general muy ambivalente acerca de criar hijos, y cuando éstos llegan, puede sentirse abrumada y por ende, abandona a su esposo. A medida que la madre y el padre se van separando, el padre se dirige hacia uno de los niños, usualmente la hija mayor, en búsqueda de crianza, conduciendo a la segunda generación de patrón de niños parentalizados. Este niño con frecuencia se siente responsable por ocupar el rol de la madre, y cuando parte de esa reponsabilidad conlleva satisfacer sexualmente a su propio padre, ella puede subordinar sus propias necesidades y derechos a los de él. Ella existe para satisfacer las necesidades de otros. Por cierto, la terapia familiar en casos de incesto a menudo revela que la víctima protege al ofensor y mantiene lealtad hacia él. La terapia familiar efectiva requiere una atención cuidadosa de estas dinámicas. La lealtad de la víctima al ofensor debe ser reconocida y respetada. Es también útil focalizar en los deseos del padre de relación y conexión más que en la sexualidad y perversión (Geli-

nas, 1986). Las víctimas de incesto con frecuencia reportan que el único calor que alguna vez recibieron en su familia de origen fue el del padre. La depleción de los recursos emocionales de la madre debe también ser abordada de modo empático, y el terapeuta debe fortalecer sus capacidades yoicas. El terapeuta que accede a la familia identificando y buscando castigar a los villanos se encontrará con resistencias masivas; los miembros de la familia "levantarán un muro" para excluir a un atacante externo que no reconoce el equilibrio homeostático dentro del sistema familiar.

La psicoterapia dinámica de grupo es otra modalidad que ha sido utilizada efectivamente con pacientes que padecen perversiones. Voyeurs y exhibicionistas pueden responder bien a las modalidades grupales. En un estudio (Rosen, 1964), 21 de 24 pacientes se recuperaron o mejoraron en un seguimiento a 6-36 meses posteriores. La terapia forzada legalmente con los acosadores sexuales, como los pedófilos, también ha obtenido resultados satisfactorios, aún en la forma de tratamiento ambulatorio (Ganzarain y Buchele, 1990); Rappeport, 1974). Estos grupos proveen una mezcla de soporte y confrontación de parte de otros ofensores que están íntimamente familiarizados con los problemas del paciente, del mismo modo que los grupos homogéneos de adictos o alcohólicos ejercen presión grupal para cambiar la conducta destructiva. Ganzarain y Buchele (1990) encontraron que excluyendo a los pedófilos gravemente perturbados –aquellos con síndrome cerebral orgánico, psicosis, abuso de sustancias, sociopatía pura, y perversiones exclusivas– puede facilitar la identificación de un subgrupo de pedófilos que responderán bien a la psicoterapia expresiva de grupo. Aunque los pacientes en un subgrupo de ofensores frecuentemente negaron responsabilidad y externalizaron culpa, muchos sufrieron de sentimientos de culpa inconscientes y una profunda sensación de vergüenza y humillación por haber sido descubiertos. Usualmente, sin embargo, estos sentimientos fueron defendidos a través de la considerable resistencia a la exploración psicoterapéutica. Dado que el tratamiento se realizó por orden judicial, muchos de los ofensores vieron a los terapeutas de grupo como agentes de la corte y por ende asumieron la postura de estar "haciendo tiempo". Aquellos pacientes con menores niveles de sociopatía y mayores sentimientos de culpa inconsciente al final fueron capaces de utilizar el proceso de la terapia de grupo para entender que su odio a la mujer provenía de sus deseos de ser amados. Esta comprensión llevó a un mayor control de los impulsos sexuales y mejoría general en su capacidad para las relaciones de objeto.

Tratamiento hospitalario. Los pacientes parafílicos que con frecuencia se hospitalizan son los pedófilos, y en menor medida, los exhibicionistas, quienes simplemente son incapaces de controlar su comportamiento en forma ambulatoria. Muchos de los mismos problemas contratransferenciales descritos para los tratamientos psicoterapéuticos también surgen en el

tratamiento hospitalario. La negación del paciente de la perversión puede conducir a los miembros del equipo a entrar en connivencia con él por focalizarse en otros problemas. Un exhibicionista se sentaba regularmente en el salón dentro de la unidad del hospital con una erección visible debajo de sus pantalones. Sin embargo, ninguno en el equipo de enfermería había reportado que notó este comportamiento hasta que el doctor señaló que una manifestación de la contratransferencia con este paciente era un temor a mirar. Este mismo paciente también se paraba con frecuencia desnudo en la habitación hasta que una enfermera realizaba el recorrido; entonces actuaba como sorprendido e indignado cuando ella lo miraba. Cuando el doctor sacó a relucir este comportamiento en un encuentro grupal en la unidad, el paciente trató de convocar el apoyo de sus compañeros al acusar al médico de ser insensible y cruel por avergonzarlo en frente de sus pares.

En general, los pacientes con parafilias objetarán discutir sus problemas en los encuentros grupales o en los encuentros comunitarios en una unidad de internación. No obstante, cuando los miembros del equipo acceden con los pedidos de evitar cuestiones sexuales en los encuentros terapéuticos, están entrando en connivencia con la tendencia del paciente a atravesar una hospitalización entera sin hacer frente a la perversión que requirió la hospitalización. Muchos pedófilos son individuos extraordinariamente melosos que encantarán a otros pacientes a la evitación de las confrontaciones.

> El señor T, un docente de 41 años, había estado extensamente implicado en actividad sexual pedofílica por varios años. Cuando el equipo del hospital insistió en que él mencionara su acoso sexual en el encuentro comunitario en la unidad, el señor T accedió, pero de tal manera que no obtuvo respuesta de ninguno de los otros pacientes. Él comenzó diciendo que amaba a los niños y que estaba preocupado por el futuro de América. Él habló mucho acerca del amor por sus dos hijas y su preocupación respecto de cómo esta hospitalización podría afectarlas. Admitió la conducta sexual con niños pero hizo que sonara benigna. Explicó que nunca había forzado ninguna actividad sexual en ningun niño y aseguraba que, de hecho, todas sus víctimas habían disfrutado el contacto físico con él. El hablaba en términos de "abrazar" "acariciar", y mantenía que siempre había ocurrido en el contexto de una amistad amorosa. Cuando terminó su informe oral, los otros pacientes se mostraron bastante comprensivos. El psiquiatra a cargo del encuentro preguntó si nadie estaba horrorizado o si sentían repulsión por la conducta del señor T. Todos negaron esa reacción.

Los pedófilos en una unidad hospitalaria pueden virtualmente paralizar a los grupos de pacientes impidiéndoles darles la respuesta que darían a otros pacientes. Además, aquellos con sorprendentes rasgos de personalidad antisocial pueden simplemente mentir de manera tal que su conducta

perversa nunca sea enfrentada durante su hospitalización. Un paciente con estas características sostuvo durante 6 semanas de su hospitalización que había sido acusado falsamente. En el día de su alta, reconoció ante el médico, con una risita, que en verdad había acosado a un niño pero que no había querido admitirlo. A medida que este paciente empacaba las valijas para dejar la unidad, el médico se iba sintiendo con un sentimiento de frustración e impotencia frente a la posibilidad de intentar cualquier cosa para mejorar las condiciones del paciente.

Otros pedófilos pueden convencer a los miembros del equipo que están cumpliendo con el tratamiento para cubrir el expediente requerido por éste. Aparentan usar el insight ganado en la psicoterapia acerca del origen de sus impulsos y deseos pero interiormente no tienen ningún interés de cambiar. Ellos "juegan el juego" del tratamiento porque es bastante más preferible que la prisión, donde los pedófilos son con frecuencia sujetos a violaciones por los otros. Un pedófilo que era un modelo de paciente durante la hospitalización reportó que sus impulsos pedofílicos estaban cuidadosamente bajo control al alta. Él dijo, aún, que ya no se excitaba por los niños. Al ser transferido a una casa intermedia luego de la externación, él contiuó informando que ya no estaba perturbado por sus deseos pedofílicos. Pero esta ilusión se derrumbó cuando la policía promulgó una orden de arresto derivada de dos instancias de acoso sexual a niños. Este patrón de engañar a los miembros del equipo mientras se continúa el tratamiento es muy frecuente en esta población de pacientes. Algunos pedófilos pueden entonces tener mejores resultados en servicios correccionales con programas especializados para ofensores sexuales que comprenden abordajes confrontacionales de grupo.

Disfunciones sexuales

La creciente popularidad de técnicas conductuales en el tratamiento de las disfunciones sexuales (Masters y Johnson, 1970) puede haber llevado a algunos clínicos a ver los abordajes psicodinámicos como menos relevantes para el tratamiento de estos trastornos. En las dos últimas décadas pasadas, sin embargo, los terapeutas sexuales se han encontrado con numerosas parejas, que, por diversas razones, no eran aptas para la terapia conductual sexual breve. Como resultado, la prescripción de tratamientos específicos para disfunciones sexuales específicas se ha vuelto cada vez más sofisticada. Sin embargo, estos trastornos han servido como modelos para el desarrollo de técnicas terapéuticas combinadas que incluyen mezclas de intervenciones conductuales y dinámicas (H. S. Kaplan, 1974, 1979, 1986).

Hay poco cuestionamiento acerca de que ciertos pacientes pueden beneficiarse de las técnicas de Masters y Johnson. Estos investigadores originalmente reportaron un 80% de índices de éxito en sus programas de terapia sexual intensiva de dos semanas en St. Louis (1970). No obstante, son menos disponibles los datos sobre la eficacia de la psicoterapia psicodinámica en el tratamiento de las disfunciones sexuales. Un estudio que apareció poco después del informe original de Masters y Johnson sugirió resultados menos impresionantes (O'Connor y Stern, 1972). Noventa y seis pacientes que fueron tratados de 2 a 4 veces por semana durante por lo menos 2 años con psicoanálisis o psicoterapia orientada psicoanalíticamente para trastornos funcionales, tuvieron un índice de éxito del 25% para el subgrupo de las mujeres y 57% para los hombres. Helen Singer Kaplan (1986) ha señalado que comparaciones como éstas son inapropiadas ya que los pacientes en el estudio de O'Connor y Stern probablemente tenían un mayor grado de psicopatología asociada. Gran parte de la efectividad del abordaje de Masters y Johnson puede ser atribuido al grupo selecto de pacientes que buscaron tratamiento. Por lo general, eran parejas de profesionales altamente motivados, con seguridad financiera suficiente que podían tomarse dos semanas de sus vidas para dedicarse intensamente a un programa de terapia sexual. Kaplan también notó que los diagnósticos específicos influían en el éxito del tratamiento sexual. Los problemas intrínsecos a la fase de deseo, son con frecuencia resistentes a la terapia sexual, y la mayoría de los resultados de este trastorno serían comparables a aquellos reportados por el estudio de O'Connor y Stern (1972). Las discrepancias del deseo sexual entre los miembros de la pareja es la disfunción sexual más comúnmente tratada, y una encuesta de terapeutas sexuales reveló que sólo una mitad de esas parejas eran curadas con terapia sexual (Kilmann y col., 1986).

El hecho de que la disfunción sexual común es tratada efectivamente por la terapia sexual sólo en la mitad de los casos refleja la necesidad de abordajes dinámicos además de los tratamientos conductuales. Los clínicos saben que cuando un problema sexual es la queja principal en una primera entrevista, suele ser la punta del iceberg. En algunos casos, el problema sexual puede ser un tema atractivo para distraer al clínico de problemas mucho más urgentes y serios. En otros casos, puede servir para "contener" una variedad de problemas intrapsíquicos, maritales y familiares íntimamente relacionados. Cuando el Viagra (sildenafil) fue liberado en el mercado norteamericano en 1998, las ventas disparadas en forma vertiginosa por los hombres con disfunción eréctil llevó a la emergencia de una variedad de problemas maritales en parejas que habían alcanzado un equilibrio estable con respecto a la intimidad física y emocional por el sistema de la cesación de relaciones sexuales. De pronto muchas parejas se vieron renegociando su relación y buscando terapia marital para ayudar a clarificar la naturaleza de los problemas de intimidad que habían estado enmascarados por la disfun-

ción eréctil. De modo similar, algunas mujeres se empezaron a preocupar porque sus maridos comenzaron a tener "aventuras" extramaritales al no estar ansiosos respecto de su capacidad de alcanzar o mantener la erección.

Los pacientes que más responden a la terapia sexual breve están por lo general sufriendo una ligera ansiedad de rendimiento en el contexto de una estructura razonablemente saludable y una relación marital razonablemente gratificante. Los pacientes cuyos problemas sexuales están asociados con patología grave del carácter (p. ej., trastornos borderline y narcisistas) o síndromes serios del Eje I (p. ej., trastorno de angustia, esquizofrenia y trastorno afectivo mayor) no se beneficiarán de la terapia sexual conductual breve y por ende no deben ser asignados a ese tipo de tratamiento (H. S. Kaplan, 1986). De modo similar, las parejas con patrones de modos de relación patológicos arraigados y sentimientos crónicos de resentimiento y amargura, no son los candidatos indicados para la terapia sexual breve. Normalmente, estas parejas no practicarían los ejercicios sexuales asignados en la terapia pero en cambio se volverían mucho más conflictivas (Lansky y Davenport, 1975). Incluso parejas con más salud psíquica pueden resistir la práctica de los ejercicios de focalización sensorial que son, con frecuencia, parte del tratamiento de la terapia sexual conductual porque los ejercicios activan la ansiedad inconsciente (H. S. Kaplan, 1986). El tratamiento de síntomas sexuales debe entonces ser altamente individualizado y debe estar basado en una cuidadosa evaluación psiquiátrica y psicodinámica. Se deben descartar las causas orgánicas, especialmente para los trastornos eréctiles, facilitando así un diagnóstico psiquiátrico veraz.

Comprensión psicodinámica

La mayoría de las disfunciones sexuales catalogadas pueden ser categorizadas como trastornos del deseo, de la excitación o del orgasmo. En una muestra nacional de probabilidad de 1749 mujeres y 1410 hombres de 18-59 años (Laumann y col., 1999), 43% de las mujeres y 31% de los hombres reportaron algún grado de disfunción sexual. Entre las mujeres la prevalencia de bajo deseo sexual era del 22%, y la prevalencia de problemas de excitación era del 14%. Entre los hombres, la prevalencia de eyaculación precoz, disfunción eréctil y deseo sexual bajo era del 21%, 5% y 5%, respectivamente. La terapia sexual breve puede ser el tratamiento más costo/efectivo para individuos y parejas con dificultad para alcanzar el orgasmo pero sin psicopatología seria asociada. Los trastornos asociados con el deseo y la excitación tienden a ser más refractarios a la terapia sexual breve porque están anclados en factores psicopatológicos más profundos (H. S. Kaplan, 1986; Reid, 1989). Esta discusión se centrará en los problemas en estas áreas.

La comprensión psicodinámica del varón o la mujer que no tiene deseo por el sexo, o del varón que tiene deseo pero es incapaz de alcanzar una erección, comienza con una cuidadosa comprensión del contexto situacional del síntoma. Si el paciente está implicado en una relación íntima, el clínico debe determinar si el problema del deseo o de la excitación depende del compañero o se generaliza a todas las parejas sexuales potenciales. Las dificultades sexuales que son específicas para la pareja –como opuestas a aquellas que representan dificultades intrapsíquicas primarias que ocurrirían con cualquier pareja– deben ser comprendidas en el contexto de la dinámica interpersonal de la díada. Los clínicos deben recordar, sin embargo, que los problemas de deseo, como otros síntomas psicológicos, son multideterminados.

La muestra de probabilidad nacional de 1999 (Laumann y col., 1999) reveló que las relaciones problemáticas tanto en el presente como en el pasado, están muy vinculadas a disfunciones sexuales. De hecho, todas las categorías de disfunción sexual en la mujer en este estudio mostró fuertes asociaciones con tristeza y bajos sentimientos de satisfacción emocional y física. Los trastornos de excitación en la mujer estuvieron ligados significativamente a la victimización sexual a través del contacto adulto-niño o contacto sexual forzado. Las víctimas masculinas de abuso sexual también eran dos veces más proclives a experimentar eyaculación precoz y bajo deseo sexual comparado con sujetos control que estaban libres de trauma infantil. Los investigadores enfatizaron que los efectos a largo plazo y duraderos en el funcionamiento sexual parecen resultar de actos sexuales traumáticos en ambos sexos.

Según Levine (1988) hay tres elementos diferentes de deseo sexual que deben funcionar en sincronía para la excitación y el deseo adecuado: el impulso, el deseo y el móvil. El impulso está enraizado en la biología y puede ser afectado por factores físicos, como los niveles hormonales, las enfermedades médicas, y las medicaciones. El elemento del deseo está más íntimamente conectado con los factores cognitivos o ideacionales. Por ejemplo, en presencia de un componente de impulso normal, un individuo puede desear no tener sexo debido a prohibiciones o por temor a contraer el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El tercer elemento, el móvil, está íntimamente relacionado con las necesidades inconscientes de relación de objeto y es el componente más plausible de ser enfocado en la intervención terapéutica.

El clínico debe evaluar todos los tres elementos, de acuerdo con Levine e intentar comprender por qué no están integrados en una totalidad funcional. Son muchos los factores que pueden interferir con la motivación de un individuo. Es posible que, un miembro de la pareja tenga o haya tenido una aventura extramarital y simplemente no sienta interés por el cónyuge. O el cónyuge puede sentirse tan crónicamente resentido y enojado hacia el otro

que rechace las relaciones sexuales. Los problemas en la relación no sexual de la pareja tal vez den cuenta de la mayoría de los ejemplos de deseo sexual inhibido. Las distorsiones transferenciales de la pareja sexual pueden también jugar un papel clave en la perturbación de la motivación. Muchas parejas que comienzan un tratamiento sexual o de pareja, mantienen entre sí una relación inconsciente como si cada uno fuera el progenitor del sexo opuesto. Cuando ocurre esto, las relaciones sexuales pueden ser experimentadas como incestuosas, entonces los miembros de la pareja manejan la ansiedad asociada con este tabú evitando el sexo por completo. Simpson (1985) informó un caso de terapia sexual en la que la esposa era muy resistente a llevar a cabo los ejercicios prescriptos. Cuando esta resistencia fue explorada en forma dinámica, la esposa reconoció que una parte de sí quería fallarle a su esposo en la terapia sexual. Ella reveló el temor de que su esposo se volviera "mujeriego" como su padre si él recobraba el funcionamiento sexual adecuado. Esta distorsión transferencial de su esposo amenazaba socavar el éxito de la terapia sexual. También los individuos solteros en terapia o análisis pueden experimentar apegos transferenciales similares a una pareja sexual potencial que resulta en trastornos de la motivación.

El señor U era un profesional de 25 años, que comenzó psicoanálisis debido a varios problemas en su capacidad para trabajar y para amar. El componente pulsional del deseo sexual del señor U era enteramente adecuado: se masturbaba varias veces al día para aliviar la intensa tensión sexual. El componente volitivo del deseo también se encontraba intacto. Aspiraba a tener relaciones sexuales con determinado tipo de mujer y fantaseaba con realizarlas. Sin embargo, el elemento motivacional parecía ausente, como evidenciado por su patrón de comportamiento característico cada vez que se sentía atraído por una mujer. A medida que hablaba de la mujer en análisis, se volvía llorosamente convencido de que finalmente perdería a su actual objeto de deseo. Su anticipación de la pérdida despertaba sentimientos de dolor tan intensos y lo angustiaba tanto que decidía no buscar ninguna relación y optaba por retirarse a la masturbación solitaria.

Cada vez que el señor U experimentaba estos sentimientos de pérdida anticipada, su analista trataba de provocar alguna asociación con los eventos previos o con las experiencias de la vida que pudieran traer sentimientos análogos. Luego de un período de considerable trabajo psicoanalítico, el paciente finalmente comenzó a comprender sus sentimientos. Cuando tenía 5 años, su padre había estado fuera, en la guerra, por un año. Durante este tiempo, el señor U había sido "el hombre de la casa", ocupando una posición especial con su madre mientras su rival principal por los afectos de ella estaba ausente. Algunas veces, incluso había dormido con ella en la cama. Cuando el padre del señor U regresó, sin embargo, el paciente sufrió una pérdida devastadora de su relación íntima y especial con su madre.

El recuerdo del paciente de este período de su vida lo ayudó a comprender sus motivos para no buscar las relaciones sexuales. Tan pronto como se encaprichó con una mujer, comenzó a desarrollar un apego transferencial materno. Reexperimentándola (en un nivel inconsciente) como su madre, se convenció de que ella, también, lo iba a "desechar" por otro hombre, tal como su madre lo había dejado de lado por su padre. El señor U temía confrontar ese duelo otra vez, lo que lo llevó a evitar las relaciones sexuales. Este insight también puso al señor U en contacto con considerable ansiedad de castración. Él se dio cuenta de que estaba profundamente preocupado de que su pene pudiera ser lastimado durante el acto sexual, una preocupación que por momentos asoció con su temor a la retaliación por haber tomado el lugar del padre en la cama de la madre.

Nuestra capacidad para la excitación y el deseo sexual está clara e íntimamente conectada con nuestras relaciones de objeto interno. Scharff (1988) desarrolló un modelo de relaciones de objeto de deseo sexual inhibido basado en las teorías de desarrollo de Fairbairn (1952) (véase cap. 2). Fairbairn postuló dos sistemas de "objetos malos", el yo libidinal y objeto, en el cual el yo anhela un objeto atormentador, y el yo antilibidinal y objeto, en el cual el yo siente odio y enojo hacia un objeto abandónico, atacante o negligente. El objeto rechazante o antilibidinal intenta eliminar el objeto excitante o libidinal. En el modelo de Scharff, entonces, este sistema antilibidinal interfiere con la excitación sexual, que deriva del sistema libidinal.

Estas abstracciones metapsicológicas se pueden comprender más claramente al examinar el desarrollo de una típica relación de objeto. Los individuos se atraen mutuamente como resultado de la activación del sistema de objeto libidinal o necesitado de excitación. A través de la mutua identificación proyectiva, cada uno considera al otro como el objeto excitante. Para mantener el estado idealizado de "enamoramiento", cada uno debe reprimir el objeto antilibidinal o rechazante. Sin embargo, a medida que el brillo y la frescura de la relación se van gastando, las unidades de relaciones de objeto reprimidas comienzan a superficializarse, en particular cuando las necesidades son inevitablemente frustradas. En este punto, el objeto rechazante del sistema antilibidinal es proyectado a la pareja, y la excitación sexual se contamina por la percepción del compañero como perseguidor o abandónico.

En el modelo de Scharff, los clínicos deben evaluar las perturbaciones del deseo de acuerdo con tres áreas diferentes de relaciones de objeto interno y externo : 1) la realidad externa de la relación marital actual de la pareja; 2) el mundo interno de cada individuo y cómo afecta la capacidad para la intimidad sexual, y 3) la constelación familiar actual (que incluye a los niños, abuelos y otros factores) y cómo afecta el deseo sexual. Scharff ha

notado que lo que afecta más al deseo sexual es el estadío de desarrollo del matrimonio en sí mismo.

Una evaluación psicodinámica del deseo sexual inhibido debe considerar la posibilidad de que quizás el "paciente asignado" no sea el que necesita tratamiento. Helen Singer Kaplan (1988) ha estudiado parejas en las cuales un miembro es tan sensible al rechazo que el otro miembro pierde interés por las relaciones sexuales. En muchos de estos casos, el cónyuge femenino sufre de trastorno por angustia, por el cual vive el placer del hombre como un abandono y por más que su esposo le asegure lo contrario, no logrará convencerla de su fiel compromiso. Según Kaplan, es posible que el aparente miembro "sintomático" necesite darse cuenta de que sus esfuerzos por controlarse pueden en cambio provocar la retracción de su pareja respecto de la intimidad sexual.

Los pacientes primitivamente perturbados, especialmente aquellos con esquizofrenia y graves rasgos borderline, pueden encontrar la perspectiva de la fusión genital como agobiante para su yo frágil. Los factores motivacionales en estos pacientes que conducen al deseo sexual inhibido están relacionados con estados de angustia primitivos descritos en el capítulo 9, incluyendo la angustia de desintegración, la angustia persecutoria y el temor a fusionarse con la pareja de uno. La abstención de las relaciones sexuales puede aparecer entonces para salvaguardar la integridad del self.

Consideraciones terapéuticas

El clínico que evalúa los trastornos de disfunción sexual debe decidir si prescribe una terapia sexual conductual, terapia de pareja, psicoanálisis o psicoterapia expresiva-de apoyo, farmacoterapia o alguna combinación de éstas. Lief (1981) estimó que 30-40% de las disfunciones sexuales mejorarán sintomáticamente con técnicas conductuales breves. De aquellos que no se benefician con la terapia conductual, 20% requerirán terapia de pareja, 10% psicoterapia individual expresiva-de apoyo a largo plazo y cerca del 30%, alguna combinación de terapia de pareja y terapia sexual. Las estimaciones de Helen Singer Kaplan (1986) son similares, pero también defendió la farmacoterapia. Aproximadamente un cuarto de los pacientes en su clínica sexual cuyos problemas incluían aversión sexual o evitación sexual fóbica también hallaron criterios para el trastorno por pánico. Sin embargo, ella descubrió que prescribiendo técnicas de focalización sensorial para aquellos pacientes sólo incrementaba su ansiedad, y por ende se daban por vencidos al tratamiento. Las medicaciones antipánico pueden ser de ayuda para estos pacientes. Pero Kaplan (1988) también concluyó que estas medicaciones no curan al paciente y enfatizó que la atención a las cuestiones dinámicas debería acompañar la intervención farmacoterapéutica. Se ha de-

sarrollado un número de medicaciones para acrecentar el deseo sexual, incluyendo el bupropión, que es con frecuencia prescripto para la depresión y puede provocar en ciertas pacientes femeninas un deseo sexual intenso que se vuelve casi incontrolable (Bartlik y col., 1999). Un incremento brusco en el deseo sexual relacionado con la prescripción de bupropión puede llevar a un matrimonio al descontrol. Viagra (sildenafil) también puede perturbar el equilibrio psicológico y sexual entre los miembros de una pareja. Sin embargo, esas medicaciones pueden ser coadyuvantes útiles a las medidas psicoterapéuticas.

La indicación de varias modalidades puede no siempre ser tan claro durante la evaluación inicial. La terapia sexual conductual breve es plausible de ser exitosa si una pareja está muy motivada, si ninguno de los miembros sufre psicopatología grave, si cada miembro está razonablemente satisfecho con la relación y si la disfunción está basada en la ansiedad de rendimiento y relacionado con la fase orgásmica. Las parejas que tienen el deseo sexual inhibido y están generalmente desilusionadas con la relación pueden requerir terapia de pareja durante un tiempo para abordar problemas básicos en su relación. Si ambos deciden seguir juntos luego de la terapia de pareja, entonces lo más apropiado es recomendar las técnicas sexuales.

Las parejas que parecen candidatos adecuados para las técnicas de terapia sexual breve pero que socavan el proceso por no practicar los ejercicios pueden requerir un tratamiento híbrido que Helen Singer Kaplan (1979) denominó *terapia psicosexual.* En este tratamiento, el terapeuta prescribe ejercicios conductuales y luego aborda cualquiera de las resistencias al practicar los ejercicios con psicoterapia dinámica. Para Kaplan esta combinación de técnicas es necesaria para la terapia exitosa con ciertos pacientes. La porción dinámica del tratamiento permite la exploración de temas como los sentimientos de culpa intensa acerca del placer sexual. Las transferencias parentales al cónyuge pueden ser puestas al descubierto y exploradas. Además, muchos pacientes tienen conflictos inconscientes acerca de ser exitosos en cualquier esfuerzo –incluyendo el rendimiento sexual– y eso se debe examinar. Kaplan (1986) también encontró que algunos pacientes actúan inconscientemente el rol del "perdedor" o de "fracasado" que les asignaron en su familia de origen.

Los pacientes que sufren de grave patología del carácter o conflictos neuróticos profundamente enraizados acerca de la sexualidad deben ser tratados en psicoanálisis o piscoterapia expresiva-de apoyo (H. S. Kaplan, 1986; Levine, 1988; Reid, 1989; Scharff, 1988). Algunas veces estos problemas se exteriorizan durante una evaluación extensa con terapia sexual (Scharff, 1988). Ciertos pacientes pueden no estar convencidos de la necesidad de psicoterapia individual a largo plazo hasta que prueban métodos breves y los han hallado inefectivos. La terapia sexual extendida también permite al terapeuta comprender mejor las relaciones de objeto interno de

cada miembro de la pareja. Como se describió en la sección de terapia de las relaciones objetales de familia y pareja en el capítulo 5, el terpeuta "contiene" las diversas identificaciones proyectivas de ambos cónyuges. Los terapeutas que están abiertos a este proceso pueden diagnosticar patrones problemáticos de relación con el objeto en la pareja a través de la "experiencia directa". Sin embargo, cuando hay un conflicto neurótico profundamente asentado acerca de la sexualidad o cuando hay una patología grave del carácter, la terapia sexual con frecuencia exacerbará estos problemas (Lansky y Davenport, 1975). Los ejercicios de focalización sensorial prescriptos forzarán a la pareja a confrontar cuestiones que habitualmente se evitan debido a la forma en que se ha organizado su relación. Sobre todo en casos en los que hay una historia de trauma sexual, la prescripción de terapia sexual puede ser experimentada como una forma de trauma en sí mismo y tener efectos antiterapéuticos de largo alcance en la pareja.

La señora V era una ama de casa que empezó la terapia sexual con su esposo debido a su falta total de interés en las relaciones sexuales. Luego de varias sesiones improductivas, el terapeuta sexual derivó a la señora V a psicoterpia expresiva-de apoyo. Ella se sintió aliviada cuando vio a su psicoterapeuta por primera vez porque se dio cuenta de que no la "forzaría a tener relaciones sexuales" con su marido.

Para ella la relación marital incluía un rol de cuidadora que no provocaba agradecimiento alguno por parte de su marido. El se había jubilado hacía 4 años y pasaba sus días tirado en el sillón viendo televisión. Ella no estaba contenta con la relación que mantenían, pero no hacía nada para cambiarla. No paraba de enojarse con ella misma diciendo que se merecía una vida mejor. Cuando el terapeuta le mostró este patrón de autodenigración y resignación, la señora V le confió que cada vez que se había sentido bien en su vida, ella había sido "liquidada". Luego narró numerosos ejemplos, incluyendo la muerte de uno de sus hijos, para ilustrar cómo había sido siempre castigada por cualquier sentimiento positivo que tuviera acerca de eventos en su vida.

Aunque la señora V habló acerca de una gran variedad de temas en su psicoterapia, ella se rehusaba sistemáticamente a mencionar cualquier cosa acerca de su sexualidad o de los problemas sexuales que la trajeron al tratamiento en primer lugar. El terapeuta comenzó a sentir como si estuviera coercionándola a tratar sus problemas sexuales. Cuando, con mucho cuidado, le preguntó acerca de ellos, ella respondió como si él fuera un violador, que abusaba de ella y se quedó en silencio. El terapeuta utilizó los sentimientos contratransferenciales para diagnosticar una relación de objeto interno que había sido externalizada en la psicoterapia. Le dijo a la señora V, "Usted parece reaccionar como si la estuviera traumatizando con mis preguntas acerca de la sexualidad. ¿No será que esto repite algún trauma relacionado con la sexualidad de su pasado?" La señora V se desmoronó y reconoció, llorando, una historia de trauma

sexual temprano por parte de un tío. Se sinceró más aún acerca de su primer matrimonio, explicando que había tenido varias aventuras extramaritales que la llevaron a dos abortos ilegales. Ella había sido siempre una "hija de papá" y se preguntaba si había estado buscando a su padre en todas esas aventuras. Este insight surgió cuando tomó conciencia de que había dejado de tener aventuras cuando su padre murió, 18 años antes. Su padre había estado implicado en algunos de sus problemas maritales que resultaron de su promiscuidad, y había parecido estar muy afligido por la infidelidad a su marido. Ella llegó a pensar que la infidelidad en su primer matrimonio pudo haber causado la muerte de su padre. Con interpretaciones de su terapeuta, la señora V comenzó a comprender que su autosacrificio y devoción desinteresada de cuidado por su esposo era una forma de reparación psicológica por el daño que creía que había infligido a su padre. También comenzó a comprender que se negaba al placer sexual para castigarse por su promiscuidad y los dos abortos.

El caso de la señora V ilustra cómo problemas sexuales profundamente arraigados pueden ser egosintónicos porque satisfacen ciertas necesidades psicológicas. Muchos pacientes con disfunciones sexuales están realmente convencidos de que *no* deberían experimentar placer sexual, entonces están por ende investidos en mantener su sintomatología. El tratamiento de las disfunciones sexuales es un área de la psiquiatría de mucho valor. Los clínicos deben templar sus necesidades contratransferenciales de curar respetando el derecho del paciente de elegir un patrón particular de adaptación sexual. Helen Singer Kaplan (1986) notó que algunas mujeres que no lograban alcanzar el orgasmo sin embargo informaban relaciones sexuales satisfactorias; esas mujeres usualmente no buscan tratamiento para la disfunción sexual. Además, muchos célibes voluntarios en órdenes religiosas han llevado vidas felices y productivas. Finalmente, los clínicos deben recordar, que para algunos pacientes, un síntoma sexual no es nada más que un ingreso a la psicoterapia. Una vez que entraron en el consultorio, a estos pacientes les interesan más otras áreas de sus vidas y los síntomas sexuales pierden trascendencia.

Bibliografía

Abel GG, Becker JD, Cunningham-Rathner J, et al: Multiple paraphilic diagnoses among sex offenders. Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law 16:153-168, 1988

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association 1994

Bartlik B, Kaplan P, Kaminetsky J, et al: Medications with the potential to enhance sexual responsivity in women. Psychiatric Annals 29:46-52, 1999

Berlin FS, Meinecke CF: Treatment of sex offenders with antiandrogenic medication: conceptualization, review of treatment modalities, and preliminary findings. Am J Psychiatry 138:601-607, 1981

Brown GR, Wise TN, Costa PT, et al: Personality characteristics and sexual functioning of 188 cross-dressing men. J Nerv Ment Dis 184:265-273, 1996

Chasseguet-Smirgel J: Perversion and the universal law. International Review of Psychoanalysis 10:293-301, 1983

Fairbairn WRD: Psychoanalytic Studies of the Personality. London, Routledge & Kegan Paul, 1952

Fenichel O: The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York, WW Norton, 1945

Fogel GI, Myers WA (eds): Perversions and Near-Perversions in Clinical Practice: New Psychoanalytic Perspectives. New Haven, CT, Yale University Press, 1991

Freud S: Three essays on the theory of sexuality (1905), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 7. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1953, pp 123-245

Freud S: Splitting of the ego in the process of defence (1940), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 23. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1964, pp 271-278

Ganzarain RC, Buchele BJ: Incest perpetrators in group therapy: a psychodynamic perspective. Bull Menninger Clin 54:295-310, 1990

Gelinas DJ: Unexpected resources in treating incest families, in Family Resources: The Hidden Partner in Family Therapy. Edited by Karpel MA. New York, Guilford, 1986, pp 327-358

Goldberg A: The Problem of Perversion: The View of Self Psychology. New Haven, CT, Yale University Press, 1995

Greenacre P: The transitional object and the fetish: with special reference to the role of illusion. Int J Psychoanal 51:447-456, 1970

Greenacre P: Fetishism, in Sexual Deviation, 2nd Edition. Edited by Rosen I. Oxford, Oxford University Press, 1979, pp 79-108

Groth AN, Birnbaum HJ: Men Who Rape: The Psychology of the Offender. New York, Plenum, 1979

Hall GCN: Sexual offender recidivism revisited: a meta-analysis of recent treatment studies. J Consult Clin Psychol 63:802-809, 1995

Kaplan HS: The New Sex Therapy: Active Treatment of Sexual Dysfunctions. New York, Brunner/Mazel, 1974

Kaplan HS: Disorders of Sexual Desire and Other New Concepts and Techniques in Sex Therapy. New York, Simon & Schuster, 1979

Kaplan HS: The psychosexual dysfunctions, in Psychiatry, Revised Edition. Edited by Cavenar JO Jr. Vol 1: The Personality Disorders and Neuroses. Edited by Cooper AM, Frances AJ, Sacks MH. Philadelphia, PA, JB Lippincott, 1986, pp 467-479

Kaplan HS: Intimacy disorders and sexual panic states. J Sex Marital Ther 14:3-12, 1988

Kaplan LJ: Female Perversions: The Temptations of Emma Bovary. New York, Doubleday, 1991

Kentsmith DK, Eaton MT: Treating Sexual Problems in Medical Practice. New York, Arco, 1978

Kernberg OF: Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York, Jason Aronson, 1975

Kilmann PR, Boland JP, Norton SP, et al: Perspectives of sex therapy outcome: a survey of AASECT providers. J Sex Marital Ther 12:116-138, 1986

Kohut H: The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. New York, International Universities Press, 1971

Kohut H: The Restoration of the Self. New York, International Universities Press, 1977

Lansky MR, Davenport AE: Difficulties of brief conjoint treatment of sexual dysfunction. Am J Psychiatry 132:177-179, 1975

Laumann EO, Paik A, Rosen RC: Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. JAMA 281:537-544, 1999

Levine SB: Intrapsychic and individual aspects of sexual desire, in Sexual Desire Disorders. Edited by Leiblum SR, Rosen R. New York, Guilford, 1988, pp 21-44

Lief HI (ed): Sexual Problems in Medical Practice. Monroe, WI, American Medical Association, 1981

Marshall WL, Pithers WD: A reconsideration of treatment outcome with sex offenders. Criminal Justice and Behavior 21:10-27, 1994

Massie H, Szajnberg N: The ontogeny of a sexual fetish from birth to age 30 and memory processes: a research case report from a prospective longitudinal study. Int J Psychoanal 78:755-771, 1997

Masters WH, Johnson V: Human Sexual Inadequacy. Boston, MA, Little, Brown, 1970

McConaghy N: Paedophilia: a review of the evidence. Aust N Z J Psychiatry 32:252-265, 1998

McDougall J: Plea for a Measure of Abnormality. New York, International Universities Press, 1980

McDougall J Identifications, neoneeds and neosexualities. Int J Psychoanal 67: 19-31, 1986

McDougall J: The Many Faces of Eros: A Psychoanalytic Exploration of Human Sexuality. New York, WW Norton, 1995

Miller JP: How Kohut actually worked. Progress in Self Psychology 1:13-30, 1985

Mitchell SA: Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1988

Nersessian E: A cat as fetish: a contribution to the theory of fetishism. Int J Psychoanal 79:713-725, 1998

O'Connor JF, Stern LO: Results of treatment in functional sexual disorders. New York State Journal of Medicine 72:1927-1934, 1972

Person ES: Paraphilias and gender identity disorders, in Psychiatry, Revised Edition. Edited by Cavenar JO Jr. Vol 1: The Personality Disorders and Neuroses.

Edited by Cooper AM, Frances AJ, Sacks MH. Philadelphia, PA, JB Lippincott, 1986, pp 447-465

Prentky RA, Knight RA, Lee AFS: Risk factors associated with recidivism among extrafamilial child molesters. J Consult Clin Psychol 65:141-149, 1997

Rappeport JR: Enforced treatment—is it treatment? Bulletin of the American Academy of Psychiatry and the Law 2:148-158, 1974

Reid WH: The Treatment of Psychiatric Disorders: Revised for the DSM-III-R. New York, Brunner/Mazel, 1989

Rice ME, Quinsey VL, Harris GT: Sexual recidivism among child molesters released from a maximum security psychiatric institution. J Consult Clin Psychol 59:381-386, 1991

Rosen I (ed): Pathology and Treatment of Sexual Deviation: A Methodological Approach. London, Oxford University Press, 1964

Rosen I (ed): Sexual Deviation, 2nd Edition. London, Oxford University Press, 1979

Sachs H: On the genesis of perversions. Translated by Goldberg RB. Psychoanal Q 55:477-488, 1986

Scharff DE: An object relations approach to inhibited sexual desire, in Sexual Desire Disorders. Edited by Leiblum SR, Rosen R. New York, Guilford, 1988, pp 45-74

Simpson WS: Psychoanalysis and sex therapy: a case report. Bull Menninger Clin 49: 565-582, 1985

Stoller RJ: Perversion: The Erotic Form of Hatred. New York, Pantheon, 1975

Stoller RJ: Observing the Erotic Imagination. New Haven, CT, Yale University Press, 1985

Stoller RJ: Pain and Passion: A Psychoanalyst Explores the World of S and M. New York, Plenum, 1991

Stolorow RD, Atwood GE, Brandchaft B: Masochism and its treatment. Bull Menninger Clin 52:504-509, 1988

Travin S, Bluestone H, Coleman E, et al: Pedophilia: an update on theory and practice. Psychiatr Q 57:89-103, 1985

CAPÍTULO

12

Trastornos relacionados con sustancias y trastornos de la conducta alimentaria

En este capítulo consideraré dos categorías diagnósticas que comprenden síntomas autodestructivos diferentes. Se denomina abuso de sustancias a la ingestión de químicos que pueden llevar a la adicción, los problemas físicos que amenazan la vida y muchos problemas emocionales. Los trastornos de la conducta alimentaria incluyen los atracones, las diarreas provocadas y la inanición. Ambos grupos de trastornos presentan un problema complejo para los clínicos psicodinámicos: ¿cuál es el rol de los abordajes dinámicos en trastornos que requieren un control del síntoma como una necesidad principal en el esfuerzo terapéutico? En algunos ambientes, la comprensión psicodinámica es considerada irrelevante para el manejo de la adicción y los trastornos de la alimentación. De todas maneras, muchos trabajos clínicos y de investigación sugieren lo contrario.

Trastornos relacionados con sustancias

Debido a que los psiquiatras psicodinámicos por lo general se frustran en sus esfuerzos para tratar a los pacientes alcohólicos, ellos pueden abandonar o evitar tales esfuerzos. La recaída es común, y las interpretaciones sobre las motivaciones inconscientes a menudo parecen ejercer un pequeño

impacto en la conducta bebedora en sí misma. Los modelos psicodinámicos del alcoholismo son considerados con escepticismo por los profesionales de la salud mental y por la sociedad en general.

Otros dos modelos,el modelo moral y el modelo de la enfermedad, reciben un apoyo mucho mayor (Cooper, 1987). El modelo moral ve a los individuos alcohólicos como absolutamente responsables de su alcoholismo. Desde este punto de vista, las personas alcohólicas son individuos hedonistas interesados únicamente en su propia búsqueda de placer, sin tener en cuenta los sentimientos de los otros. Este modelo tiene sus raíces en la creencia del fundamentalismo religioso de que el alcoholismo es un signo de corrupción moral. Las fallas en la fuerza de la voluntad están estrechamente ligadas a las nociones de pecado, y el castigo a través del sistema legal es considerado por lo general como una vía apropiada para tratar con los individuos alcohólicos. La eliminación de la conducta bebedora depende de la fuerza de voluntad de cada uno para "levantar cabeza y salir de esa situación".

El éxito de Alcohólicos Anónimos (AA) ha llevado a la creciente popularidad del modelo de enfermedad para explicar el alcoholismo. En contraste con el modelo moral, este paradigma libera a la persona alcohólica de la responsabilidad por su enfermedad. Así como se considera que un diabético no es responsable de su diabetes, tampoco el individuo alcohólico es considerado responsable de su alcoholismo. Se cree que las personas alcohólicas tienen una predisposición inherente a la adicción de sustancias exógenas; los factores psicológicos son irrelevantes. Aunque este modelo se originó como una contrarreacción a las actitudes moralizantes –y al tratamiento inhumano– dirigidas a las personas alcohólicas, ya cuenta con el apoyo de los estudios genéticos en los descendientes de los individuos alcohólicos. Aún cuando sean criados lejos de sus padres alcohólicos, estos niños tienen un riesgo incrementado a desarrollar alcoholismo en la adultez (Goodwin, 1979; Schuckit, 1985). Estudios en gemelos, tanto masculinos como femeninos (Kendler y col., 1992; Prescott y Kendler, 1999) sugieren que los factores genéticos juegan un rol principal en el desarrollo del alcoholismo, con influencias similares para el abuso del alcohol y para la dependencia del alcohol.

Vaillant (1983) ha proporcionado un mayor sustento para el modelo de la enfermedad con su estudio prospectivo de pacientes alcohólicos masculinos a lo largo de sus vidas adultas. Encontró que no se puede predecir el eventual desarrollo de alcoholismo por las experiencias adversas en la infancia o incluso por los perfiles psicológicos de estos sujetos como adultos jóvenes. El único predictor confiable para el alcoholismo del adulto era la conducta antisocial. Vaillant concluyó que la depresión, la ansiedad y otras características psicológicas comúnmente asociadas con las personas alcohólicas eran *consecuencias*, más que causas, del trastorno. Además, las con-

ceptualizaciones psicológicas y psicoterapéuticas del alcoholismo juegan un rol menor en la comprensión clínica y en la planificación del tratamiento. Vaillant, de este modo, decidió que la abstinencia forzada a través de AA tiene la mayor probabilidad de éxito.

El cambio de foco desde los pacientes alcohólicos a aquellos que consumen drogas revela un amplio uso de estos mismos dos modelos. Sin embargo, el modelo moral se aplica mucho más a los consumidores de drogas que a las personas alcohólicas, en gran medida por la enorme superposición entre crimen y abuso de drogas. Gran parte de la controversia sobre la respuesta apropiada al problema nacional de las drogas se refiere a si los adictos son manejados de manera más efectiva a través de abordajes punitivos orientados legalmente o a través de abordajes terapéuticos orientados médicamente. Los abusadores de droga han buscado repetir el éxito de AA a través del desarrollo de organizaciones tales como Narcóticos Anónimos (NA). Pero el modelo de la enfermedad y sus grupos de autoayuda asociados han sido menos exitosos con los abusadores de drogas, como Vaillant mismo ha puntualizado (1988), debido a las diferencias aparentemente fundamentales entre las personas alcohólicas y los abusadores de polidrogas que requieren abordajes distintos. A causa de estas diferencias esenciales, la siguiente sección tratará a su turno la comprensión psicodinámica de las personas alcohólicas y de los abusadores de drogas.

Abordajes psicodinámicos del alcoholismo

El abordaje de AA en cuanto al alcoholismo ha sido muy efectivo en el tratamiento de muchos individuos. Aunque la misma organización de AA promueve el modelo de enfermedad, sus métodos se dirigen a las necesidades psicológicas y facilitan cambios duraderos en la estructura de la personalidad (Mack, 1981). La abstinencia se alcanza en un contexto interpersonal donde los individuos alcohólicos pueden experimentar una comunidad protectora e interesada de compañeros en el sufrimiento. Estas figuras protectoras pueden ser internalizadas de la misma manera como se internaliza al psicoterapeuta, y ellas pueden asistir al individuo alcohólico en el manejo de los afectos, el control de impulsos y otras funciones del yo, así como lo haría un psicoterapeuta. Por lo tanto, el modelo psicodinámico puede facilitar una comprensión de algunos de los cambios aportados por el abordaje de AA (Mack, 1981).

Para muchos alcohólicos, los cambios psicológicos estimulados por AA y la abstinencia asociada con el compromiso con sus ideales y la regular asistencia a las reuniones constituyen un tratamiento suficiente. El clínico psicodinámicamente sensitivo, que comprende el valor de este abordaje, debería tener el buen juicio de respetar estos cambios alcanzados y no preten-

der cambios más profundos. La experiencia clínica ha demostrado repetidamente, de todas maneras, que AA no es adecuado para todos los alcohólicos. Al parecer, esta organización trabaja mejor con aquellos pacientes que pueden aceptar la idea de que no tienen control sobre su ingesta y por eso necesitan entregarse a un "poder superior", y para aquellos pacientes que están esencialmente libres de otros trastornos psiquiátricos.

La mayoría de los expertos en alcoholismo estaría de acuerdo en que el alcoholismo es un trastorno heterogéneo con una etiología multifactorial (Donovan, 1986). Lo que funciona para un paciente puede no funcionar para otro, y todos los tratamientos están rodeados de controversias. Una revisión de estudios de tratamientos (McCrady y Langenbucher, 1996) sugirió que tratamientos específicos muestran tener diferente efectividad con diferentes grupos de pacientes. Ningún tipo de terapia es consistentemente mejor que cualquier otro tipo de terapia. En un proyecto a escala nacional auspiciado por el Instituto Nacional para el Abuso de Alcohol y el Alcoholismo (Project MATCH Research Group 1997), se compararon tres tipos de terapia: terapia cognitivo-conductual, una preparación de 12 pasos para facilitar el compromiso de los sujetos a AA, y una terapia para aumentar la motivación dirigida a mejorar la disposición al deseo de cambiar los hábitos de la ingesta. En conjunto, los tres tratamientos tuvieron resultados razonablemente buenos, y ninguno fue más exitoso que el otro. Es claro que, ningún tratamiento es definitivo, y los clínicos deberían considerar a cada paciente en forma individual, realizando una evaluación psiquiátrica cuidadosa antes de desarrollar un plan de tratamiento adaptado a cada uno.

Lamentablemente, el modelo de la enfermedad ha promulgado la "despsicologización" del alcoholismo. Las conclusiones obtenidas por Vaillant (1983) están en conflicto con aquellas basadas en otros estudios longitudinales, que sugieren que los factores de personalidad pueden ser importantes para una comprensión de la vulnerabilidad al alcoholismo (Sutker y Allain, 1988). Más aún, las conclusiones de Vaillant son tan válidas como lo son sus instrumentos de medición. Dodes (1988) observó que los métodos de Vaillant no son capaces de identificar una característica crítica de los pacientes alcohólicos, concretamente, sus alteraciones en la autoestima como lo revela la incapacidad para cuidar de ellos mismos.

Quizá la mayor dificultad con el abordaje de tratamiento sugerido por Vaillant y otros adherentes estrictos al modelo de la enfermedad es que este abordaje ignora la heterogeneidad del trastorno. El alcoholismo no es una entidad monolítica. De hecho, uno podría con más exactitud referirse a los "alcoholismos" (Donovan, 1986). Numerosos estudios atestiguan que no hay una "personalidad alcohólica" única que predispone al alcoholismo (Donovan, 1986; Nathan, 1988; Sutker y Allain, 1988). Sin embargo, variables de personalidad y cuestiones psicológicas son muy relevantes en el tratamiento de muchos pacientes alcohólicos. Una interpretación estrecha

del modelo de la enfermedad podría conducir a los clínicos a ignorar cómo estos factores contribuyen a las recaídas en el curso de la enfermedad.

Aunque no hay rasgos específicos de personalidad conectados con el alcoholismo, los observadores psicoanalíticos han notado repetidamente defectos estructurales, tales como debilidad del yo y dificultad en el mantenimiento de la autoestima (Donovan, 1986). Tanto Kohut (1971) como Balint (1979) notaron que el alcohol cumple la función de reemplazar estructuras psicológicas faltantes y, de esta manera, restaura cierto sentido del autorrespeto y de armonía interna. Lamantablemente, estos efectos duran tanto como dura la intoxicación. Khantzian (1982) también observó que los pacientes alcohólicos tenían problemas con la autoestima, la modulación de los afectos, y la capacidad para el autocuidado. Investigadores del trastorno borderline de la personalidad han observado continuamente paralelismos entre los pacientes alcohólicos y los pacientes con trastorno borderline de la personalidad (Hartocollis, 1982; Kernberg, 1975; Knight, 1953; Rinsley, 1988); en particular, estos trastornos comparten rasgos tales como baja tolerancia a la frustración, pobre control afectivo y el predominio de la escisión como defensa. (véase cap. 15). Esta ligazón del alcoholismo con el trastorno borderline de la personalidad ha sido verificada aun más por estudios empíricos (Nace y col., 1983; Vaglum y Vaglum, 1985) que sugieren que entre el 30-39 % de los pacientes alcohólicos tienen patología borderline coexistente. Una revisión de 12 estudios de pacientes alcohólicos en quienes se hizo un intento específico para diagnosticar trastorno de la personalidad encontró que el predominio de condiciones de comorbilidad en el Eje II variaba desde 14 hasta 78% (Gorton y Akhart, 1994). Otros diagnósticos comunes que acompañan al alcoholismo son depresión (Weissman y Myers 1980) y sociopatía (Schuckit y col. 1970).

Estos estudios se citan no para convencer a los lectores de que todas las personas alcohólicas padecen de trastornos psiquiátricos coexistentes o déficit intrapsíquicos preexistentes, sino más bien para destacar el hecho obvio de que la adicción al alcohol ocurre en una *persona.* Un individuo puede desarrollar alcoholismo como la vía final común de una compleja interacción entre déficit estructurales, predisposición genética, influencias ambientales, contribuciones culturales y otras variables ambientales. Una evaluación psicodinámica minuciosa del paciente considerará el alcoholismo y todos sus factores contribuyentes en el contexto de una persona total. Si la depresión, por ejemplo, es la causa o la consecuencia del alcoholismo, o un estado de enfermedad completamente separado, es de mayor interés para los investigadores que para los clínicos. Cuando los individuos alcohólicos recuperan la sobriedad y miran hacia atrás, contemplan las ruinas causadas por su existencia alcohólica, se enfrentan por lo común con un importante monto de depresión. Esta depresión surge del reconocimiento doloroso de que han dañado a otros (con frecuencia las personas que son

más importantes para ellos). También lamentarán las cosas (p. ej.; relaciones, posesiones) que han perdido o destruido como resultado de su conducta adictiva. Aunque la medicación antidepresiva puede aliviar la depresión, la psicoterapia puede asistir en el proceso de elaborar estos temas dolorosos. Además, la evaluación y el tratamiento del riesgo suicida deben ser parte de un plan de tratamiento general del alcoholismo. El 25% de todos los suicidios ocurre en individuos alcohólicos, y la probabilidad de suicidio de una persona alcohólica es entre 60 y 120 veces mayor que la de una persona que no está enferma psiquiátricamente (Murphy y Wetzel, 1990). Cuando la depresión y el alcoholismo coexisten, parecen tener un efecto sinérgico o aditivo que determina un nivel desproporcionadamente alto de potencialidad suicida aguda (Cornelius y col., 1995; Pages y col., 1997).

Otra implicancia que se deriva de la observación de que el alcoholismo ocurre en un individuo es que cada persona preferirá y aceptará opciones diferentes de tratamiento. Dodes (1988) puntualizó: "Algunos pacientes son capaces de usar únicamente psicoterapia, otros pueden usar únicamente AA, y están aquellos que serán mejor tratados con una combinación de ambos. La exacta prescripción del tratamiento requiere un juicio clínico individual" (pp. 283-284). Muchos individuos alcohólicos encuentran que AA es impráctico debido a la vergüenza que sienten al tener que hablar enfrente de un grupo o porque tienen una oposición filosófica a la noción de someterse a un "poder superior". Aunque Vaillant (1981) ha declarado a la psicoterapia como antieconómica en el tratamiento del alcoholismo, algunos pacientes son capaces de mantener la sobriedad con psicoterapia sola (Dodes, 1984; Khantzian, 1985a). Un desafortunado estereotipo de "hombre pajita" frecuentemente aplicado a la psicoterapia dinámica de los pacientes alcohólicos es que el terapeuta descubre en ellos motivaciones inconscientes para beber mientras ignora su conducta bebedora real. El hecho de que la psicoterapia puede ser desaprovechada por algunos pacientes y por algunos terapeutas no significa, de todas maneras, que deba ser desechada como un tratamiento inútil (Dodes 1988).

Los pacientes comprometidos con AA suelen estar también en psicoterapia. En un estudio, más del 90% de los pacientes alcohólicos de AA en abstinencia que buscaron psicoterapia la encontraron útil (Brown, 1985). La psicoterapia y AA suelen trabajar sinérgicamente. Dodes (1988) observó que los pacientes alcohólicos pueden desarrollar, en términos de psicología del self, una transferencia idealizada o especular con la organización de AA. Ellos ven esta organización como una figura cuidadora e idealizada que los sostiene y apoya. Esta transferencia puede ser escindida de la transferencia psicoterapéutica y el psicoterapeuta con buen criterio podrá demorar el análisis. En ocasiones, las funciones de objeto del self que tiene AA pueden ser internalizadas lo suficiente para mejorar el autocuidado y aumentar la autoestima. Después de cierto grado de internalización, los psicoterapeutas

pueden cambiar la terapia desde un estilo de apoyo a una más marcadamente expresiva.

Otros investigadores han argumentado que la abstinencia no es un requerimiento absoluto para la psicoterapia efectiva (Dodes, 1984; Pattison, 1976). Cuando un terapeuta demanda abstinencia, algunos pacientes rehusan todo tipo de tratamiento. De hecho, es ingenuo esperar una abstinencia total en el curso de una psicoterapia a largo plazo. Hay muy pocos individuos alcohólicos que no son ambivalentes acerca de renunciar a la sintomatología bebedora; cualquier falta de motivación debería ser vista como un síntoma más que como una contraindicación para la psicoterapia (Cooper, 1987). De todas maneras, si los pacientes continúan bebiendo en exceso, sin capacidad o interés para explorar sus razones para beber, no están en condiciones de mantener un proceso psicoterapéutico y pueden, en cambio, requerir hospitalización para ser tratados con mayor efectividad.

La psicoterapia de grupo también se usa en pacientes internados y ambulatorios para el tratamiento del alcoholismo. En un ensayo randomizado y controlado de terapia psicodinámica de grupo y terapia cognitivo-conductual para pacientes dependientes del alcohol (Sandahl y col., 1998), los pacientes en ambos grupos de tratamiento mejoraron con sesiones de grupo semanales de 90 minutos durante 15 semanas. La mayoría de los pacientes en el grupo de terapia psicodinámica fueron capaces de mantener un patrón más positivo de ingesta durante un período de 15 meses de seguimiento, en contraste con los pacientes en tratamiento cognitivo-conductual, que mostraron recaídas con el tiempo.

Otros terapeutas (p. ej.; Khantzian, 1986) han advertido contra un abordaje de confrontación. Dada la dificultad de muchos pacientes alcohólicos para regular afectos tales como ansiedad, depresión y cólera, la confrontación en un contexto de grupo puede ser contraproducente e incluso dañina. Cooper (1987) ha compartido la visión de Khantzian de que la confrontación debería ser usada juiciosamente. Él creía que el terapeuta debía empatizar con la necesidad defensiva del individuo alcohólico de evitar afectos dolorosos. Cooper abogaba por grupos de pacientes internados que focalizan en el aquí y ahora pero que son menos confrontadores. Reportó un 55% de abstinencia con pacientes en tales grupos, comparados con un 16% para pacientes en un programa de grupo en internación sin psicoterapia de grupo. Aquellos pacientes que asistieron a la terapia de grupo por lo menos durante 25 horas también demostraron mayor adherencia con otros aspectos del programa.

Abordajes psicodinámicos del abuso de drogas

Aunque el modelo de enfermedad es popular en muchos programas de rehabilitación de drogas, los abordajes psicodinámicos son más extensamen-

te aceptados y valuados en el tratamiento de los abusadores de droga que en el tratamiento de las personas alcohólicas. Vaillant (1988), por ejemplo, apuntó que los abusadores de polidrogas, en contraste con los individuos alcohólicos, presentan mayor probabilidad de haber tenido infancias inestables, más probabilidad de usar drogas como "automedicación" para síntomas psiquiátricos, y mayor probabilidad de beneficiarse de esfuerzos psicoterapéuticos que abordan su sintomatología y patología del carácter subyacente.

Mucha bibliografía sobre investigación sostiene la asociación de trastorno de la personalidad y depresión con el desarrollo de adicción a las drogas (Blatt y col., 1984a; Kandel y col., 1978; Paton y col., 1977; Treece, 1984; Treece y Khantzian, 1986). Estos estudios sugieren que mientras la iniciación al uso de la marihuana puede estar relacionada con la presión de los compañeros en la adolescencia, el uso y la eventual adicción a las drogas pesadas no presentan este tipo de iniciación. Según un estudio, las relaciones deterioradas con los progenitores y la depresión eran predictores altamente significativos del eventual abuso de drogas ilícitas, mientras que las variables sociodemográficas no lo eran (Kandel y col., 1978). Otro estudio de estudiantes de la escuela secundaria que se implicaron en el uso de drogas pesadas identificó la depresión como el más potente predictor de todas las variables de personalidad (Paton y col., 1977). Treece (1984) concluyó que el factor clave para diferenciar a la persona con adicción crónica a las drogas del consumidor controlado o casual es la presencia, en el primero, de un trastorno grave de la personalidad. Gorton y Akhtar (1994) condujeron una revisión de 24 estudios para examinar la interrelación entre abuso de droga y trastorno de la personalidad. Se halló una comorbilidad en un espectro de entre 18 y 100%.

Comparados con las personas alcohólicas, los consumidores de droga presentan una probabilidad mucho mayor de tener otros trastornos psiquiátricos significativos. En un extenso estudio epidemiológico comprendió entrevistas con 20.291 personas (Regier y col., 1990), los abusadores de drogas tenían un 53% de comorbilidad, comparados con sólo 37% en los individuos alcohólicos. Estudios de individuos adictos a los narcóticos han encontrado otros diagnósticos psiquiátricos en un porcentaje tan alto como 80-93% (Khantzian y Treece, 1985; Rounsaville y col., 1982). El porcentaje de comorbilidad es también alto entre los abusadores de cocaína. Alrededor de un 73% de aquellos que buscan tratamiento reúne los criterios a lo largo de la vida para otro trastorno psiquiátrico, con trastornos de ansiedad, trastorno de personalidad antisocial y trastorno por déficit de atención que por lo habitual preceden el inicio del abuso de cocaína, y trastornos afectivos y abuso de alcohol que siguie usualmente al inicio del abuso de cocaína (Rounsaville y col., 1991). Los investigadores puntualizaron que un abordaje uniforme de tratamiento de los abusadores de sustancias es inade-

cuado porque aquellos con trastornos de la personalidad requieren abordajes de tratamiento diferentes. Los abusadores de sustancias con trastornos de la personalidad están más deprimidos, son más impulsivos, están más aislados, y por lo general menos satisfechos con sus vidas que los abusadores de sustancias sin tales trastornos.

Estos hallazgos de investigación han jugado un rol clave en el desarrollo de formulaciones psicodinámicas sofisticadas sobre los problemas de abuso de sustancias. Las interpretaciones psicoanalíticas tempranas que veían todo abuso de sustancia como una regresión a la etapa oral del desarrollo psicosexual han sido reemplazadas por una comprensión de la mayoría de los abusos de drogas como *defensivos* y *adaptativos* más que como regresivos (Khantzian 1985b; 1986, 1997; Wurmser 1974). El abuso de drogas puede en realidad revertir estados regresivos mediante el refuerzo de defensas defectuosas del yo contra afectos poderosos tales como cólera, vergüenza y depresión. Las formulaciones psicoanalíticas tempranas con frecuencia describían a las personas con adicciones a las drogas como hedonistas en busca de placer empecinados en su autodestrucción. Los investigadores psicoanalíticos contemporáneos entienden la conducta adictiva más como reflejo de un déficit en el autocuidado que como un impulso autodestructivo (Khantzian, 1997). Este deterioro en el autocuidado resulta de perturbaciones en el desarrollo temprano que conducen a una internalización inadecuada de figuras parentales, dejando a la persona adicta sin la capacidad para la autoprotección. Por lo tanto, la mayoría de los adictos crónicos a las drogas exhiben un deterioro fundamental en su capacidad de juzgar el daño producido por el abuso de drogas.

Tambíen es importante en la patogénesis de la adicción a las drogas el deterioro de la función regulatoria de los afectos y el control de impulsos y el mantenimiento de la autoestima (Treece y Khantzian, 1986). Estos déficit crean problemas correspondientes en las relaciones de objeto. El uso intenso de polidrogas ha sido vinculado directamente con la incapacidad de la persona adicta para tolerar y regular la cercanía interpersonal (Nicholson y Treece, 1981; Treece 1984). En estos problemas de relación se incluye también la vulnerabilidad narcisista inherente a los riesgos interpersonales y la inhabilidad para modular los afectos asociados con la cercanía. Dodes (1990) puntualizó que los individuos adictos tienden a sentir impotencia como un reflejo de un deterioro narcisista específico. Sus comportamientos adictivos sirven para protegerse de una sensación de impotencia y de desamparo mediante el control y la regulación de sus estados afectivos. La cólera y la humillación narcisistas los impele al uso de drogas como un camino para reestablecer una sensación de poder. La ingestión de una droga puede, de este modo, ser vista como un intento desesperado para compensar déficit en el funcionamiento del yo, una baja autoestima y problemas interpersonales relacionados.

Muchos pacientes adictos a las drogas perpetúan a sabiendas su dolor y sufrimiento mediante el uso continuado de drogas. Khantzian (1997) considera este aspecto del abuso de sustancias de perpetuar el dolor, como una manifestación de una compulsión a la repetición de un trauma temprano. En algunos casos, la repetitiva imposición del dolor sobre uno mismo representa un intento de elaborar estados traumáticos que no pueden ser recordados. Estos estados existen como configuraciones presimbólicas e inconscientes. De esta manera, el motivo para el uso de drogas puede ser visto más como un control del sufrimiento que como un alivio.

La noción de que los individuos adictos a las drogas se están medicando a sí mismos conduce directamente a otra observación de los investigadores psicodinámicos contemporáneos; concretamente, las sustancias específicas son elegidas para provocar efectos psicológicos y farmacológicos específicos de acuerdo con las necesidades de cada abusador. El afecto más doloroso es probablemente el que determina la elección de la droga. Khantzian (1997) notó que la cocaína parecía aliviar el malestar asociado con la depresión, la hiperactividad y la hipomanía, mientras que los narcóticos, al parecer, bajaban el nivel de los sentimientos de cólera.

Un estudio en profundidad sobre individuos adictos a los narcóticos condujo a Blatt y col. (1984a, 1984b) a concluir que la adicción a la heroína está sobredeterminada por: 1) la necesidad de contener la agresión, 2) una aspiración de gratificar un anhelo de una relación simbiótica con una figura maternal, y 3) un deseo de aliviar afectos depresivos. Aunque los datos de investigación indican que un pequeño subgrupo de individuos con adicciones a los narcóticos también sufren de trastorno antisocial de la personalidad (Rounsaville y col., 1982), Blatt y col. identificaron un grupo grande de personas adictas a los opiáceos severamente neuróticos, los cuales pueden representar la mayoría. Estos individuos luchan con sentimientos de inutilidad, culpa, autocrítica y vergüenza. Sus depresiones parecen intensificarse cuando intentan acercarse a los otros, y por lo tanto se retiran a una aislada "beatitud" causada por la heroína y otros narcóticos, que tienen dimensiones tanto regresivas como defensivas. El núcleo depresivo del individuo adicto a los opiáceos fue comprobado aún más por un estudio comparativo (Blatt y col., 1984a, 1984b), que encontró personas con adicciones a los opiáceos que eran significativamente más depresivas que los abusadores de polidrogas. Este estudio también identificó a la autocrítica como un componente principal de sus depresiones.

El hallazgo de Blatt y col. de una alta correlación entre la adicción a opiáceos y características de personalidad tales como un superyó cruel, autocrítica y tendencia a la depresión ha recibido apoyo del trabajo psicoanalítico de Wurmser (1974, 1987a, 1987b) con pacientes adictos. Él argumentó que aquellos individuos adictos dóciles a la terapia psicoanalítica no sufren de superyoes subdesarrollados, como las personas antisociales con

adicciones, sino más bien de una conciencia excesivamente severa. La intoxicación con sustancias es buscada como un escape de un superyó atormentador. Muchos abusadores de droga emplean la defensa de la escisión para renegar de una autorrepresentación de abusador de droga que alterna con una auto representación de no abusador. Estos individuos generalmente sienten como si alguien más se ha encargado de todo por un breve período. Wurmser identificó el éxito como un disparador importante para un episodio de abuso de drogas. Los sentimientos positivos asociados con logros exitosos parecen producir un estado alterado de la conciencia caracterizado por sentimientos de culpa y vergüenza. El uso impulsivo de drogas es visto como una solución para estos afectos dolorosos. Las crisis recurrentes de este tipo están caracterizadas por una opresiva conciencia que se vuelve tan intolerable que un desafío temporario parece el único medio de alivio.

Aunque los estudios tempranos con pacientes adictos a los narcóticos sugirieron que la psicoterapia contribuye materialmente a la recuperación de las personas adictas, gran parte de la investigación fue luego desestimada a causa de problemas metodológicos. Más recientemente, un número de informes de la Veterans Administration-Penn Study (Woody y col., 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1995) ha demostrado en forma persuasiva, con una metodología rigurosa, que agregar psicoterapia a un plan general de tratamiento de los pacientes adictos a los narcóticos produce claros beneficios. En un programa de mantenimiento con metadona se asignaron de manera randomizada a pacientes adictos a los narcóticos, a uno de tres de los siguientes tratamientos: 1) únicamente consejo y guía por paraprofesionales, 2) psicoterapia expresiva-de apoyo más consejo y guía, o 3) psicoterapia cognitivo-conductual más consejo y guía. De 110 pacientes que completaron el programa total de tratamiento, aquellos que recibieron psicoterapia mejoraron considerablemente más que aquellos que recibieron sólo consejo y guía. La psicoterapia expresiva-de apoyo basada en principios dinámicos produjo mayor mejoría en los síntomas psiquiátricos y mayor éxito en encontrar y sostener un trabajo comparada con la psicoterapia cognitivo-conductual (Woody y col., 1983). Aquellos pacientes que estaban deprimidos mostraron la mayor mejoría, seguidos por los pacientes que tenían una dependencia a los opiáceos pero sin otros trastornos psiquiátricos. Aquellos con trastorno antisocial de la personalidad únicamente no se beneficiaron de la psicoterapia (Woody y col., 1985); mejoraron sólo cuando la depresión formaba parte de la sintomatología.

Cuando los investigadores dividieron a los 110 pacientes en grupos de acuerdo con la gravedad de sus síntomas psiquiátricos, notaron que los pacientes en el grupo de baja severidad hacían igual progreso con terapia de consejo y guía o con psicoterapia, mientras que los pacientes con un grado mediano de gravedad tenían mejores resultados con planes de tratamiento combinando ambos abordajes (aunque algunos mejoraban con consejo y

guía como única terapia). De todas maneras, el grupo con síntomas psiquiátricos extremadamente graves alcanzó poco progreso sólo con consejo y guía, pero realizaron un considerable progreso cuando se añadió la psicoterapia: al séptimo mes de seguimiento, aquellos pacientes en el grupo que recibieron psicoterapia usaron drogas tanto prescriptas como ilícitas con mucho menos frecuencia que aquellos que no recibieron psicoterapia. Estos cambios fueron sostenidos a los 12 meses de seguimiento (Woody y col., 1987), aun cuando los sujetos no estuvieron mucho tiempo en psicoterapia (la duración del tratamiento psicoterapéutico fue de seis meses).

Los investigadores (Woody y col., 1986) llegaron a varias conclusiones acerca de la psicoterapia de pacientes con adicciones a los opiáceos: 1) Tanto la psicoterapia expresiva-de apoyo como la psicoterapia cognitivo-conductual pueden ayudar a aquellos pacientes adictos a los narcóticos que se han comprometido con la psicoterapia y que concurrirán regularmente a tal programa de tratamiento. 2) Los pacientes con alteraciones psiquiátricas significativas son los mejores candidatos para psicoterapia y se beneficiarán de ella al máximo. 3) El psicoterapeuta debería estar integrado en el programa general de tratamiento y debería colaborar con los otros miembros del equipo en el tratamiento. Los investigadores creyeron que había claros beneficios en ubicar las sesiones de psicoterapia en la misma instalación que el resto del programa de mantenimiento con metadona. La psicoterapia que es fragmentada del resto del tratamiento es poco probable que sea exitosa.

Woody y col. (1995) condujeron un estudio parcialmente replicado comprendiendo pacientes dependientes de los opiáceos con síntomas psiquiátricos que recibían tratamiento de mantenimiento con metadona. Los pacientes fueron asignados de manera randomizada a 24 semanas de terapia de consejo y guía o de terapia de consejo y guía más psicoterapia expresiva-de apoyo. Se realizaron seguimientos desde un mes hasta seis meses después del fin del tratamiento. Los pacientes que recibieron terapia expresiva-de apoyo tenían menos muestras de orina positivas para cocaína y requirieron menores dosis de metadona. Aunque ambos grupos hicieron significativos adelantos en un mes, para el sexto mes de seguimiento muchos de los adelantos obtenidos bajo tratamiento de consejo y guía habían empezado a deteriorarse. Por el otro lado, la mayoría de los avances hechos por los pacientes bajo psicoterapia expresiva-de apoyo permanecieron o eran aún evidentes. Todas las diferencias significativas favorecieron al grupo bajo psicoterapia expresiva-de apoyo.

Este completo abordaje de tratamiento es también altamente beneficioso en la relación costo-efectividad (Gabbard y col., 1997). McLellan y col. (1993) encontraron que el agregado de psicoterapia al tratamiento estándar de mantenimiento con metadona conducía a mayores adelantos, menos gastos en asistencia social, y un sorprendentemente bajo porcentaje de hospitalización de los pacientes.

La psicoterapia con los abusadores de drogas es un abordaje de tratamiento que trata indirectamente la adicción focalizando en la psicopatología asociada. La mayoría de los clínicos creen que la abstinencia de la sustancia abusada es un prerrequisito para un adecuado tratamiento a través de la técnica psicoterapéutica de los trastornos subyacentes-ansiedad, depresión, trastorno de la personalidad, problemas de autoestima o déficit del yo. La excepción podría ser un programa de sustitución de droga tal como el mantenimiento con metadona. Una vez que se alcanza la abstinencia, el adicto por lo general siente desesperación por tener que renunciar a algo más que a una droga: a una parte valiosa del self (Treece y Khantzian, 1986). Tanto el terapeuta como el paciente se dan cuenta de que la abstinencia sola no conduce automáticamente a cambios en las otras áreas de la vida. En la medida en que los adictos están en abstinencia y luchan con sus anhelos por la droga y con sus penas por esta pérdida, el terapeuta debería abordar sus creencias tenazmente defendidas de que la droga es una solución adaptativa a los problemas de la vida. El terapeuta debería identificar los problemas subyacentes en la modulación los afectos, en la regulación de la autoestima, y en la relación con los otros, para ayudar a la adicta a descubrir respuestas alternativas a aquellos problemas. Un estudio de 240 pacientes en mantenimiento con metadona con el auto-informe Bell Object Relations Reality Testing Inventory encontró que estos pacientes exhibían deterioros específicos en las relaciones de objeto (Rutherford y col., 1996). Los puntajes fueron más pobres para aquellos con trastornos en el Eje II en asociación con la adicción.

Hay bastante probabilidad de que los psicoterapeutas se enfrenten con la alexitimia en muchos de los pacientes adictos (Krystal, 1982-1983). Esto significa que la mayoría de ellos son incapaces de reconocer e identificar sus estados de sentimientos internos. Por eso es importante, durante las fases tempranas de la terapia, que el terapeuta explique cómo la experiencia de sentimientos displacenteros conduce inicialmente al abuso de drogas. Es preciso ayudarlos a contener y tolerar sus afectos de modo de poder sustituir acciones tales como la ingestión de droga por palabras que describan sus estados internos. Una de las formas es que el terapeuta vaya identificando los sentimientos que aparecen durante la sesión terapéutica.

Un proceso de psicoterapia individual es mucho más probable que sea exitoso en el contexto de un programa amplio. Khantzian (1986) sugirió el concepto de terapeuta de cuidados primarios: un individuo que facilita el compromiso del paciente adicto con todas las modalidades de tratamiento. El terapeuta analiza la resistencia del paciente a aceptar otras formas de tratamiento, tales como NA o terapia de grupo, pero también provee un ambiente sostenedor para tratar con los fuertes afectos movilizados en el proceso terapéutico. El terapeuta de cuidados primarios debería también participar en las decisiones del tratamiento que comprenden otras modali-

dades. En este modelo, el énfasis en el principio del tratamiento es más de apoyo que expresivo, y el rol del terapeuta es similar a aquel del médico de hospital que trabaja con un paciente internado.

Treece y Khantzian (1986) identificaron cuatro componentes esenciales de un programa de tratamiento para el dominio de la dependencia de drogas: 1) un sustituto para la dependencia de químicos (p. ej., NA, un sistema alternativo de creencias, o la dependencia benigna de una persona o institución religiosa); 2) tratamiento adecuado para otros trastornos psiquiátricos, incluyendo medicación psicotrópica apropiada y psicoterapia; 3) abstinencia forzada (p. ej., antagonistas de drogas, control con pruebas urinarias, períodos de prueba, sustitutos de drogas tales como metadona, sistemas de apoyo externos) durante un proceso psicológico de maduración; y 4) promoción del crecimiento y del cambio estructural de la personalidad a través de la psicoterapia.

Wurmser (1987b) también abogó por un abordaje múltiple, pero con más psicoterapia expresiva. Como él consideraba que un superyó autoritario era central en la patogénesis del uso compulsivo de drogas, advirtió a los terapeutas que evitan ser punitivos y críticos con sus pacientes y a abstenerse de "predicar" acerca del abuso de drogas. Para Wurmser, los terapeutas deben tratar de comprender las presiones del superyó sobre el paciente, como si trabajaran con un paciente severamente neurótico. Él también creía que los terapeutas deberían dedicar su tiempo en la búsqueda de temas subyacentes más que focalizar en el abuso de drogas, de lo cual podrían encargarse otros miembros del equipo de tratamiento.

Aunque no hay estudios controlados principales de psicoterapia dinámica de grupo con pacientes adictos que compartan la metodología sofisticada del Veterans Administration-Penn Study en psicoterapia individual, la psicoterapia de grupo se ha convertido en un componente de muchos programas debido a la impresión clínica de que es de ayuda para muchos pacientes. Dado que la psicoterapia de grupo es raramente la única modalidad de tratamiento usada en estos programas, es dificultoso determinar si cualquier aspecto terapéutico específico de la terapia de grupo no está también presente en las otras modalidades. De todas maneras, en la práctica, muchos adictos son ayudados cuando hablan con otros que han tenido el mismo problema. Además, como la negación es una defensa importante en todos los abusadores de sustancias, un marco grupal de pares facilita una poderosa confrontación con la negación y compele a los individuos adictos a aceptar la seriedad de su abuso de sustancias. Las mismas advertencias acerca de los efectos negativos de una confrontación demasiado agresiva que fueron mencionadas en la sección de psicoterapia de grupo para pacientes alcohólicos también se aplica a la psicoterapia de grupo para personas adictas. Los grupos efectivos proveen tanto apoyo como confrontación. Los programas de internación generalmente descansan más en grupos por la ra-

zón práctica de que la asistencia forzada es mayor con los pacientes internados que con los ambulatorios (Woody y col., 1986). Una resistencia a los grupos encontrada comúnmente tanto en pacientes internados como en ambulatorios es que muchos miembros pueden haber cometido crímenes y están por lo tanto renuentes a abrirse en los grupos por temor a que se viole la confidencialidad.

En resumen, las indicaciones para la psicoterapia expresiva-de apoyo pueden ser conceptualizadas así: 1) psicopatología seria además del abuso de drogas; 2) compromiso con un programa de tratamiento general que incluye NA u otro grupo de apoyo, abstinencia forzada, posiblemente un sustituto de la droga tal como metadona, y apropiada medicación psicotrópica; 3) ausencia de diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad (a menos que la depresión esté también presente) (en el cap. 17 se discutirán en detalle consideraciones de tratamiento para el trastorno antisocial de la personalidad); y 4) suficiente motivación para mantener la asistencia a las sesiones y comprometerse con el proceso. Las indicaciones para el énfasis en el tipo expresivo o de apoyo después de que el proceso se ha iniciado están en gran parte determinadas por los mismos factores que ponen el énfasis en cualquier otro proceso psicoterapéutico (véase cuadro 4-1 en el cap. 4).

Trastornos de la alimentación

La anorexia nerviosa y la bulimia nerviosa parecen ser los trastornos de nuestro tiempo. Los medios de difusión bombardean al público con imágenes de mujeres esbeltas que "tienen todo". En muchas regiones de la cultura occidental, la comida es abundante, una precondición para la conducta desmedida. Los individuos afectados por estos trastornos tienden a ser caucásicos, educados, del sexo femenino, con buena posición económica, e inmersos en las culturas occidentales (Johnson y col., 1989). La anorexia nerviosa es virtualmente desconocida en países en donde la delgadez no es considerada una virtud (Powers, 1984). Las imágenes femeninas que transmiten los medios, además, sugieren que la apariencia externa es más importante que la identidad interna. Aunque los factores biológicos e intrapsíquicos no deberían ser minimizados en la etiología y la patogénesis de los trastornos de la alimentación, aquellos factores claramente se enfrentan con un particular período sociocultural en la civilización occidental para producir un síndrome que refleja la cultura. La anorexia nerviosa tiene una incidencia mayor que el doble desde los años sesenta, mientras que la prevalencia de la bulimia nerviosa ha sido aproximadamente del 1% en mujeres adolescentes y adultas jóvenes (Fairburn y Beglin, 1990). Estas cifras abrumantes indican que el trastorno puede ser una creciente solución

común para una variedad de estresores intrapsíquicos, familiares y ambientales.

Anorexia nerviosa

La etiqueta *anorexia nerviosa* puede ser engañosa, ya que la primera palabra de la frase implica que la pérdida del apetito es el problema central. El sello diagnóstico de la anorexia nerviosa es en realidad una persecución fanática de la delgadez relacionada con un temor amanazante a engordar. Un límite arbitrario de menos del 85% del peso mínimo normal para la edad y la altura es generalmente usado para realizar el diagnóstico. La amenorrea es una característica destacada de la anorexia nerviosa en las mujeres. Aunque del 5 al 10% de los casos son hombres, sus características clínicas y psicodinámicas son marcadamente similares a aquellas de las mujeres.

Comprensión psicodinámica. En las últimas décadas, las contribuciones seminales de Hilde Bruch (1973,1978, 1982, 1987) han servido como una luz en la oscuridad para los clínicos que tratan pacientes con anorexia. Ella observó que la preocupación por la comida y el peso es una ocurrencia relativamente tarde emblemática de una perturbación más fundamental en el autoconcepto. La mayoría de los pacientes con anorexia nerviosa tiene una exhaustiva convicción de que ellos son absolutamente inefectivos e impotentes. La enfermedad por lo habitual aparece en "niñas buenas" que han gastado su vida tratando de complacer a sus progenitores, sólo para volverse de pronto adolescentes empecinadas y negativistas. El cuerpo es experimentado casi siempre como separado del self, como si perteneciera a los padres. Estos pacientes carecen de todo sentido de la autonomía hasta el punto de que tampoco sienten que controlan sus funciones corporales. La postura defensiva premórbida de ser una pequeña niña perfecta ordinariamente defiende contra un profundo sentimiento subyacente de inutilidad. La anorexia nerviosa se desarrolla como "un intento de autocuración, para desarrollar a través de una disciplina sobre el cuerpo un sentido de uno mismo y de efectividad interpersonal. Las anoréxicas transforman su ansiedad y problemas psicológicos a través de la manipulación de la ingesta de comida y la talla" (Bruch, 1987, p. 211).

Para Bruch el origen de la anorexia nerviosa se remonta a una falla en la relación entre la bebé y la madre. Específicamente, la madre cría a la niña de acuerdo con sus propias necesidades más que con las de la niña. Cuando los mensajes iniciales de la niña no reciben respuestas confirmadoras y validantes, ésta no puede desarrollar un sentido sano del self. En cambio, la niña se experimenta a sí misma simplemente como una extensión de su madre, no como un centro de autonomía con su propio derecho. Esta

comprensión está en concordancia con las formulaciones psicoanalíticas tempranas acerca de la patogénesis de los trastornos psicosomáticos en los niños en la que se notaba una "apersonalización" del niño (Sperling, 1944). La niña no es percibida como un individuo separado, sino más bien como una prolongación de su madre.

Bruch, comprendió entonces la conducta de la paciente anoréxica como un esfuerzo frenético para ganar admiración y validación como una persona única y especial con extraordinarios atributos. Más recientemente, Bruch (1987) sugirió que el cuadro clínico puede ser algo cambiante debido a que es más y más difícil para la paciente anoréxica sentirse única, dada la creciente prevalencia del trastorno y la atención de los medios de difusión sobre los problemas de la alimentación de todo tipo. La enfermedad se ha vuelto ahora impregnada de un sentido de competición por ser la más delgada o la más única.

Terapeutas de familia, tales como Selvini Palazzoli (1978) y Minuchin (Minuchin y col., 1978), han confirmado y elaborado algunos de los conceptos dinámicos de Bruch. Minuchin y col. describieron un patrón de engranamiento en las familias de las pacientes anoréxicas donde hay una ausencia general de límites generacionales y personales. Cada miembro de la familia está tan comprometido con la vida de cada uno de los otros miembros a tal punto que ninguno tiene una sensación de identidad separada aparte de la matriz familiar. Selvini Palazzoli (1978) también apuntó que los pacientes con anorexia nerviosa han sido incapaces de separarse psicológicamente de sus madres, lo que resulta en un fracaso para alcanzar cualquier sentido estable de sus propios cuerpos. El cuerpo suele ser percibido entonces como si fuera habitado por una madre mala introyectada, y la inanición puede ser un intento para detener el crecimiento de este objeto interno intrusivo y hostil. Williams (1997) destacó también que los progenitores de una paciente anoréxica tienden más a proyectar su ansiedad sobre la niña más que contenerla. Estas proyecciones pueden ser experimentadas por ella como cuerpos extraños hostiles. Y entonces, para protegerse a sí misma de las experiencias no metabolizadas y de las fantasías proyectadas sobre ella por sus progenitores, puede desarrollar un sistema de defensas que impide el ingreso y se manifiesta mediante la negativa a comer.

La postura defensiva extrema de la anorexia nerviosa sugiere que un impulso subyacente poderoso merece tal estrategia. En efecto, Boris (1984b) notó que una intensa voracidad forma el corazón de la anorexia nerviosa. Los deseos orales son tan inaceptables, no obstante, que ellos deben ser tratados de manera proyectiva. A través de la identificación proyectiva, la representación del self, glotona y demandante, es transferida a los progenitores. En respuesta a la negativa de la paciente a comer, los progenitores se vuelven obsesivos con respecto a si la paciente está comiendo o no; ellos se convierten en los que tienen los deseos. En una formulación influenciada

por el pensamiento kleiniano, Boris conceptualizó la anorexia nerviosa como una incapacidad para recibir cosas buenas de los otros debido a un desmesurado deseo de posesión. Cualquier acto de recibir comida o amor confronta sinceramente a estos pacientes con el hecho de que ellos no pueden poseer lo que desean. Su solución es no recibir nada de nadie. La envidia y la voracidad están con frecuencia estrechamente ligadas en el inconsciente. La paciente envidia las posesiones buenas de la madre-amor, compasión, capacidad de nutrir, pero recibir estas cosas le incrementa la envidia. La renuncia a ellas supone la fantasía inconsciente de dañar lo que es envidiado, como hace el zorro en la fábula de Esopo que argumentaba que las uvas que no podía alcanzar estaban agrias. El paciente transmite el siguiente mensaje: "Como no hay nada bueno disponible para que yo lo posea, de manera que yo simplemente renuncio a todos mis deseos". Semejante renuncia convierte a la paciente anoréxica en objeto del deseo de los otros y, en su fantasía, en objeto de su envidia y admiración, debido a que ellos están "impresionados" por su autocontrol. La comida simboliza las cualidades positivas de los otros que ella desea en sí misma; ser esclavizada por el hambre es preferible a desear poseer la figura materna.

La mayoría de las formulaciones de la teoría del desarrollo acerca de los orígenes de la anorexia nerviosa focalizan en la díada madre-hija. Bemporad y Ratey (1985), sin embargo, observaron un patrón característico de compromiso paternal con las hijas anoréxicas. El padre típico era superficialmente cuidador y sostenedor pero desde lo emocional abandonaba a su hija cada vez que ella realmente lo necesitaba. Además, muchos padres de pacientes anoréxicas buscan nutrición emocional de –más que proporcionarlo a– sus hijas. Ambos progenitores con frecuencia están experimentando serios desencuentros en su matrimonio, lo que conduce a cada progenitor a buscar sustento emocional en su hija.

En términos de la psicología del self, la hija puede ser tratada como un objeto del self que provee funciones especulares y de validación para cada progenitor pero a quien se le niega su propio sentido del self. La niña, a su vez, no puede estar segura de los seres humanos para alcanzar sus necesidades de objeto del self. La niña anoréxica duda seriamente de que los progenitores o cualquier otra figura significativa en su vida renunciará, aun temporalmente, a sus propios intereses o necesidades para atender las necesidades de ella de consuelo, afirmación, y de especularidad (Bachar y col., 1999). La niña puede intensificar la inanición y la restricción en un desesperado intento de forzar a sus padres a prestar atención a su sufrimiento y reconocer la necesidad que tiene de ayuda.

Para resumir nuestra comprensión psicodinámica de la anorexia nerviosa, la conducta ostensible de autoinanición es un síntoma multideterminado. Es: 1) un intento desesperado de ser especial y única, 2) un ataque al sentido falso del self fomentado por las expectativas parentales, 3) una afir-

mación de un verdadero self naciente, 4) un ataque a un introyecto maternal hostil visto como equivalente del cuerpo, 5) una defensa contra la voracidad y el deseo, 6) un esfuerzo para hacer que los otros –más que la paciente– sientan voracidad e indefensión, 7) un intento defensivo para impedir que proyecciones no metabolizadas de los progenitores entren en la paciente, y 8) un creciente grito de ayuda para sacudir a los progenitores de su autoabsorción y hacer que se vuelvan conscientes del sufrimiento de la niña.

Estos factores psicodinámicos están también acompañados por ciertos rasgos cognitivos característicos, que incluyen alteración de la percepción de la imagen del propio cuerpo, pensamiento del todo o nada, pensamiento mágico, y pensamientos y rituales obsesivo-compulsivos. La presencia de síntomas obsesivo-compulsivos ha conducido a algunos investigadores a preguntarse si los trastornos de la personalidad obsesivo-compulsiva coexisten con la anorexia nerviosa. Esta suposición es confundida por la notoria falta de confiabilidad de los diagnósticos de trastornos de la personalidad en presencia de inanición (Kaplan y Woodside, 1987; Powers, 1984). Muchos síntomas, incluido el comportamiento obsesivo-compulsivo, aparecen como secundarios a la inanición. También, las características de personalidad premórbida están acentuadas en estados de deficiencias nutricionales. Se ha mostrado que el mismo temor de ser gorda se atenúa cuando la paciente comienza a comer y a ganar peso (Garfinkel y Garner, 1982).

Abordajes de tratamiento. Los clínicos que tratan pacientes con anorexia nerviosa consienten en que las metas del tratamiento no deberían ser focalizadas de manera estrecha sobre la ganancia de peso (Boris, 1984a, 1984b; Bruch, 1973, 1978, 1982, 1987; Chessick, 1985; Dare, 1995; Hsu, 1986; Hughes, 1997; Powers, 1984). Un abordaje "doble", defendido por Garner y col. (1986) incluye un primer paso de restauración de la ingesta para ganar peso. Una vez que este paso es alcanzado, el segundo paso de intervención psicoterapéutica puede empezar. Las pacientes anoréxicas muestran mucho mayor mejoría cuando se les brinda una mezcla de terapia familiar con terapia dinámica individual que cuando son simplemente manejadas con medidas educacionales diseñadas para controlar el peso (Dare 1995; Hall y Crisp, 1983). La psicoterapia individual expresiva-de apoyo a largo plazo es la piedra angular del tratamiento. A menos que la perturbación subyacente del self del paciente y la asociada distorsión de las relaciones de objeto interno sean abordadas, el paciente seguirá un curso de repetidas recaídas y de admisiones hospitalarias reiteradas (Bruch, 1982). Para aquellos pacientes que viven en casa, la terapia familiar puede ser un adjunto valioso de la terapia individual. Aunque algunos pacientes parecen beneficiarse de la psicoterapia de grupo (Lieb y Thompson, 1984; Polivy, 1981), los datos limitados sugieren que aquellos que más se benefician no tienen trastornos de la personalidad asociados (Maher, 1984).

La hospitalización también puede ser un auxiliar beneficioso de la psicoterapia individual. Aunque no hay un acuerdo universal acerca de las indicaciones para un tratamiento en internación, una pérdida de peso del 30% del peso normal es un buen principio a seguir para determinar si es necesario un tratamiento en internación (Garfinkel y Garner, 1982). Aproximadamente el 80% de todas las pacientes anoréxicas ganarán peso con un tratamiento hospitalario (Hsu, 1986), con la condición de que el equipo del hospital pueda crear un ambiente específico. Como se describió en el capítulos 6, el equipo hospitalario debería estar atento a los esfuerzos inconscientes de la paciente para reactuar la lucha familiar en el ambiente hospitalario. Ellos deberían transmitir un interés en ayudar a la paciente a recuperar su peso sin demostrar excesiva preocupación acerca de esto y sin hacer demandas similares a las que harían sus progenitores. La paciente puede ser ayudada a enfrentar sus temores de perder el control a través de la organización de un plan de comidas frecuentes pero de pequeña cantidad con ayuda de un miembro del equipo de enfermería que esté disponible para discutir las ansiedades de la paciente acerca de la ingesta. Los aumentos de peso deberían ser informados a la paciente con concomitantes refuerzos positivos. Cualquier conducta subrepticia de vómitos o purgas debería ser confrontada y controlada con medidas estructurales tales como trabar con cerrojo la puerta del baño. Los miembros del equipo de tratamiento pueden necesitar reasegurar a la paciente que ellos no permitirán una gran ganancia de peso, ayudando de esta manera a que la paciente desarrolle una sensación de confianza en ellos.

Si las terapias familiar e individual son previas a la admisión, éstas deberán continuarse durante la hospitalización. Pero si la hospitalización de la paciente es su primer contacto con el tratamiento, estas terapias adjuntas deberían ser implementadas como parte del tratamiento. La medicación antidepresiva es útil con pacientes que reúnen criterios para depresión mayor. (Las formas más leves de depresión mejoran con la ganancia de peso.) Las hospitalizaciones breves son raramente curativas, y tampoco lo son los programas de tratamiento que demandan un promedio de peso normal y además ignoran la intensa ansiedad despertada por tal demanda (Bruch, 1982). Por lo menos el 50% de las pacientes que controlan con éxito su anorexia nerviosa con tratamiento en internación recaerán dentro del año (Hsu, 1980). Para el 20% que no responde a la hospitalización breve, es indicada la hospitalización prolongada.

La psicoterapia individual expresiva-de apoyo por lo general toma varios años de laborioso trabajo debido a la fuerte resistencia planteada por la paciente anoréxica. Son útiles cuatro principios técnicos rectores (cuadro 12-1).

1. *Evitar una inversión de esfuerzo excesiva en tratar de cambiar la conducta alimentaria.* Como Boris (1984b) observó, "Lo que nosotros llamamos síntomas ellas lo llaman su salvación" (p. 315). La paciente ve a la anorexia nerviosa como la solución a un problema interno. Los psicoterapeutas que inmediatamente definen la enfermedad como un problema que debe ser cambiado reducen sus chances de formar una alianza terapéutica viable. La conducta asociada con la anorexia nerviosa elicita en los progenitores de la paciente demandas y expectativas de cambio. A través de la identificación proyectiva, es probable que el terapeuta experimente una poderosa presión a identificarse con los objetos internos proyectados de la paciente que están asociados con los progenitores. Pero en vez de actuar tal presión y convertirse en una figura parental, el terapeuta debe tratar de comprender el mundo interno de la paciente. Una forma de esta re-actuación es equiparar la ingesta con la conversación. Así como la paciente provoca a sus progenitores rehusándose a comer, ella intentará provocar al psicoterapeuta rehusándose a hablar (Mintz, 1988). Al comienzo de la terapia puede ser útil, por lo tanto, clarificar que la meta principal del tratamiento es comprender el trastorno emocional subyacente de la paciente más que el problema de no comer (Bruch, 1982; Chessick, 1985). Aunque Boris (1984a) abogó por la completa evitación de la psicoterapia que se focaliza sobre la comida, Bruch (1982) sugirió que la psicoterapia no es factible a menos que la paciente esté pesando alrededor de 44 kilos. Ella explica a sus pacientes que su capacidad para pensar y comunicarse mejorará si pueden lograr que su peso esté por lo menos en ese nivel.
2. *Evitar interpretaciones tempranas en la terapia.* Las interpretaciones sobre temores o deseos inconscientes pueden ser experimentadas por la paciente anoréxica como una repetición de su historia de vida. *Alguien más* le está contando a ella lo que realmente siente, mientras su experiencia consciente es minimizada e invalidada. Más que eso, la tarea del terapeuta debería ser validar y empatizar con la experiencia interna de la paciente (Bruch, 1987; Chessick, 1985). El terapeuta debería tener un activo interés en lo que la paciente piensa y siente, transmitiendo el mensaje de que es una persona autónoma con derecho a tener sus propias

Cuadro 12-1. Guías técnicas para la psicoterapia de pacientes anoréxicos

Evitar esfuerzos excesivos en tratar de cambiar la conducta alimentaria
Evitar interpretaciones tempranas en la terapia
Monitorear cuidadosamente la contratransferencia
Examinar las distorsiones cognitivas

ideas acerca de su enfermedad. Es muy importante ayudar a la paciente a definir los estados de sus propios sentimientos. Las acciones y decisiones que son consecuencia de estos sentimientos deben ser legitimizadas y respetadas. El terapeuta puede ayudarla a explorar varias opciones pero debería abstenerse de decirle lo que debe hacer (Chessick, 1985). Este abordaje empático, de apoyo y de construcción del yo, en las fases tempranas de la terapia facilitará la introyección del terapeuta como un objeto benigno. Bruch (1987) sugirió enfatizar lo positivo y conceptualizar la terapia como una experiencia en la cual las pacientes descubrirán sus cualidades positivas. Ella reconoció que su abordaje tiene muchas similitudes con el abordaje de la psicología del self de Kohut (1984). Chessick (1985) compartió esta visión de que el insight de los conflictos inconscientes probablemente no es curativo en estas pacientes. Aunque un poco más optimista acerca del uso de las interpretaciones, Boris (1984a) recomendó aplazar el uso de las interpretaciones hasta que la paciente se encuentre a sí misma. Él propuso, entonces "hablarle al aire" en vez de hacerlo directamente; se mantendría así alguna distancia en la relación con la paciente y se respetaban sus límites. Tales interpretaciones deberían ser enunciadas como hipótesis, como si se hablara a un colega imaginario más que haciendo un pronunciamiento definitivo directamente a la paciente.

3. *Monitorear cuidadosamente la contratransferencia.* Las pacientes anoréxicas comúnmente creen que sus progenitores quieren que ganen peso para que las otras personas no los vean como padres fracasados (Powers, 1984). Es probable que los terapeutas se vuelvan ansiosos por estas mismas cuestiones. Cuando trabajan dentro del marco de un equipo de tratamiento global, en particular, pueden empezar a sentir que los otros están juzgando negativamente su trabajo si sus pacientes fallan en ganar peso. Esta preocupación contratransferencial puede conducir al terapeuta a caer en la trampa de identificarse con los progenitores de la paciente. La situación ideal para la psicoterapia individual es que otro terapeuta se encargue de monitorear la ganancia de peso, dejando al psicoterapeuta en libertad de explorar las cuestiones psicológicas subyacentes de la paciente. Cuando la hospitalización es requerida para el control del peso, el psiquiatra admisor puede manejar la ingesta de comida mientras que el psicoterapeuta continúa el trabajo psicoterapéutico en el hospital. En este marco, el psicoterapeuta puede trabajar productivamente con el equipo.

   Hughes (1997) ha descrito bellamente algunos de los dilemas típicos contratransferenciales confrontados en el tratamiento de pacientes con anorexia nerviosa. Así como la paciente mantiene a los progenitores comprometidos en la tarea de tratar de ayudarla pero siempre fracasando, también compromete al terapeuta en ese rol. A menudo, la paciente

se presenta a sí misma como queriendo cooperar con el tratamiento pero entonces sabotea la ayuda del terapeuta. Con las pacientes anoréxicas, la alianza terapéutica es típicamente mucho más tenue de lo que parece, y el terapeuta debe enfrentarse con la frustración de sentirse engañado por la paciente. Para manejar esta contratransferencia, es útil recordar que la paciente entiende el progreso como equivalente a una separación de la familia y a un crecimiento, y ambas situaciones son muy amenazantes. La ansiedad es fomentada en el terapeuta por el coqueteo de la paciente con la muerte, lo que hace todo más frustrante debido a la frecuente negación de sus deseos suicidas. Así como los familiares pueden quedar exhaustos y enojados e incluso desarrollar deseos homicidas inconscientes hacia la paciente anoréxica, el terapeuta puede también experimentar desesperación, rabia homicida, y una sensación de que nadie más aprecia totalmente la letalidad de la paciente. Este drama transferencial-contratransferencial que se desarrolla es el núcleo de la enfermedad tal como se manifiesta en la relación terapéutica y de este modo provee al terapeuta información enormemente valiosa que puede, al fin, ser compartida y comprendida por la paciente.

4. *Examinar las distorsiones cognitivas.* Las distorsiones en la percepción del tamaño del cuerpo y las creencias cognitivas ilógicas deberían ser exploradas con la paciente de manera no crítica (Powers, 1984). El terapeuta sirve de este modo como un yo auxiliar para ayudar a la paciente a afinar sus poderes de observación y su pensamiento crítico (Chessick, 1985). Es claro que el psicoterapeuta debe asumir un rol educativo con estas pacientes, ayudándolas a entender los efectos de la inanición sobre la cognición. Pero tratar de educar sin hacer demandas de cambio. Como alternativa, el terapeuta puede simplemente explorar las consecuencias de las elecciones de la paciente.

Estos principios técnicos rectores, si bien son útiles, no deben ser tomados como un "libro de recetas" formulado para la psicoterapia de las pacientes anoréxicas. Los terapeutas deben ser flexibles, persistentes y estables ante la tendencia de la paciente a "esperar pasivamente" durante el proceso terapéutico hasta que otra vez la dejen sola y tranquila. Las distorsiones de la imagen corporal, que con frecuencia alcanza proporciones engañosas, pueden ser particularmente refractarias a los esfuerzos educacionales y terapéuticos. Los terapeutas deben ser cautelosos con la desesperación y la frustración contratransferencial que podría conducirlos a intentar forzar a la paciente a "ver las cosas como realmente son".

Aunque las pacientes con anorexia nerviosa pueden parecer muy resistentes al tratamiento en el corto plazo, muchas de ellas posteriormente mejoran. En un estudio de seguimiento a largo plazo (Sullivan y col., 1998), únicamente el 10% de las pacientes seguidas un promedio de 12 años des-

pués de la remisión inicial todavía reunían criterios para anorexia nerviosa. Sin embargo, muchas luchaban todavía contra algunos rasgos de la enfermedad, incluyendo el perfeccionismo y un peso corporal relativamente bajo. Por otro lado, en una revisión de 300 pacientes en cuatro series diferentes, Hsu (1991) calculó que cerca de 1 cada 7, o 14% de las pacientes, había muerto luego por suicidio o complicaciones de la enfermedad. En una comparación, a cinco años de seguimiento, de terapia familiar y terapia de apoyo individual (Eisler y col., 1997), ambos tratamientos produjeron mejorías significativas. Las pacientes con un comienzo temprano y una corta historia de anorexia nerviosa manifestaban estar mejor con terapia familiar, mientras que aquellos que tenían un comienzo tardío que se sentía mejor con terapia de apoyo individual. La psicoterapia psicoanalítica también parece ser tan efectiva como la terapia de apoyo (Dare, 1995). En un estudio controlado y randomizado comparando terapia de psicología del self con tratamiento de orientación cognitiva, cinco de seis pacientes con anorexia nerviosa tratadas con terapia de psicología del self remitieron, mientras que ninguna de las pacientes tratadas con terapia de orientación cognitiva remitieron. En un estudio diferente (Robin y col., 1995), pacientes anoréxicas con edades entre 12-19 años fueron tratadas con terapia familiar o con tratamiento del yo individual. Después de un año de terapia, todas las pacientes de ambos grupos estaban menstruando, y un 82% de las pacientes del grupo de terapia familiar y un 50% de las pacientes del grupo de tratamiento del yo reunían los criterios duales de peso satisfactorio y menstruación.

Bulimia nerviosa

Los pacientes con bulimia nerviosa se distinguen generalmente de aquellos con anorexia nerviosa sobre la base de un peso relativamente normal y la presencia de atracones y purgas. Los pacientes con emaciación que también presentan atracones y purgas son habitualmente clasificados como anoréxicos, subgrupo bulímico (Hsu, 1986). Esta clasificación diagnóstica refleja cómo el concepto de anorexia nerviosa ha sido empañado por la fascinación cultural con la bulimia (Bruch 1987). En la perspectiva de Bruch, los dos síndromes tienen poco en común, la rígida autodisciplina y la conciencia severa del paciente anoréxico contrastan claramente con la conducta acosada por impulsos, irresponsable e indisciplinada de la persona bulímica. El término condensado de *bulimarexia* es, por lo tanto, una "atrocidad semántica" (Bruch, 1987) porque implica erróneamente la idea de similitud.

Sin embargo, la visión de Bruch no es sostenida por los datos acumulados que sugieren considerable ligazón entre los dos trastornos (Garner y col. 1986). Por lo menos 40-50% de todos los pacientes anoréxicos también tienen bulimia (Garfinkel y col. 1980; Hall y col. 1984; Hsu y col. 1979).

Datos de seguimiento a largo plazo sugieren que en un período largo, la anorexia nerviosa puede ceder el paso a la bulimia nerviosa, pero el patrón inverso es mucho más raro (Hsu, 1991). A la luz de estos hallazgos, el DSM-IV (Asociación Psiquiátrica Americana 1994) subtipifica a la anorexia nerviosa de acuerdo a la presencia con ausencia de síntomas bulímicos y excluye el diagnóstico de bulimia nerviosa en presencia de anorexia nerviosa cuando la bulimia ocurre únicamente durante episodios de anorexia nerviosa.

Una parte de la razón para que se borren los límites diagnósticos entre la conducta anoréxica y la conducta bulímica es que el cuadro clínico puede ser demasiado variado. Los trastornos psiquiátricos concurrentes son comunes (Yager, 1984), y más de la mitad de todos los pacientes bulímicos pueden sufrir trastornos de personalidad asociados (Johnson y col., 1989). Como Yager (1984) descubrió con elocuencia.

> La bulimia no es una enfermedad. Tampoco es un simple hábito. La bulimia es heterogénea y, como la neumonía, puede resultar de una variedad de causas. A mí me ha resultado útil conceptualizar la bulimia como un hábito o como un patrón de conducta incrustado en una personalidad, a su vez incrustada en una biología, y todas éstas incrustadas en una cultura en la cual la bulimia parece desarrollarse en un porcentaje creciente (p. 63).

Comprensión psicodinámica. Cuando se consideran los psicodinamismos de la bulimia, los terapeutas deben tener en mente esta heterogeneidad. Las varias contribuciones a nuestra comprensión dinámica de la bulimia son probablemente análogas a las de los sabios ciegos del proverbial cuento que tuvieron que informar sus respectivas percepciones de un elefante basados en sus particulares puntos de observación. Como siempre, la comprensión dinámica debe ser individualizada. Se puede observar un cuadro clínico de bulimia en pacientes con estructuras del carácter ampliamente diferentes, cuyo espectro se extiende desde la psicosis, pasando por el trastorno borderline hasta llegar a la neurosis (Wilson, 1983). La anorexia y la bulimia son esencialmente las caras opuestas de una misma moneda (Mintz, 1988). Mientras que la paciente anoréxica se caracteriza por una mayor fortaleza del yo y un superyó con mayor control, la paciente bulímica puede sufrir de una generalizada incapacidad para demorar la descarga del impulso, a causa de un yo débil y un superyó perezoso. Los atracones y las purgas no son usualmente problemas de impulsos aislados; más bien, coexisten típicamente con relaciones sexuales impulsivas, autodestructivas y con abuso de polidrogas.

Alguna evidencia empírica sugiere cuáles serían los factores psicodinámicos que podrían estar trabajando en pacientes con bulimia nerviosa. En

un análisis genético multivariado, Kendler y col. (1995) encontraron que los factores familiares y ambientales juegan un rol clave en el desarrollo del trastorno. En un estudio de control de casos basado en la comunidad comprendiendo 102 sujetos con bulimia nerviosa y 204 sujetos controles sanos (Fairburn y col. 1997), problemas parentales, abuso físico o sexual, y autoevaluación negativa fueron todos asociados con el desarrollo de la enfermedad. Los investigadores sugirieron que la autoevaluación negativa podría estimular la dieta mediante la distorsión de la percepción que tienen las niñas de su propia apariencia. Estos hallazgos empíricos están sostenidos por observaciones que surgen del tratamiento psicoanalítico. Reich y Cierpka (1998) encontraron perturbaciones en el diálogo emocional entre las pacientes bulímicas y sus progenitores y un patrón coherente de conflicto entre partes contradictorias del self que estaba indudablemente influenciado por identificaciones conflictivas con los progenitores. Estos autores también sugirieron que muchas pacientes bulímicas experimentan una falta de respeto por sus límites y una indiscreta intrusión en su privacidad, lo que se aplicaría tanto al abuso sexual como al abuso psicológico. Reich y Cierpka notaron que estas pacientes frecuentemente usan determinadas defensas: transformación de los afectos y un giro de la pasividad a la actividad, y también experimentan demandas contradictorias del superyó.

Aquellos autores que han estudiado los orígenes de la bulimia en el proceso del desarrollo han identificado una importante dificultad con la separación tanto en los progenitores como en la paciente. Un tema común en la historia del desarrollo de las pacientes bulímicas es la ausencia de un objeto transicional, tales como un chupete o una manta, para ayudar a la niña a separarse psicológicamente de su madre (Goodsitt, 1983). Esta lucha por separarse que tiene lugar durante el desarrollo puede ser representada, en vez de usar el propio cuerpo como un objeto transicional (Sugarman y Kurash, 1982), con la ingestión de comida como representación de un deseo de fusión simbiótica con la madre y la expulsión de comida como un esfuerzo por separarse de ella. Al igual que las madres de las pacientes anoréxicas, los progenitores de las niñas que crecerán hasta ser bulímicas generalmente se relacionan con sus hijas como si fueran extensiones de ellas mismas (Humphrey y Stern, 1988; Strober y Humphrey, 1987). Estas niñas son usadas como objetos del self para validar el self del progenitor. Cada miembro de la familia depende de todos los otros miembros para mantener un sentido de cohesión. Aunque este patrón caracteriza a las familias de las pacientes anoréxicas, un particular modo de manejar cualidades "malas" inaceptables es predominante en las familias bulímicas. El sistema de la familia bulímica aparentemente comprende una fuerte necesidad de cada uno de verse a sí mismos como "todos buenos". Las cualidades inaceptables en los progenitores son por lo general proyectadas sobre la niña bulímica, quien se convierte en la depositaria de toda "maldad". Mediante la identi-

ficación inconsciente con estas proyecciones, ella se vuelve el vehículo de toda la voracidad e impulsividad de la familia. El balance homeostático resultante mantiene el foco sobre la niña "enferma" más que sobre los conflictos dentro de o entre los progenitores.

Las observaciones psicodinámicas en las pacientes bulímicas acerca de las dificultades con la separación han sido confirmadas por la investigación empírica (Patton, 1992). Se comparó un grupo de 40 pacientes con trastornos en la alimentación con un grupo control de 40 mujeres con patrones normales de alimentación para ver cómo respondían ellas a un estímulo subliminal o supraliminal. A cada grupo se le mostró un estímulo que implicaba una situación de abandono o un estímulo control con duraciones de exposición que eran tanto subliminales o supraliminares. Siguiendo a la exposición a un estímulo que implicaba una situación de abandono, el grupo con trastornos de alimentación comió significativamente mayor cantidad de galletitas que los sujetos del grupo control. Los investigadores concluyeron que el atracón era realmente una defensa contra un temor inconsciente al abandono.

En muchas ocasiones, entonces, las pacientes bulímicas concretizan los mecanismos de relaciones de objeto que son la introyección y la proyección. La ingestión y la expulsión de comida puede directamente reflejar la introyección y proyección de introyectos agresivos o "malos". En muchos casos, este proceso de escisión es concretizado mucho más por la paciente. Ella puede considerar a las proteínas como comida "buena", la cual es por lo tanto retenida más que purgada, y a los carbohidratos o comidas chatarra como comida "mala", la que es consumida en cantidades enormes, solamente para ser regurgitada. En la superficie, esta estrategia de manejo de la agresión puede ser convincente, la expulsión de la maldad en forma de vómitos hace que después la paciente se sienta buena. De todas maneras, el sentimiento residual de "bondad" es inestable debido a que está basado en la escisión, negación y proyección de la agresión más que en la integración de lo malo con lo bueno.

Consideraciones de tratamiento. El único principio más importante del tratamiento de la bulimia es la individualización del plan de tratamiento. Los trastornos psiquiátricos concurrentes, como la depresión, los trastornos de la personalidad y el abuso de drogas, deberían ser abordados como una parte del plan de tratamiento global. Los "Programas de tratamiento en línea de montaje" (Yager, 1984) que tratan del mismo modo a todos los pacientes bulímicos únicamente ayudarán a una fracción de ellos a causa de un fracaso en reconocer y apreciar la inherente heterogeneidad de la población bulímica. Cerca de un tercio de todos los pacientes bulímicos representan un subgrupo relativamente sano que responderá bien a un abordaje limitado en el tiempo que comprende la terapia breve cognitivo-

conductual y un programa psicoeducacional (Johnson y Connors, 1987; Johnson y col., 1989). Grupos de apoyo tales como Overeaters Anonymous (OA) pueden también sostener a este subgrupo de pacientes sin un tratamiento posterior.

Los estudios de seguimiento sugieren que la temporaria estabilidad de los síntomas bulímicos puede ser un problema para muchos pacientes (Joiner y col., 1997). En una revisión de 88 estudios que consistían en valoraciones de seguimiento con pacientes bulímicos, Keel y Mitchell (1997) encontraron que aproximadamente el 50% de las mujeres se había recuperado por completo del trastorno en 5 a 10 años después de la presentación. Sin embargo, un 20% continuó reuniendo los criterios completos para bulimia nerviosa, y aproximadamente un 30% tuvo recaídas con síntomas bulímicos. En un seguimiento de 173 mujeres durante más de 10 años después de la presentación, los mismos investigadores (Keel y col., 1999) reportaron que cerca del 70% de sus ejemplos estaba en remisión total o parcial, pero un 30% continuó enganchado en recurrentes atracones o conductas purgatorias.

Aunque tal vez los abordajes dinámicos no están indicados o no son necesarios para todas las pacientes, pueden también ser beneficiosos para la mayoría. Entre los no respondedores, tanto como dos tercios pueden tener trastornos de personalidad borderline (Johnson y col., 1989), mientras que otros pueden tener otros trastornos de personalidad o depresión significativa. Estas pacientes usualmente requieren psicoterapia expresiva-de apoyo a largo plazo y a menudo también necesitan intervención psicofarmacológica. Muchas pacientes también se resentirán francamente con un abordaje conductual para sus síntomas bulímicos (Yager, 1984). La focalización sobre la conducta manifiesta de la paciente mientras se descuida su mundo interno puede provocar la repetición de la experiencia de la paciente de estar creciendo con progenitores que están más preocupados por la superficie que por la sustancia. Yager (1984) sugirió que alrededor del 50% de todas las pacientes bulímicas están descontentas con técnicas de modificación conductual. Algunas incluso experimentarán la tarea de escribir un diario cotidiano acerca de sus hábitos alimentarios como humillante, debido a que ven sus problemas de ingesta como sintomáticos de trastornos más fundamentales. El tratamiento que no concuerda con los intereses y los sistemas de creencias de la paciente está condenado al fracaso (Yager, 1984).

La bulimia nerviosa puede ser amenazante para la vida. Se han conocido pacientes que alteran su balance electrolítico lo suficiente como para precipitar un paro cardíaco. El monitoreo de la química de la sangre debería por lo tanto ser parte del manejo ambulatorio de estas pacientes, con la hospitalización como una estrategia suplementaria. Dado que muchas pacientes bulímicas también sufren de trastorno de personalidad borderline o de trastorno afectivo mayor, la hospitalización puede ser requerida ante los

intentos de suicidio o de severa automutilación. El tratamiento hospitalario debe seguir un plan de tratamiento global individualizado, además de la tarea de ganar control sobre los síntomas a través del cierre de baños, la implementación de una agenda normal de comidas, la provisión de asistencia psicoeducacional por un dietista, y el incentivo para hacer registros cotidianos en un diario personal. Por lo habitual la hospitalización frecuentemente provee al terapeuta una oportunidad de comprender mejor las relaciones de objeto interno de la paciente; de este modo se facilita una comprensión diagnóstica más sofisticada y un plan de tratamiento más preciso:

> La señorita W era una estudiante universitaria de 19 años con una mezcla de síntomas bulímicos y anoréxicos. Fue hospitalizada después de "despedir" a su psicoterapeuta y de perder completo control sobre sus atracones y purgas. Sus progenitores, que estaban demasiado exasperados con su conducta, la trajeron al hospital debido a que se sentían desesperanzados de lograr que ella alguna vez volviera a comer con normalidad. Durante la primera semana de internación. W informó a la doctora que la atendía en el hospital que ella había planeado mantenerse apartada y distante debido a que no quería apegarse otra vez a un médico para no sufrir una nueva decepción. Inmediatamente se organizaron comidas regulares y encuentros grupales, pero la paciente se rehusaba a recibir las comidas o a concurrir a los grupos. Ella insistía en que era capaz de hacer una dieta únicamente comiendo lo que quería y cuando quería. Según ella su peso se mantenía constante, de manera que no había necesidad de preocuparse.
>
> El equipo de enfermería estaba cada vez más irritado con W por su total falta de cooperación. Cuanto más testaruda y resistente se volvía la paciente, mucho más insistía el equipo en que ella debía seguir la estructura del programa hospitalario. En una reunión del equipo, la médica del hospital observó que la paciente había tenido éxito en repetir en el hospital su situación familiar. Mediante la afirmación de que ella debería tener control sobre su dieta, provocaba en los otros el intento de tomar el control sobre sus comidas. Ella podía entonces sentirse víctimizada por las fuerzas controladoras alrededor de ella, tal como se sintió victimizada por sus progenitores.
>
> La doctora de W se reunió con ella y le señaló que estaba intentando provocar en el equipo del hospital una reactuación de su situación familiar. La doctora le solicitó a la paciente que reflexionara acerca de lo que ganaría con esta reactuación. W respondió que no estaba interesada en hablar. Tres días después, ella le contó que había estado acumulando medicación y objetos puntiagudos en un cajón cerrado en su habitación del hospital de manera que ella podría intentar suicidarse. Dijo que había decidido contarle esto porque realmente no quería morir. También afirmó que era una dificultad terrible para ella comunicar sentimientos a su doctora porque creía que se volvería incontrolablemente dependiente y perdería cualquier sentido de su propio self. Estaba convencida de que

depender de la terapeuta la conduciría a ser explotada y mal tratada de acuerdo con las necesidades de la doctora más que con sus propias necesidades de tratamiento.

Esta información ayudó al equipo del hospital a comprender la resistencia de la señorita W a la estructura del tratamiento. Al negarse a cooperar, esta paciente estaba intentando establecer una sensación de self independiente de las demandas y expectativas de otros. Cooperar con el equipo de enfermería y colaborar con su médica en el hospital conllevaba el riesgo de que se volvería una mera extensión de los otros, como lo fue en su familia. Una vez que esta angustia subyacente emergió, los miembros del equipo permitieron que la señorita W encontrara mayor participación a través de su expresión en su programa de alimentación. Con un miembro del equipo, ella fue capaz de colaborar y así seguir el programa aceptable para ambos.

Justo cuando parecía que la señorita W se encontraba mejorando, sin embargo, la doctora recibió una llamada en su casa la mañana de Navidad mientras su familia estaba abriendo los regalos. Llamó una enfermera del hospital para informarle que la señorita W se había metido de contrabando y tomado una gran cantidad de laxantes y que había estado con diarrea toda la mañana. La enfermera temía que la señorita W requiriera un tratamiento médico de emergencia, y la doctora se vio compelida a asistir al hospital para ver a la paciente. Dos días más tarde, cuando la señorita W se encontraba clínicamente estable, su médica la confrontó con la hostilidad transferencial implicada en la purga, y luego sugirió que tal vez ella había deseado estropearle la mañana de Navidad. Aunque la paciente negó gravemente esa posibilidad, la doctora tuvo que suprimir su intenso enojo hacia la señorita W por el momento en que eligió para su acting-out. La doctora cayó en la cuenta de que el acto de la purga había posibilitado a la paciente expulsar su propia agresión. Como resultado, ella no podía relacionar la interpretación de su acting como hostil; inconscientemente, la doctora había servido como un recipiente en el cual la paciente proyectó su enojo.

Aunque este caso ilustra a una paciente más refractaria con trastorno borderline de la personalidad como parte del cuadro clínico, la lucha transferencia/contratransferencia no es atípica en relación con lo que comúnmente enfrentan los terapeutas individuales con los pacientes bulímicos. En reiteradas ocasiones los terapeutas pueden encontrarse forzados a aceptar la "maldad" que el paciente está intentando expulsar. Pueden también sentirse "vomitados encima" cuando el paciente escupe en forma repetida todos sus esfuerzos terapéuticos. La recapitulación del patrón familiar en el tratamiento hospitalario o en la psicoterapia individual ayuda al clínico a comprender el rol del paciente dentro del sistema familiar. Dado que la bulimia es con tanta frecuencia parte de un balance homeostático en la familia, la intervención familiar o la terapia familiar en asociación con

la terapia individual es a menudo necesaria. Al ignorar el sistema familiar, el terapeuta corre el riesgo de que la mejoría del paciente sea terriblemente amenazante para otros miembros de la familia. Las reacciones defensivas a esta amenaza pueden incluir el socavado insidioso del tratamiento del paciente bulímico o el desarrollo de una disfunción seria en otro miembro de la familia. Se debe respetar la necesidad de la familia por la enfermedad del paciente bulímico, y los padres deben sentirse "contenidos" y validados para que no saboteen el tratamiento (Humphrey y Stern, 1988).

A causa de su intensa ambivalencia y su preocupación acerca de perturbar el equilibrio familiar, muchos pacientes bulímicos tratarán de evitar la psicoterapia psicodinámica intensiva. Ellos pueden considerarse defectuosos, y la exploración psicoterapéutica implica un riesgo de que esta defectuosidad será expuesta (Reich y Cierpka, 1998). La introducción de un diario alimentario y el señalamiento de la asociación entre ciertos patrones de alimentación y estados emocionales pueden ser una forma extremadamente efectiva de construir una alianza terapéutica con el paciente. Una de las dificultades contratransferenciales más comunes con las que se encuentra el terapeuta es el deseo de curar al paciente rápidamente, y por lo tanto, puede comenzar a "sobrealimentar" al paciente a través de la introducción de intervenciones interpretativas prematuras y en demasía. Como Reich y Cierpka (1998) advirtieron, las interpretaciones y confrontaciones pueden ser manejadas de un modo bulímico, es decir, consumiéndolas de un modo voraz pero sin digerirlas adecuadamente. Un abordaje de la psicología del self basado en la empatía, en el cual la interpretación es pospuesta, parece ayudar a muchos pacientes bulímicos. En un estudio controlado y randomizado de terapia de la psicología del self versus tratamiento de orientación cognitiva, 4 de 8 pacientes bulímicas tratadas con la primera intervención remitieron, mientras que sólo 2 de 10 tratadas con tratamiento de orientación cognitiva remitieron (Bachar y col., 1999).

La psicoterapia dinámica de grupo puede también ser un tratamiento adyuvante de utilidad. La literatura empírica creciente testifica la eficacia de la psicoterapia de grupo para pacientes con bulimia nerviosa (Harper-Giuffre y col., 1992; Liedtke y col., 1991; Mitchell y col., 1990). En una revisión de 18 diferentes reportes de esta modalidad con pacientes bulímicas en un encuadre ambulatorio, Oesterheld y col. (1987) encontraron razones para ser cautelosos con el optimismo. El consenso fue que la psicoterapia de grupo reducía efectivamente los síntomas bulímicos en un promedio del 70%. Sin embargo, estas cifras parecían infladas debido a que la mayoría de los estudios excluyeron de sus cálculos los abandonos de tratamiento. Las tasas de abandono tendían a ser elevadas aun cuando la mayoría de los grupos habían excluido a los pacientes con trastorno borderline de la personalidad y otras patologías graves del carácter. También faltaban datos del

seguimiento a largo plazo. Los terapeutas de grupo parecían acordar, tanto como los terapeutas individuales, que una remisión estable requiere tanto del insight como del control sintomático.

En resumen, la indicación para un abordaje dinámico para la bulimia nerviosa es la falta de respuesta a métodos cognitivo-conductuales y psicoeducacionales limitados en el tiempo. Las intervenciones familiares en las formas de apoyo, educación, y posibilidad de terapia familiar son también generalmente necesarias. Se requieren algunas formas del control sintomático en conjunción con otros abordajes. La hospitalización breve, grupos de apoyos como Overeaters Anonymous, y psicoterapia de grupo pueden todas asistir al paciente con el control de los síntomas. Algunos psicoterapeutas individuales también consideran el control de los síntomas como parte del proceso terapéutico. Un subgrupo sustancial de pacientes bulímicas con patología grave del carácter asociada, tendencias suicidas, y propensión a alteraciones electrolíticas amenazantes para la vida requerirán psicoterapia en el contexto de una hospitalización a largo plazo. Estas pacientes desafían los esfuerzos más diligentes de los terapeutas a estructurar sus vidas. Parecen estar empeñados en un curso autodestructivo que de hecho puede ser fatal sin un tratamiento hospitalario prolongado.

Bibliografía

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

Bachar E, Latzer Y, Kreitler S, et al: Empirical comparison of two psychological therapies: self psychology and cognitive orientation in the treatment of anorexia and bulimia. J Psychother Pract Res 8:115-128, 1999

Balint M: The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression. New York, Brunner/Mazel, 1979

Bemporad JR, Ratey J: Intensive psychotherapy of former anorexic individuals. Am J Psychother 39:454-466, 1985

Blatt SJ, McDonald C, Sugarman A, et al: Psychodynamic theories of opiate addiction: new directions for research. Clin Psychol Rev 4:159-189, 1984a

Blatt SJ, Rounsaville B, Eyre SL, et al: The psychodynamics of opiate addiction. J Nerv Ment Dis 172:342-352, 1984b

Boris HN: On the treatment of anorexia nervosa. Int J Psychoanal 65:435-442, 1984a

Boris HN: The problem of anorexia nervosa. Int J Psychoanal 65:315-322, 1984b

Brown S: Treating the Alcoholic: A Developmental Model of Recovery. New York, Wiley, 1985

Bruch H: Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within. New York, Basic Books, 1973

Bruch H: The Golden Cage: The Enigma of Anorexia Nervosa. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1978

Bruch H: Psychotherapy in anorexia nervosa. Int J Eat Disord 1 (4):3-14, 1982

Bruch H: The changing picture of an illness: anorexia nervosa, in Attachment and the Therapeutic Process. Edited by Sacksteder JL, Schwartz DP, Akabane Y. Madison, CT, International Universities Press, 1987, pp 205-222

Chessick RD: Clinical notes toward the understanding and intensive psychotherapy of adult eating disorders. Annual of Psychoanalysis 22/23:301-322, 1985

Cooper DE: The role of group psychotherapy in the treatment of substance abusers. Am J Psychother 41:55-67, 1987

Cornelius JR, Salloum IM, Mezzich J, et al: Disproportionate suicidality in patients with comorbid major depression and alcoholism. Am J Psychiatry 152:358-364, 1995

Dare C: Psychoanalytic psychotherapy, in Treatments of Psychiatric Disorders, 2nd Edition, Vol 2. Edited by Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, pp 2129-2152

Dodes LM: Abstinence from alcohol in long-term individual psychotherapy with alcoholics. Am J Psychother 38:248-256, 1984

Dodes LM: The psychology of combining dynamic psychotherapy and Alcoholics Anonymous. Bull Menninger Clin 52:283-293, 1988

Dodes LM: Addiction, helplessness, and narcissistic rage. Psychoanal Q 59:398-419, 1990

Donovan JM: An etiologic model of alcoholism. Am J Psychiatry 143:1-11, 1986

Eisler I, Dare C, Russell GF, et al: Family and individual therapy in anorexia nervosa: a 5-year follow-up. Arch Gen Psychiatry 54:1025-1030, 1997

Fairburn CG, Beglin SJ: Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. Am J Psychiatry 147:401-408, 1990

Fairburn CG, Welch SL, Doll HA, et al: Risk factors for bulimia nervosa: a community-based case-control study. Arch Gen Psychiatry 54:509-517, 1997

Gabbard GO, Lazar SG, Hornberger J, et al: The economic impact of psychotherapy: a review. Am J Psychiatry 154:147-155, 1997

Garfinkel PE, Garner DM: Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective. New York, Brunner/Mazel, 1982

Garfinkel PE, Moldofsky H, Garner DM: The heterogeneity of anorexia nervosa: bulimia as a distinct subgroup. Arch Gen Psychiatry 37:1036-1040, 1980

Garner DM, Garfinkel PE, Irvine MJ: Integration and sequencing of treatment approaches for eating disorders. Psychother Psychosom 46:67-75, 1986

Goodsitt A: Self-regulatory disturbances in eating disorders. Int J Eat Disord 2(3):51-60, 1983

Goodwin DW: Alcoholism and heredity. Arch Gen Psychiatry 36:57-61, 1979

Gorton GE, Akhtar S: The relationship between addiction and personality disorder: reappraisal and reflections. Integrative Psychiatry 10:185-198, 1994

Hall A, Crisp AH: Brief psychotherapy in the treatment of anorexia nervosa: preliminary findings, in Anorexia Nervosa: Recent Developments in Research. Edited by Darby PL, Garfinkel PE, Garner DM, et al. New York, Alan R Liss, 1983, pp 427-439

Hall A, Slim E, Hawker F, et al: Anorexia nervosa: long-term outcome in 50 female patients. Br J Psychiatry 145:407-413, 1984

Harper-Giuffre H, MacKenzie KR, Sivitilli D: Interpersonal group psychotherapy, in Group Psychotherapy for Eating Disorders. Edited by Harper-Giuffre H, MacKenzie KR. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1992, pp 105-145

Hartocollis P: Borderline syndrome and alcoholism, in Encyclopedic Handbook of Alcoholism. Edited by Pattison EM, Kaufman E. New York, Gardner, 1982, pp 628-635

Hsu LK: Outcome of anorexia nervosa: a review of the literature (1954 to 1978). Arch Gen Psychiatry37:1041-1046, 1980

Hsu LK: The treatment of anorexia nervosa. Am 1 Psychiatry 143:573-581, 1986

Hsu LK: Outcome studies in patients with eating disolders, in Psychiatric Treatment: Advances in Outcome Research. Edited by Mirin SM, Gossett JT, Grob MC. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991, pp 159-180

Hsu LK, Crisp AH, Harding B: Outcome of anorexia nervosa. Lancet 1(8107):61-65, 1979

Hughes P: The use of the countertransference in the therapy of patients with anorexia nervosa. European Eating Disorders Review 5:258-269, 1997

Humphrey LL, Stern S: Object relations and the family system in bulimia: a theoretical inte gration. J Marital Fam Ther 14:337-350, 1988

Johnson C, Connors ME: The Etiology and Treatment of Bulimia Nervosa: A Biopsycho social Perspective. New York, Basic Books, 1987

Johnson C, Tobin DL, Enright A: Prevalence and clinical characteristics of borderline pa tients in an eating-disordered population. J Clin Psychiatry 50:9-15, 1989

Joiner TE, Heatherton TF, Keel PK: Ten-year stability and predictive validity of five bulimia-related indicators. Am J Psychiatry 154: 1133-1138, 1997

Kandel DB, Kessler RC, Margulies RZ: Antecedents of adolescent initiation into stages of drug use: a developmental analysis, in Longitudinal Research on Drug Use. Edited by Kandel DB. New York, Hemisphere, 1978, pp 73-78

Kaplan AS, Woodside DB: Biological aspects of anorexia nervosa and bulimia nervosa. J Consult Clin Psychol 55:645-653, 1987

Keel PK, Mitchell JE: Outcome in bulimia nervosa. Am J Psychiatry 154:313-321, 1997

Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, et al: Long-term outcome of bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 56:63-69, 1999

Kendler KS, Heath AC, Neale MC, et al: A population-based twin study of alcoholism in women. JAMA 268:1877-1882, 1992

Kendler KS, Walters EE, Neale MC, et al: The structure of the genetic and environmental risk factors for six major psychiatric disorders in women: phobia, generalized anxiety disorder, panic disorder, bulimia, major depression, and alcoholism. Arch Gen Psychiatry 52:374-383, 1995

Kernberg OF: Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York, Jason Aronson, 1975

Khantzian EJ: Psychopathology, psychodynamics, and alcoholism, in Encyclopedic Handbook of Alcoholism. Edited by Pattison EM, Kaufman E. New York, Gardner, 1982, pp 581-597

Khantzian EJ: Psychotherapeutic interventions with substance abusers—the clinical context. J Subst Abuse Treat 2:83-88, 1985a

Khantzian EJ: The self-medication hypothesis of addictive disorders: focus on heroin and cocaine dependence. Am J Psychiatry 142:1259-1264, 1985b

Khantzian EJ: A contemporary psychodynamic approach to drug abuse treatment. Am J Drug Alcohol Abuse 12:213-222, 1986

Khantzian EJ: The self-medication hypothesis of substance use disorders: a reconsideration and recent applications. Harv Rev Psychiatry 4:231-244, 1997

Khantzian EJ, Treece C: DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts: recent findings. Arch Gen Psychiatry 42:1067-1071, 1985

Knight RP: Borderline states. Bull Menninger Clin 17:1-12, 1953

Kohut H: The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. NewYork, International Universities Press, 1971

Kohut H: How Does Analysis Cure? Edited by Goldberg A. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984

Krystal H: Alexithymia and the effectiveness of psychoanalytic treatment. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy 9:353-378, 1982-1983

Lieb RC, Thompson TL II: Group psychotherapy of four anorexia nervosa inpatients. Int J Group Psychother 34:639-642, 1984

Liedtke R, Jager B, Lempa W, et al: Therapy outcome of two treatment models for bulimia nervosa: preliminary results of a controlled study. Psychother Psychosom 56:56-63, 1991

Mack JE: Alcoholism, AA, and the governance of the self, in Dynamic Approaches to the Understanding and Treatment of Alcoholism. Edited by Bean MH, Zinberg NE. New York, Free Press, 1981, pp 128-162

Maher MS: Group therapy for anorexia nervosa, in Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia. Edited by Powers PS, Fernandez RC. Basel, Switzerland, Karger, 1984, pp 265-276

McCrady BS, Langenbucher JW: Alcohol treatment and healthcare system reform. Arch Gen Psychiatry 53:737-746, 1996

McLellan AT, Arndt IO, Metzger DS, et al: The effects of psychosocial services in substance abuse treatment. JAMA 269:1953-1959, 1993

Mintz IL: Self-destructive behavior in anorexia nervosa and bulimia, in Bulimia: Psychoanalytic Treatment and Theory. Edited by Schwartz HJ. Madison, CT, International Universities Press, 1988, pp 127-171

Minuchin S, Rosman BL, Baker L: Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1978

Mitchell JE, Pyle RL, Eckert ED, et al: A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 47:149-157, 1990

Murphy GE, Wetzel RD: The lifetime risk of suicide in alcoholism. Arch Gen Psychiatry 47:383-392, 1990

Nace EP, Saxon JJ Jr, Shore N: A comparison of borderline and nonborderline alcoholic patients. Arch Gen Psychiatry 40:54-56, 1983

Nathan PE: The addictive personality is the behavior of the addict. J Consult Clin Psychol 56:183-188, 1988

Nicholson B, Treece C: Object relations and differential treatment response to methadone maintenance. J Nerv Ment Dis 169:424-429, 1981

Oesterheld JR, McKenna MS, Gould NB: Group psychotherapy of bulimia: a critical review. Int J Group Psychother 37:163-184, 1987

Pages KP, Russo JE, Roy-Byrne PP, et al: Determinants of suicidal ideation: the role of substance use disorders. J Clin Psychiatry 58:510-515, 1997

Paton S, Kessler R, Kandel D: Depressive mood and adolescent illicit drug use: a longitudinal analysis. J Genet Psychol 131:267-289, 1977

Pattison EM: Nonabstinent drinking goals in the treatment of alcoholism: a dinical typology. Arch Gen Psychiatry 33:923-930, 1976

Patton CJ: Fear of abandonment and binge eating: a subliminal psychodynamic activation investigation. J Nerv Ment Dis 180:484-490, 1992

Polivy J: Group psychotherapy as an adjunctive treatment for anorexia nervosa Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation 3:279-283, 1981

Powers PS: Psychotherapy of anorexia nervosa, in Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia. Edited by Powers PS, Fernandez RC. Basel, Switzerland, Karger, 1984, pp 18-47

Prescott CA, Kendler KS: Genetic and environmental contributions to alcohol abuse and dependence in a population-based sample of male twins. Am J Psychiatry 156:34-40, 1999

Project MATCH Research Group: Matching alcoholism treatments to client heterogeneity: Project MATCH posttreatment drinking outcomes. J Stud Alcohol 58:7-29, 1997

Regier DA, Farmer ME, Rae BS, et al: Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse: results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. JAMA264:2511-2518, 1990

Reich G, Cierpka M: Identity conflicts in bulimia nervosa: psychodynamic patterns and psychoanalytic treatment. Psychoa,nalytic Inquiry 18:383-402, 1998

Rinsley DB: The Dipsas revisited: comments on addiction and personality. J Subst Abuse TKat 5: 1-7, 1988

Robin AL, Siegel PT, Moye A: Family versus individual therapy for anorexia: impact on family conflict. Int J Eat Disord 17:313-322, 1995

Rounsaville BJ, Weissman MM, Kleber H, et al: Heterogeneity of psychiatric diagnosis in treated opiate addicts. Arch Gen Psychiatry 39:161-166, 1982

Rounsaville BJ, Anton SF, Carroll K, et al: Psychiatric diagnoses of treatment-seeking cocaine abusers. Arch Gen Psychiatry 48:43-51, 1991

Rutherford MJ, Cacciola JS, Alterman AI, et al: Assessment of object relations and reality testing in methadone patients. Am J Psychiatry 153: 1189-1194, 1996

Sandahl C, Herlitz K, Ahlin G, et al: Time-limited group psychotherapy for moderately alcohol dependent patients: a randomized controlled clinical trial. Psychotherapy Research 8:361-378, 1998,12N

Schuckit MA: Genetics and the risk for alcoholism. JAMA 254:2614-2617, 1985

Schuckit MA, Rimmer J, Reich T, et al: Alcoholism: antisocial traits in male alcoholics (abstract). Br J Psychiatry 117:575-576, 1970

Selvini Palazzoli M: Self-Starvation: From Individual to Family Therapy in the Treatment of Anorexia Nervosa. Translated by Pomerans A. New York, Jason Aronson, 1978

Sperling O: On appersonation. Int J Psychoanal 25:128-132, 1944

Strober M, Humphrey LL: Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. J Consult Clin Psychol 55:654-659, 1987

Sugarman A, Kurash C: The body as a transitional object in bulimia. Int J Eat Disord 1(4):57-67, 1982

Sullivan PF, Bulik CM, Fear JL, et al: Outcome of anorexia nenosa: a case-control study. Am J Psychiatry 155:939-946, 1998

Sutker PB, Allain AN: Issues in personality conceptualizations of addictive behaviors. J Consult Clin Psychol 56:172-182, 1988

Treece C: Assessment of ego functioning in studies of narcotic addiction, in The Broad Scope of Ego Function Assessment. Edited by Bellak L, Goldsmith LA. New York, Wiley, 1984, pp 268-290

Treece C, Khantzian EJ: Psychodynamic factors in the development of drug dependence. Psychiatr Clin North Am 9:399-412, 1986

Vaglum S, Vaglum P: Borderline and other mental disorders in alcoholic female psychiatric patients: a case control study. Psychopathology 18:50-60, 1985

Vaillant GE: Dangers of psychotherapy in the treatment of alcoholism, in Dynamic Approaches to the Understanding and Treatment of Alcoholism. Edited by Bean MH, Zinberg NE. New York, Free Press, 1981, pp 36-54

Vaillant GE: The Natural History of Alcoholism. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1983

Vaillant GE: The alcohol-dependent and drug-dependent person, in The New Harvard Guide to Psychiatry. Edited by Nicholi AM Jr. Cambridge, MA, Belknap Press of Harvard University Press, 1988, pp 700-713

Weissman MM, Myers JK: Clinical depression in alcoholism. Am J Psychiatry 137:372-373, 1980

Williams G: Reflections on some dynamics of eating disorders: "no entry" defenses and foreign bodies. Int J Psychoanal 78:927-941, 1997

Wilson CP (ed): Fear of Being Fat: The Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia. New York, Jason Aronson, 1983

Woody GE, Luborsky L, McLellan AT, et al: Psychotherapy for opiate addicts: does it help? Arch Gen Psychiatry 40:639-645, 1983

Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, et al: Severity of psychiatric symptoms as a predictor of benefits from psychotherapy: the Veterans Administration-Penn Study. Am J Psychiatry 141:1172-1177, 1984

Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, et al: Sociopathy and psychotherapy outcome. Arch Gen Psychiatry 42:1081-1086, 1985

Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, et al: Psychotherapy for substance abuse. Psychiatr Clin North Am 9:547-562, 1986

Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, et al: Twelve-month follow-up of psychotherapy for opiate dependents. Am J Psychiatry 144:590-596, 1987

Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, et al: Psychotherapy in community methadone programs: a validation study. Arn J Psychiatry 152: 1302-1308, 1995

Wurmser L: Psychoanalytic considerations of the etiology of compulsive drug use. J Am Psychoanal Assoc 22:820-843, 1974

Wurmser L: Flight from conscience: experience with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers, I: dynamic sequences, compulsive drug use. J Subst Abuse Treat 4:157-168, 1987a

Wurmser L: Flight from conscience: experience with the psychoanalytic treatment of compulsive drug abusers, II: dynamic and therapeutic conclusions from the experiences with psychoanalysis of drug users. J Subst Abuse Treat 4: 169-179, 1987b

Yager J: The treatment of bulimia: an overview, in Current Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia. Edited by Powers PS, Fernandez RC. Basel, Switzerland, Karger, 1984, pp 63-91

CAPÍTULO

13

Demencias y otros trastornos cognitivos

En principio es un error intentar hacer una distinción entre las así llamadas enfermedades orgánicas y funcionales, en cuanto a que se consideran los síntomas y la terapia. En ambas condiciones se trata del funcionamiento anormal del mismo aparato psicofísico y de los intentos del organismo para adaptarse. Si las molestias, por un daño del cerebro o por conflictos psicológicos, no desaparecen espontáneamente o no pueden ser eliminadas por la terapia, el organismo tiene que realizar una nueva adaptación a la vida a pesar de ellas. Nuestra tarea es ayudar a los pacientes en esta adaptación a través de medidas físicas y psicológicas; el procedimiento y el objetivo de la terapia, en ambas condiciones, son en principio, lo mismo.

Kurt Goldstein

En esta clásica presentación en contra del dualismo mente/cerebro, Goldstein nos recuerda la interdependencia fundamental de la psicología y la biología. La distinción tradicional entre síndromes orgánicos y funcionales implica que la psicología es irrelevante a la primera y la biología es irrelevante a la última. Dado que el término *orgánico* por lo general denota la presencia de un daño anatómico real en las estructuras neuronales y gliales, algunos psiquiatras ven esos trastornos como fuera de su alcance y por lo tanto derivan a los pacientes con estos trastornos a los neurólogos. Los psiquiatras dinámicos, en particular, pueden ver

a los pacientes con daño cerebral tan carentes de la capacidad de abstracción que resultan inaccesibles a la intervención psicoterapéutica. Esta abdicación es desafortunada ya que los clínicos dinámicos pueden ayudar mucho al paciente con dificultades cognitivas.

El creciente conocimiento de cómo funciona el sistema nervioso central hace menos significativa la noción de trastornos psiquiátricos "orgánicos" versus los "no orgánicos". La referencia a trastornos psiquiátricos mayores como la esquizofrenia y el trastorno bipolar como "no orgánicos" o "funcionales" no toma en cuenta el sustrato biológico de ambas enfermedades. Además, los colaboradores del DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) tenían alguna preocupación de que la distinción orgánico/no orgánico podía alentar la continua estigmatización de las personas con trastornos psiquiátricos al sugerir que no existe una base médica o biológica para sus enfermedades.

La personalidad es el resultado final de una serie de funciones complejas que ocurren en estructuras corticales (y subcorticales). Los factores psicodinámicos en trastornos que implican daño cerebral pueden ser discutidas más productivamente dividiendo las condiciones en aquellas presentes desde el nacimiento y aquellas que implican daño en el tejido cerebral más tarde en el ciclo vital (Lewis, 1986). En las condiciones, presentes desde el nacimiento, las cuestiones psicológicas de cada fase del desarrollo a lo largo del ciclo de la vida son modeladas por los déficit neuroanatómicos del paciente. En las condiciones que ocurren luego, el desarrollo no ha tenido que cargar con la disfunción cerebral, por lo que la mayor cuestión es la adaptación a la pérdida de un nivel de funcionamiento previo. La discusión en este capítulo se focalizará en aquellos trastornos de disfunción cognitiva para los cuales el abordaje dinámico es particularmente útil. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (ADHD) es un trastorno presente desde el nacimiento en el cual el psiquiatra dinámico puede jugar un rol clave. El daño cerebral y la demencia son condiciones de comienzo tardío que también serán discutidas.

Condiciones presentes desde el nacimiento: trastorno por déficit de atención e hiperactividad

Las fuentes perinatales y genético-constitucionales del daño cerebral juegan un rol clave en cada fase del desarrollo subsecuente a lo largo del ciclo de la vida. Aunque en un momento se creía que los niños "crecían por fuera" del síndrome de déficit de atención e hiperactividad, ahora es claro que la condición puede persistir entrada la edad adulta (Bellak, 1997; Biederman, 1998; Biederman y col., 1993; Hartocollis, 1968). Los clínicos pueden en-

tonces tener un mayor índice de sospecha cuando un paciente se presenta con una historia de pobre respuesta a los tratamientos psicológicos o psiquiátricos convencionales, una inhabilidad crónica a desenvolverse en el nivel esperado por maestros y padres, una historia de repetidas frustraciones de vida, problemas con la orientación espacial (como perderse o experimentar dificultades en distinguir entre derecha e izquierda), estallidos emocionales, inquietud, antecedentes de trabajo irregular, alteración de la memoria y marcadas discrepancias entre el desenvolvimiento y los puntajes en el coeficiente intelectual (CI).

Los pacientes que crecen con ADHD frecuentemente tienen una multitud de déficit sutiles que pueden ser categorizados de acuerdo con funciones yoicas específicas (Bellak, 1977). Las funciones autónomas primarias (como la percepción, la memoria y las habilidades motoras) son las más comúnmente afectadas de las capacidades yoicas. Le siguen dificultades en la habilidad para regular y controlar los impulsos y los afectos, que van a manifestarse como estallidos frecuentes de malhumor, agresión y baja tolerancia a la frustración. La función yoica implicada en proveer una barrera a los estímulos internos y externos se sobrecarga también con facilidad. Aunque el proceso de pensamiento de esos pacientes puede estar formalmente intacto, su habilidad de pensar en forma abstracta está típicamente comprometida. La función yoica conocida como *sentido de realidad* con frecuencia mostrará varios déficit característicos, incluyendo la desorientación espacial, la falta de claridad en los límites corporales y la dificultad para discriminar entre derecha e izquierda. Por último, dado que estos pacientes sufren un deterioro fundamental en el funcionamiento sintético-integrativo, ellos pueden luchar por reunir ideas o sentimientos contradictorios en una totalidad unificada.

Comprensión psicodinámica

Los criterios diagnósticos de ADHD definidos en el DSM-IV se focalizan casi por completo en fenómenos de conducta. La experiencia mental de los individuos con este trastorno no es un tema discutido, en parte por la relativa escasez de contribuciones psicoanalíticas en ADHD y problemas de aprendizaje. Más recientemente, sin embargo, los psicoanalistas y los terapeutas con orientación psicoanalítica han comenzado a conceptualizar estas condiciones desde un punto psicodinámico aventajado (Gilmore, en prensa; Rothstein, 1998; Rothstein y Glenn, 1999).

Para comprender a pacientes adultos con formas congénitas de deterioro cerebral, los clínicos deben considerar el impacto de un sustrato neural comprometido en el logro de las tareas normales del desarrollo. El infante en crecimiento lucha a diario con una tensión subyacente entre la presión

de las pulsiones y los afectos, por un lado, y el control cortical, por el otro. Las presiones de las pulsiones se resisten al dominio cuando el infante carece de la dotación normal de la corteza funcionante (Weil, 1978) . De modo similar, las áreas libres de conflicto, o las esferas autónomas de funcionamiento yoico (como el intelecto, el pensamiento, la percepción, la motilidad y el lenguaje) dependen de una base constitucional (Hartmann, 1939/1959).

Muchos autores han comentado los efectos de los déficit cognitivos de base estructural en el desarrollo del self y en la internalización de las relaciones de objeto (Allen y col., 1988; Buchholz, 1987; Gilmore, en prensa; Kafka, 1984; Lewis 1986; Palombo 1979; Pickar 1986; Rothstein 1988; D. N. Stern 1985; Weil 1978). De acuerdo con Daniel Stern (1985), el desarrollo del self depende de un intercambio recíproco de códigos entre madre e infante que deriva de una unión empática formada por la sintonía sensitiva a las reacciones emocionales de uno y otro. Los infantes con disfunciones cognitivas de base estructural serán incapaces de percibir con precisión o integrar efectivamente las señales afectivas de la madre. Cuando el niño no responde a la madre como ella espera, ésta puede volverse ansiosa y las interacciones con su bebé se impregnan de tensión y discordia. Los padres pueden experimentar que el hijo no responde como se espera o que su defecto les produce una herida narcisística profunda (Buchholz ,1987) . Los padres pueden rechazar al niño y expresar su sensación de desilusión y ansiedad cada vez que se vinculan con él, de modo que se produce en éste una alteración de sus sentimientos de autoestima (Abrams y Kaslow, 1976). También puede suceder que los padres se excedan en la relación y lo sobreprotejan. La cuestión es que a medida que estos niños crecen y se desarrollan, siguen sin estar a la altura de lo esperado por sus padres, y eso desencadena más sentimientos de fracaso y humillación. Estos niños tienen un control de los impulsos más pobre, que provoca más reprimendas parentales, mayores interacciones en las cuales los otros están enojados y punitivos, y experiencias con padres que transmiten, a través de su excesiva ansiedad, que separarse de ellos es peligroso (Pickar, 1986; Weil, 1978). Dado que estos niños son con frecuencia incapaces de apreciar efectivamente las secuencias de causa-efecto, no relacionan las respuestas de rechazo de los otros con su propio comportamiento, y se sienten victimizados y desamparados (T Bryan, 1977).

Los defectos en las funciones yoicas autónomas primarias de percepción auditiva, visual y memoria de un individuo, afectarán adversamente la habilidad de esa persona a alcanzar constancia objetal. Los niños con dificultades del aprendizaje y ADHD a menudo no pueden calmarse a sí mismos porque nunca han sido capaces de internalizar y mantener figuras maternas confortantes, como imágenes afectivamente significativas. Por lo tanto, deben luchar para mantener una sensación del self estable. Su incapacidad para percibir en forma precisa las señales sociales de los otros contribuye a su

ineptitud por lo habitual observada en relacionarse a otros de un modo socialmente apropiado (J H Bryan y col.,1980)

Para compensar sus profundos sentimientos de inadecuación e incompetencia, los individuos con ADHD pueden desarrollar grandiosidad defensiva. Kafka (1984) informó el caso de un paciente que recurrió al análisis por este motivo. Este paciente había crecido con muchas dificultades de aprendizaje y otros déficit cognitivos y se había sentido toda su vida como un "impostor". Para lidiar con este sentimiento de que algo fundamental estaba faltando, asumió una postura defensiva de independencia y grandiosidad. Estaba avergonzado y humillado por depender de otros para recibir ayuda por su desorientación espacial. Como asociaba estas incapacidades con falta de masculinidad, se sentía profundamente avergonzado.

Algunos individuos pueden compensar sus déficit neuropsicológicos sobredesarrollando otras áreas de funcionamiento yoico. El inventor Thomas Edison, que había tenido muchos problemas en el aprendizaje, es un ejemplo famoso. Sin embargo, cuando los esfuerzos compensatorios fracasan, la persona joven puede evitar la enorme frustración por los fracasos repetidos, buscando consuelo en la delincuencia juvenil (Pickar, 1986). En vez de luchar contra la vergüenza y la humillación asociadas con el intento pero también el fracaso de alcanzar las expectativas sociales y académicas de otros, el adolescente puede adoptar una postura de desprecio hacia los valores de los padres, docentes y la sociedad en general.

Consideraciones terapéuticas

El nihilismo terapéutico con los pacientes con daño cerebral es injustificado. Como lo señaló Lewis (1986) : "La creencia descalificada de que el daño cerebral hace que una persona sea inaccesible al cambio psicológico significativo a través de la psicoterapia es erróneo y deriva de la idea falsa de que el daño cerebral es una entidad monolítica" (p. 78). El terapeuta no puede esperar que la tendencia hacia el pensamiento concreto desaparezca del todo, pero muchos pacientes logran un gran progreso en su capacidad para pensar simbólicamente o en forma abstracta (Buchholz, 1987). Aún en un tratamiento altamente expresivo, como el psicoanálisis, Kafka (1984) encontró que ninguna modificación significativa de la técnica era necesaria para esos pacientes. El notó que su paciente se sentía herido narcisísticamente por equivocaciones orales (*lapsus linguae*) porque esos incidentes parecían exponer sus defectos. Además, Kafka tenía que repetir con frecuencia las interpretaciones con mucha paciencia y cuidado en varios contextos utilizando diferentes ejemplos.

Adaptar el abordaje terapéutico a los pacientes que sufren déficit cognitivos más graves requiere una comprensión precisa de cómo esos déficit

afectan la habilidad del paciente a utilizar psicoterapia. Por ejemplo, Lewis (1986) describió a una paciente que había sufrido alteraciones en la memoria desde niña y esto dañó la capacidad de evocar una imagen mental calmante de su terapeuta. Ella era incapaz de mantener la continuidad entre las largas sesiones de dos veces por semana porque no podía recordar el aspecto o las palabras del terapeuta. Con un simple cambio del tiempo de la sesión, media hora por día hábil, la paciente pudo internalizar el proceso terapéutico de un modo más efectivo porque así podía recordar como "lucía y sonaba" el terapeuta.

Fallas repetidas en la empatía caracterizan las historias de vida de esos pacientes. Comenzando con los padres, otras personas no comprenden la naturaleza o la extensión de estas limitaciones cognitivas y repetidamente esperan más de lo que estos pacientes pueden entregar. Debido a este patrón de vida, algunos clínicos (Buchholz, 1987; Palombo 1979) han sugerido utilizar un abordaje de la psicología del self. Las repetidas experiencias de fragmentación del self y deflación conectado con la falta de respuestas especulares de otros pueden ser abordadas a medida que estos sentimientos se desarrollan en la transferencia. El terapeuta puede empáticamente reflejar los esfuerzos del paciente por ganar la admiración y aprobación y puede dar un significado de cómo los deterioros cognitivos han interferido con esos esfuerzos. De este modo el terapeuta sirve como un objeto del self que ayuda al paciente a afligirse, lo ayuda para construir un self más cohesivo y estimula también el autoperdón.

Aunque empatizar con la experiencia del paciente de ser defectuoso puede ser útil, al hacerlo el terapeuta corre el riesgo de ignorar el conflicto intrapsíquico. Rothstein (1998) enfatiza la importancia de explorar cómo las dificultades cognitivas *específicas* del paciente se vuelven entretejidas en los conflictos intrapsíquicos. Ella señala que la disfunción neuropsicológica no puede ser separada verdaderamente del conflicto interno y de las fantasías inconscientes acerca de uno y de otros. Gilmore (en prensa), que comparte esta preocupación , sugiere que el terapeuta debería ver al ADHD como una perturbación en las funciones organizadoras, integrativa, y sintéticas del yo. Desde esta perspectiva, la terapia orientada psicoanalíticamente puede ser de considerable utilidad para esos pacientes. Gilmore nota que adultos con ADHD pueden desarrollar formas estereotípicas de relacionarse con otros como una defensa contra su ansiedad acerca de fallar en reconocer las demandas de una situación interpersonal. La terapia psicodinámica puede asistir a esos pacientes a desarrollar una mayor autoestima y autoconfianza y una mayor capacidad flexible de relacionarse con otros de una manera no programada y espontánea. La fragilidad narcisista y una necesidad de control suelen dominar a los pacientes adultos con ADHD, y la terapia dinámica junto con medicaciones estimulantes pueden fortalecer su sentido de la autoestima

y mejorar su capacidad de responder e interactuar con otros de un modo más espontáneo y flexible.

Cuando el descontrol conductual es un rasgo mayor del cuadro clínico del paciente puede ser necesaria la hospitalización. Los tratamientos psiquiátricos convencionales han probado ser inefectivos para estos pacientes. Con frecuencia, los diagnosticadores han errado la dimensión basada en el cerebro debido a su sutileza y a síntomas de trastorno de la personalidad más floridos. Los clínicos que asumen que la sintomatología está relacionada con la patología del carácter pueden desarrollar frustración contratransferencial considerable cuando los pacientes reaccionan a intervenciones con atención vaga, pobre memoria y fallas para reflexionar en los significados. A medida que la irritación del terapeuta crece, el paciente se siente cada vez más como un fracaso por no responder adecuadamente al tratamiento, y revive de este modo las experiencias anteriores con los padres, maestros y empleados.

Un estudio de pacientes internados refractarios al tratamiento llegó a un perfil psicológico de pacientes que sufrían trastornos psiquiátricos graves complicados con rasgos "orgánicos" (Allen y col., 1988; Colson y Allen, 1986). Los problemas con la autoestima y la modulación del afecto son dos manifestaciones comunes en este grupo de pacientes. Raramente estos pacientes tienen trastornos neurológicos precisos, y son, por lo tanto, difíciles de diagnosticar. El cuadro diagnóstico acumulativo de signos blandos neurológicos, anomalías límites en el electroencefalograma (EEG) y déficit irregulares en las pruebas neuropsicológicas implican una disfunción del sistema nervioso central. El compromiso subcortical manifestado por episodios de descontrol conductual y tormentas afectivas, parece de mayor relevancia que el deterioro cortical. Estos pacientes se sienten impotentes a pesar de las explosiones de afecto. En un intento desesperado de ganar algún sentido de dominio y control, simulan que sus episodios son actos volitivos destinados a intimidar a otros, una respuesta similar a un delirio de grandiosidad. Sus explosiones conducen a un incremento a aislarse de los otros, gran vergüenza y una disminución en la autoestima. Viven temiendo perder el control. Para lidiar con esta amenaza, desarrollan posturas defensivas extremas contra cualquier afecto volviéndose limitados y superficiales, similares a las personas con alexitimia. Para protegerse de sentimientos, comúnmente emplean defensas de negación y externalización.

Las altas expectativas de los terapeutas y los padres de rendimiento académico y vocacional contribuyen a que se establezca un círculo vicioso. Como son incapaces de estar a la altura de expectativas tan elevadas, su autoestima cae en picada y su frustración crece, llevando a una mayor vulnerabilidad a las explosiones afectivas. Estos episodios de descontrol provocan una retroalimentación negativa por padres y terapeutas y erosionan aún más su autoestima. El diagnóstico basado en la contribución del

cerebro con frecuencia es terapéutica en y por sí misma, y estos pacientes generalmente responden con alivio a esto. El diagnóstico también lleva a reducidas expectativas tanto de padres como de los clínicos. Como resultado, el círculo vicioso se interrumpe y los pacientes desarrollan una mejor autoestima y un sentido mayor de dominio a medida que disminuyen sus episodios de descontrol y su sentimiento de fracaso crónico.

El señor X, un hombre soltero de 20 años, fue hospitalizado luego de repetidos episodios de estallidos de violencia que condujeron a altercados físicos con compañeros. El padre del paciente, un dueño de fábrica próspero, le había dado el empleo al señor X porque todos los intentos previos en trabajos remunerados habían fracasado. En el trabajo, el señor X era visto como "el hijo del jefe". Cualquier alusión al trato preferencial por parte de su padre provocaba estallidos de agresión en el señor X. En la primera entrevista, el padre del señor X declaró que estaba harto de su hijo. Él enumeró una larga lista de fracasos vitales, incluyendo el rendimiento escolar pobre, los fracasos atléticos y la "vagancia" manifestada por la incapacidad de mantener un empleo. El señor X bajaba la cabeza avergonzado a medida que el padre hablaba y parecía particularmente herido cuando lo comparaba con un hermano mayor que tenía un título universitario.

En la unidad hospitalaria, el señor X se relacionaba con los otros de un modo formal, correcto, pero tenía estallidos ocasionales que aparecían en el momento menos esperado. Un día, él estaba retornando a la unidad luego de una sesión de terapia ocupacional cuando de repente comenzó a empujar a otro hombre que se encontraba caminando a su lado. Enojado frenó al paciente, le arrebató la billetera que tenía en un bolsillo del pantalón, y la arrojó al techo del hospital. A raíz de esto lo llevaron a la unidad y lo confinaron en su habitación. En una reunión grupal posterior, el otro paciente y los miembros del grupo que lo acompañaban describieron el incidente en detalle, señalando en particular su falta de explicación ya que no había nada que lo justificara. Con gran bravuconería, el señor X alegó que el otro paciente lo había provocado al burlarse de él. Sostuvo que ese ataque era justificado. Como resultado de éste y otros incidentes, los otros pacientes (y varios miembros del equipo) comenzaron a sentirse intimidados y asustados por el señor X.

Por supuesto, los estallidos violentos del señor X llevaron a su posterior aislamiento de la comunidad. Fue confinado a su habitación la mayor parte del tiempo para disminuir la estimulación y proteger a los otros pacientes. En una sesión individual con su psiquiatra, él permitió que su fachada defensiva cediera el paso a otros sentimientos. Confió que luego de cada episodio de descontrol, se sentía "como un idiota". Dijo que no tenía idea de por qué había atacado a su compañero en el camino de regreso a la unidad del hospital. Su psiquiatra le preguntó qué había ocurrido en el período de actividad previa al ataque. Respondió que se le había pedido que hiciera un recipiente de madera en el taller. Le

preguntó cómo había resultado su recipiente, el señor X respondió, "Como siempre, lo arruiné". El psiquiatra entonces preguntó si era posible que el ataque al otro paciente fuera la forma de manejar su frustración. El señor X reconoció que probablemente lo era, y luego agregó que haría cualquier cosa para prevenir futuros estallidos pero que era pesimista acerca de que cualquier tratamiento pudiera ayudarlo. Él había convivido con estos estallidos toda su vida y dudaba de que algo pudiera controlarlos.

Una evaluación neuropsiquiátrica detallada reveló los siguientes hallazgos, que sugerían un componente de base cerebral a los problemas del señor X: 1) una historia de deficiencias en el aprendizaje desde la escuela primaria hasta la secundaria, 2) dificultades en la discriminación derecha/izquierda, 3) una historia infantil de hiperactividad y otros síntomas de trastornos de déficit de atención e hiperactividad, y 4) déficit perceptuales moderados en los tests neuropsicológicos. Un EEG con privación de 24 horas de sueño con electrodos nasofaríngeos fue completamente normal e incluso un monitoreo de EEG ambulatorio falló en revelar anomalías en el lóbulo temporal. Los resultados de una tomografía computarizada se encontraban también dentro de los límites normales.

Se probó la carbamazepina en forma empírica y pareció reducir la frecuencia e intensidad de los episodios de descontrol del comportamiento. La principal esencia del tratamiento, sin embargo, fue una explicación cuidadosa al señor X y a su familia de estos hallazgos. Al principio, los padres del señor X se resistían a creer que su hijo tenía una forma sutil de daño cerebral desde que era niño. Al fin, sin embargo, se convencieron cuando el neuropsicólogo replicó los resultados de la prueba y la naturaleza de la discapacidad física. La frustración y el enojo de su hijo disminuyó gradualmente a medida que comenzaron a entender el alcance de sus limitaciones. Este diagnóstico ayudó a poner la historia del paciente en perspectiva e hizo que los padres del señor X repensaran sus expectativas del futuro vocacional de su hijo. Luego de que el psiquiatra explicó que esta barrera de estímulos reducida llevaba a una sobreestimulación cuando él estaba rodeado de otras personas, el padre arregló un trabajo para el señor X en un edificio donde haría tareas domésticas rutinarias lejos de otros obreros. Este arreglo no sólo bajó las expectativas de un rendimiento alto en el trabajo sino que también eliminó los gatillos interpersonales que desencadenaban los episodios de descontrol.

El señor X respondió favorablemente a los reportes de la evaluación diagnóstica y sobre todo a las expectativas disminuidas de sus padres. Dijo que sintió como "una liberación de una presión". El arreglo del nuevo trabajo funcionó satisfactoriamente. Aunque permaneció aislado socialmente, su autoestima creció en forma considerable debido a su mejoría en el dominio de los episodios de descontrol y por su habilidad de desempeñar su función de manera adecuada en su nuevo trabajo.

Condiciones de comienzo tardío: daño cerebral y demencia

El cerebro humano que recibe un daño más tarde en el ciclo del desarrollo vital implica un conjunto de cuestiones terapéuticas diferentes. En estos casos, el paciente se ha deteriorado de un nivel previo de funcionamiento, y tanto el paciente como la familia deben adaptarse al cambio. Estas condiciones se dividen en dos amplias categorías: 1) daños cerebrales agudos con una súbita alteración del funcionamiento y, 2) enfermedades degenerativas progresivas con una declinación gradual. Ambas formas de agresión se tratarán en la siguiente discusión. Excluidas de la consideración se encuentran el delirio, los estados de intoxicación o discontinuación y otros daños agudos que rápidamente se aclaran cuando la condición médica o el agente tóxico ha sido abordado, porque las cuestiones psicodinámicas son menos relevantes a esas condiciones.

Comprensión psicodinámica

El self, en su mayor nivel fundamental, es producto del funcionamiento cerebral. El daño al tejido cerebral puede producir alteraciones significativas en el sentido de identidad individual, causando de este modo que los amigos y los familiares sientan que el paciente ya no es la misma persona. El trauma cerebral afecta típicamente los lóbulos temporal y frontal, e influye negativamente en la capacidad del paciente para interpretar el sentido de los estímulos y conectarlos con sentimientos relevantes (Prigatano, 1989) Esas alteraciones golpean al corazón mismo de la personalidad.

Es difícil localizar en un área del cerebro la conciencia del self. Los estudios de pacientes cuyos hemisferios han estado quirúrgicamente desconectados (Sperry y col., 1979) han sugerido que el sentido del self está presente en ambas partes del cerebro. Parece ser un esquema complejo al que diferentes regiones del cerebro realizan distintas contribuciones.

La reacción de los pacientes a su pérdida de la identidad es bastante típica. Goldstein (1952), uno de los primeros investigadores sobre los efectos psicológicos del daño cerebral, describió un estado de ansiedad que denominó *condición* o *reacción catastrófica* . Cuando se les solicitaba a los pacientes con lesiones cerebrales realizar una simple tarea que no implicaba mayor problema antes del trauma, se enojaban, agitaban y se ponían extremadamente ansiosos. Goldstein observó que ellos percibían su fracaso en completar la tarea como una amenaza a su misma existencia. Como reacción a esta amenaza, los pacientes, característicamente, restringen sus vidas de modo tal que no se exponen a situaciones no familiares o a tareas impo-

sibles. Así, se defienden contra la ansiedad catastrófica evitando la conciencia de sus defectos. Estos pacientes se vuelven por lo común excesivamente ordenados al punto de ser obsesivo-compulsivos. Mantener todo en su lugar les da la ilusión de control sobre su ambiente. También transforman la pasividad en la actividad y proveen una solución concreta a un problema complejo, abstracto.

Cuando los pacientes con lesión cerebral pueden restringir su vida en forma suficiente, pueden aparecer extraordinariamente libres de ansiedad y despreocupados acerca de sus déficit. A pesar de que muestran evidencias de trastornos de la memoria, conducta infantil y poca tolerancia, pueden con frecuencia negar cualquier limitación. De hecho, un estudio (Oddy y col., 1985) encontró que 40% de los pacientes estudiados 7 años después de un daño cerebral desmentían cualquier deficiencia en absoluto. Los clínicos pueden luchar en querer diferenciar entre la negación neurogénica o psicogénica en esos pacientes. Lewis (1991) ha señalado que, en contraste con las formas psicológicas de la negación, la negación neurogénica remite luego de horas o días de la lesión y aparece como un patrón de déficit generales, más que un síntoma aislado y no produce ansiedad o agitación en los pacientes que son confrontados con ello.

La pérdida gradual del funcionamiento, típico de los síndromes demenciales, por lo general presenta un cuadro clínico de alguna manera diferente. Las personas con demencia preservan un sentido de quienes son, hasta relativamente tarde en el curso de su enfermedad. Podrán ser capaces de desempeñar su trabajo habitual y realizar sus rutinas sociales habituales razonablemente bien.

Cerca de los dos tercios de todos los casos de demencia implican la enfermedad de Alzheimer, y la duración promedio del declinar en esos casos es de aproximadamente 10 años (Small y col., 1977). Durante este tiempo de declinación, que puede durar tanto como 20 años, pueden emerger una variedad de alteraciones del humor y de la personalidad además del deterioro cognitivo. A medida que la enfermedad progresa, el paciente es proclive a experimentar dificultad creciente con el cálculo, el desempeño de actividades complejas y la fluencia del idioma. En este punto de la enfermedad, cuando los pacientes reconocen que no pueden desempeñar las tareas que alguna vez desempeñaron, pueden emerger reacciones catastróficas que son similares a aquellas de los pacientes con lesiones cerebrales. De modo similar, ataques de rabia e incluso de pelea pueden desarrollarse a medida que la enfermedad progresa.

Desde una perspectiva psicodinámica, la pérdida de las facultades mentales asociadas a la demencia progresiva puede ser entendida como un proceso regresivo del yo, en el cual mecanismos de defensa más maduros dan lugar a modos de defensa más primitivos (Weiner, 1991). Aspectos de la personalidad que habían sido parcialmente suprimidos por una corteza bio-

lógicamente intacta emergen poco a poco a medida que las capas defensivas son erosionadas. Defensas de nivel superior como el altruismo son reemplazadas por ensimismamiento, por ejemplo. La negación y la proyección son probablemente las dos defensas primitivas más comunes que usan los pacientes con demencia. Cuando ocurre una falla de memoria, los pacientes con demencia culpan a otros antes que reconocer su responsabilidad.

En muchos pacientes en proceso de envejecimiento con demencia de tipo Alzheimer, la tragedia de la enfermedad es que la conciencia de sí puede permanecer intacta a medida que un número de las facultades mentales se deterioran. Dado que la memoria reciente tiende a ser sacrificada antes que la memoria remota, muchos pacientes pueden claramente recordar cómo solían ser, lo que hace su estado disfuncional actual más perturbador para ellos. En gran medida, la continuidad de uno mismo a lo largo del tiempo depende de la capacidad de la memoria. Cuando la memoria remota comienza a apagarse a medida que la enfermedad progresa, entonces la identidad del paciente comienza a desaparecer junto con los recuerdos. Finalmente, el paciente no puede reconocer a los seres amados y familiares y no puede ya recordar eventos significativos de la vida.

Los objetos internos, particularmente, los introyectos tranquilizadores, deben también ser sacrificados como parte del proceso demencial. La memoria implica a otros tanto como a sí mismo. El siguiente caso clínico demuestra cómo la pérdida de la memoria puede ser asociada con la pérdida de un introyecto tranquilizador y con la recurrencia de ansiedades tempranas de la vida.

> El señor Y era un hombre de 75 años que requirió una consulta psiquiátrica debido a que su dificultad con la memoria y la cognición asociada con la enfermedad de Alzheimer lo hacía sentir que estaba "perdiendo la cabeza". Tres años antes de ver a un psiquiatra, un médico internista le había dicho que necesitaba trabajar menos tiempo debido a sus dificultades con la cognición. Siguiendo esa conversación, el señor Y había notado problemas crecientes con la memoria, abstracción, cómputo y el lenguaje expresivo verbal, todos los cuales se encontraban limitando sus actividades diarias. También se estaba sintiendo intensamente ansioso por las noches cuando se iba a la cama.
>
> Cuando se le preguntó acerca de sus episodios de ansiedad, el señor Y narró su historia temprana. A los 2 años y medio, luego de la muerte de sus padres lo enviaron a vivir con su abuela. Recordó que su primer ataque de ansiedad se produjo al poco tiempo de vivr con ella. El señor Y recordaba haber escuchado una noche la respiración de su abuela del otro lado de la pared de su habitación. La escuchó dejar de respirar y luego experimentó una sensación de pánico, que lo llevó a asumir una posición fetal, comenzar a hamacarse y clamar su nombre. Estaba lleno de una sensación de pavor de que su abuela se moriría del mismo modo como lo habían hecho sus padres. El señor Y experimentó luego ansiedad

cuando tuvo que dejar a su abuela para ingresar en el jardín de infantes. A lo largo de su niñez y adolescencia, sintió ansiedad al borde del pánico cada vez que enfrentaba cualquier forma de separación, movimiento geográfico o cambio de rol.

A lo largo de su vida adulta, el señor Y había mantenido conexiones con figuras de crianza en su ambiente para protegerse de sentimientos de ansiedad o pánico de separación. Por ejemplo, se casó con una mujer 20 años más joven que él como un modo de asegurarse que ella no lo abandonaría por muerte y no lo dejaría solo y aislado. Él había estado libre de síntomas de ansiedad por un largo período hasta los 72 años, cuando el médico internista le informó que estaba sufriendo de enfermedad de Alzheimer. El proceso de la demencia perturbó el equilibrio que había alcanzado a lo largo de su considerable lucha en la edad temprana. Su sentimiento de que estaba comenzando a "perder la mente" fue asociado con la pérdida de la presencia tranquilizadora interna. Todas las noches en su cama, volvía a experimentar el terror de abandono asociado con la falla de memoria. Como resultado, se volvió cada vez más dependiente y aferrado a su esposa.

Consideraciones terapéuticas

El planeamiento terapéutico depende de una cuidadosa evaluación de varios factores (Lewis, 1986; Prigatano y Klonoff, 1988): 1) la manera exacta en la cual la lesión cerebral ha afectado las esferas sensoriales, motoras, cognitivas; 2) la reacción psicológica del paciente a los déficit orgánicos; 3) el impacto de ambos, la lesión cerebral y la reacción del paciente sobre la adaptación psicológica y social; 4) la contribución de la estructura de personalidad premórbida al cuadro clínico; y 5) la diferenciación de esos síntomas que son secuela directa del daño cerebral de aquellos que están asociados con conflictos previamente defendidos o déficit yoicos, ahora liberados como resultado del trauma. Este tipo de evaluación requiere una historia detallada de un miembro de la familia o de un otro significante en la vida del paciente.

Parte de la evaluación de esos pacientes debería incluir una evaluación de su adecuación para la psicoterapia expresiva-de apoyo. Lewis y Rosemberg (1990) delinearon cinco indicadores útiles para seleccionar los pacientes con déficit neurológico que pueden beneficiarse de la terapia dinámica: 1) la motivación personal, tanto para comenzar como para permanecer en el proceso psicoterapéutico; 2) una historia de al menos una relación interpersonal significativa; 3) un grado de éxito y dominio activo en algún área de la vida ; 4) ausencia de problemas serios del lenguaje tanto de un tipo expresivo como receptivo; y 5) ausencia de síntomas del lóbulo frontal, como anosognosia, apatía severa, marcada impulsividad, que harían imposi-

ble la psicoterapia. Otro factor que puede ser crítico en determinar la adecuación para tratamiento es la situación financiera como resultado de la lesión cerebral. Cuando los pacientes reciben una compensación económica, en sus trabajos, por sus lesiones, la psicoterapia puede ser inefectiva. El subsidio por discapacidad física con frecuencia deteriora sus condiciones y su motivación para cambiar a través de la psicoterapia puede estar gravemente comprometida (Prigatano y Klonoff, 1988).

Una bibliografía creciente documenta el valor de la psicoterapia dinámica para los pacientes con lesión cerebral (Ball, 1988; Lewis, 1986; Lewis y Langer, 1994; Lewis y Rosenberg, 1990; Morris y Bleiberg, 1986; Prigatano y Klonoff, 1988; J.M.Stern, 1985). El objetivo mayor de cualquier proceso terapéutico con estos pacientes es ayudarlos a aceptar el alcance de sus déficit y sus limitaciones en cuanto a volver al trabajo. Para alcanzar este objetivo, el terapeuta debe ser sensible a la herida narcisista inherente en la aceptación del daño irreparable a las habilidades, capacidades intelectuales, talentos y aun la misma esencia de su personalidad. Es fundamental que el terapeuta respete y acepte la necesidad del paciente de utilizar la negación (Lewis, 1991). Las confrontaciones directas de la negación son pasibles de un resultado negativo y pueden, incluso, destruir cualquier esperanza de establecer una alianza terapéutica. Promover la autoaceptación de estas limitaciones cognitivas requiere que los terapeutas expongan de a poco a sus pacientes a la realidad de los déficit de un modo que permita al paciente hacer el duelo semana a semana, durante un período. También los pacientes con lesión cerebral pueden tener la capacidad de utilizar los símbolos metafóricamente y de un modo reparatorio. La simbolización puede asistir al proceso del duelo (Lewis y Langer, 1994). Un modelo psicoeducacional en el cual la naturaleza de los déficits y sus implicancias son explicadas en pequeñas unidades de información que el paciente es capaz de asimilar, puede ser útil al comienzo de la terapia (Prigatano y Klonoff,1988). Los dibujos o diagramas pueden ayudar a los pacientes con estas limitaciones a visualizar lo que el terapeuta está describiendo. A medida que los pacientes hacen el duelo por la pérdida de su identidad previa y su nivel previo de funcionamiento es probable que emerja el enojo contra sí mismos y otros, conectado con el accidente. Los terapeutas pueden entonces ayudar a los pacientes a perdonarse a sí mismos y a otros de manera que puedan seguir con su vida.

Tanto la psicoterapia dinámica individual como la terapia familiar o de pareja pueden ser necesarias para ayudar a los pacientes a ajustarse a los cambios en las relaciones íntimas. Los cónyuges pueden estar enojados o desconcertados por las nuevas conductas resultantes de sus patrones de daño cerebral, como conductas infantiles, pensamiento concreto, acusaciones paranoides, pasión deshinibida (Prigatano y Klonoff, 1988). Los abordajes psicoeducacionales pueden ayudar a los miembros de la familia a compren-

der la contribución orgánica a estos comportamientos. Sin embargo, la exploración de temas como la culpa y el enojo frente al paciente por haber tenido el accidente también debe ser abordado. A menudo, las familias reacomodan sus estilos de vida completamente para proveer acompañamiento y asistencia las 24 horas al paciente con daño cerebral (Ball, 1988). Si esta conducta controladora innecesaria no es chequeada, conducirá a un incremento del resentimiento. Las interpretaciones de formaciones reactivas que protegen contra el enojo pueden ayudar a los miembros familiares a volver a una aproximación cercana de lo que eran sus vidas previas al accidente. Los miembros de la familia pueden también hallar útil explorar los sentimientos de culpa relacionados con fantasías de causar el accidente por lo que dijeron o no. Las expectativas razonables de la esposa y otros miembros de la familia deben ser discutidas individualmente con el paciente durante el proceso psicoterapéutico.

El terapeuta dinámico del paciente con lesión cerebral debe también ser consciente del curso temporal de la recuperación y sus efectos en el proceso terapéutico. Se pueden identificar tres fases generales (J M Stern, 1985). En la primera fase, el paciente es incapaz de procesar lo que ha pasado. Las defensas usuales del yo son sobrepasadas, y el terapeuta debe servir como un yo auxiliar coherente, de apoyo, que provea las funciones que le faltan al paciente y le explique qué es lo que está atravesando. En la segunda fase, los pacientes comienzan a entender lo que les ha sucedido y son propensos a sentir que han sido victimizados por un mundo malevolente y amenazante. Toda la "maldad" es escindida y proyectada hacia otros, incluyendo el terapeuta. En esta fase, los terapeutas deben contener los impulsos destructivos y las representaciones del self y objetos malevolentes proyectados hacia ellos y continúan siendo un yo observador para el paciente. Desarrollar confianza en los otros es una tarea mayor en la recuperación de los pacientes con daño cerebral y una alianza de confianza puede ser el primer paso en esta dirección. Los terapeutas pueden promover confianza explicando el sentido de la experiencia del paciente y por señalar la diferencia entre lo que pasa dentro del paciente y lo que está realmente ocurriendo en la realidad externa. A medida que mejora el funcionamiento cognitivo, los pacientes entran en la tercera fase, en la cual el conflicto intrapsíquico se hace más evidente. La tarea del terapeuta es ayudar a los pacientes a formar una nueva identidad permitiéndoles conectarse con las experiencias del pasado y representaciones del self. con experiencias actuales de ellos mismos. La idealización del paciente del pasado puede ser cuestionada por el terapeuta para facilitar la integración del pasado con el presente. El duelo y la pérdida son los temas centrales durante esta fase.

Varios autores (Lewis, 1986; Lewis y Rosenberg, 1990; Prigatano y Klonoff, 1988; Prigatano y col., 1984) han enfatizado en la necesidad de psicoterapia para abordar cuestiones caracterológicas que son previas a la lesión.

Estas disposiciones premórbidas de la personalidad pueden afectar profundamente el proceso de rehabilitación de los pacientes. Por ejemplo, Morris y Bleiberg (1986) describieron a un paciente que se volvió oposicionista con un terapeuta de rehabilitación a quien experimentó como una madre controladora. Esta tendencia a ver a los otros como controladores fue diagnosticado a través de la relación terapéutica con el terapeuta. Una decisión informada dinámicamente se realizó luego para permitirle al paciente mayor control sobre el proceso de rehabilitación y planificación del tratamiento.

Los problemas con la autoestima y la regulación afectiva invariablemente surgen en la psicoterapia y la rehabilitación de los pacientes que sufrieron de un trauma cerebral. Sin embargo, estas dos áreas son también problemáticas para muchas personas con trastornos de la personalidad. Los psicoterapeutas deben tratar de no pensar que todos los síntomas psicológicos están relacionados directamente con la lesión cerebral. Es común para los pacientes narcisistas, antisociales y borderlines incluirse en situaciones que implican riesgo de lesión y estas dimensiones caracterológicas deberán ser abordadas en la psicoterapia. Además, las tendencias caracterológicas son frecuentemente exacerbadas por el daño cerebral, causando que los pacientes se vuelvan "más como realmente son". Ante la pérdida del control emergente de la destrucción del tejido cerebral, un paciente obsesivo-compulsivo puede volverse más obsesivo-compulsivo. Los pacientes histéricos o histriónicos pueden volverse más dispersos cognitivamente y lábiles afectivamente en respuesta al daño cerebral. Los psicoterapeutas no deben abandonar su tratamiento de los trastornos de la personalidad simplemente por motivo de la lesión cerebral.

Muchos clínicos son cautelosamente optimistas acerca del tratamiento de los pacientes con daño cerebral. La demencia progresiva, por el contrario, con frecuencia provoca pesimismo en los terapeutas. Cuando las causas tratables de demencia (p.ej., depresión, hipotiroidismo, deficiencias vitamínicas, porfiria, neoplasias y encefalitis) son descartadas, algunos clínicos, con desgano, diagnostican enfermedad de Alzheimer y se retiran de un rol terapéutico. Este retiro desafortunado está relacionado con la visión de que la enfermedad de Alzheimer es intratable. Desde una perspectiva psicodinámica, sin embargo, no hay tal cosa como una demencia intratable. Se puede hacer mucho para ayudar a estos pacientes y a sus familias para enfrentarse con la enfermedad de Alzheimer día a día.

En general, la psicoterapia no es vista como una modalidad terapéutica útil por los pacientes con Alzheimer o por sus familias. Es posible que los clínicos necesiten iniciar un proceso psicoterapéutico más que esperar el pedido del paciente. Los psicoterapeutas pueden desear estimular a sus pacientes con demencia a contar y volver a contar sus historias de vida individuales de manera tal que, a medida que progresa la enfermedad, el terapeuta puede ocupar la función de yo auxiliar, al ayudar al paciente acor-

darse de algunos recuerdos significativos que comienzan a ser perdidos (Hausman, 1992). Las historias que estos pacientes cuentan pueden ser ricas en alusiones metafóricas que son terapéuticamente útiles (Cheston, 1998). Un aspecto crucial de un abordaje psicodinámico de la demencia es reconocer que estos pacientes pueden ser alcanzados emocionalmente mucho después de que han experimentado grandes pérdidas cognitivas. Cincuenta y un personas con probable diagnóstico de enfermedad de Alzheimer fueron estudiados en el período posterior del terremoto de Kobe en 1995 (Ikeda y col., 1998). Sus memorias del terremoto, medidas a las 6 y 10 semanas posteriores, fueron comparadas con sus recuerdos de haberse sometido a un estudio de resonancia magnética (RM), luego del terremoto. Mientras que sólo el 31% de los sujetos recordaba el examen de resonancia, el 86% recordaba el terremoto, incluyendo sujetos con demencia severa. Una de las implicancias de estos hallazgos es que los pacientes con demencia pueden ser comprometidos emocionalmente alrededor de eventos significativos en sus vidas. En un editorial acompañando a este estudio de relevancia, Williams y Garner (1998) enfatizaron que "estas personas tienen islas de memoria, que, al ser descubiertas y utilizadas, pueden tener un efecto activador y liberar otros recuerdos" (p.379). Los autores también defendieron la introducción de estimulación significativa al patrón diario de actividades de los pacientes con demencia para ayudar a disminuir la incidencia de pérdida de memoria y mantener una conexión afectiva a los terapeutas.

Otro principio clave en el tratamiento informado psicodinámicamente es hacer lo que uno puede para preservar la autoestima del paciente, quien se está escindiendo cognitivamente, y reforzar defensas adaptativas.

El siguiente caso ilustra algunos principios útiles de manejo:

> El señor Z era un ministro protestante de 59 años, con una historia de 4 años de deterioro en su funcionamiento mental. Los miembros de su congregación habían notado una sensación de apatía en él y descuido en su funcionamiento administrativo. Los boletines de la Iglesia estaban pobremente organizados, y parecía no tener mucha conciencia de que tenía que cumplir sus promesas hechas a varios feligreses. Su esposa notó que con frecuencia fracasaba en cumplir con pedidos simples. Ella se enojaba con él por "escuchar selectivamente" cuando él le indicaba que había olvidado lo que ella le había dicho.
>
> La señora Z llevó a su marido a una evaluación psiquiátrica quejándose de que su marido "ya no era el mismo". El señor Z admitió que sentía que algo le estaba sucediendo, pero era incapaz de ser más específico, lo único que podía decir es que no podía recordar tan bien como lo hacía antes. La señora Z se quejaba de que su relación marital se estaba deteriorando porque su marido no prestaba atención a sus necesidades como lo hacía en el pasado. El señor Z expresó dolor ante la reacción de

los miembros de su congregación y notó que comenzaba a sentirse como un fracaso.

El examen del estado mental del paciente reveló problemas en la memoria a corto plazo y cálculo y menores dificultades en la orientación al tiempo. El señor Z también mostró signos de inercia mental, ya que era incapaz de moverse de un tema a otro o de una tarea a la otra, a menos que se le diera un tiempo considerable. Los estudios diagnósticos descartaron causas de demencia provenientes de traumatismos, infección, neoplasias, hidrocefalia normotensiva, o de factores autoinmunes, metabólicos, hematológicos, vasculares y tóxicos. También los hallazgos de la tomografía computarizada y el EEG fueron negativos. Los tests neuropsicológicos fueron más productivos, y se notaron los siguientes resultados: 1) déficit leves a moderados en destreza manual, 2) déficit leves a moderados en el funcionamiento perceptivo, 3) déficit leves a moderados en la memoria reciente, 4) disfunción orgánica típica de enfermedad neurológica progresiva, y 5) una disminución en el lapso de atención.

Luego de que se determinara el diagnóstico emencia de origen desconocido (el Alzheimer en una persona de 59 años es inusual pero no algo que nunca se haya escuchado), tanto al paciente como a su esposa le explicaron cuál era el diagnóstico. Cuando la señora Z pudo aceptar el daño cerebral estructural del cerebro de su esposo, pudo bajar las expectativas respecto de las respuestas de él hacia ella. En vez de asumir que él siempre reaccionaría a sus comentarios verbales como lo había hecho en el pasado, ella intentó nuevas formas de relacionarse con él. Por sugerencia del psiquiatra disminuyó la velocidad del habla y repitió comentarios que parecía no haber registrado. También refraseaba comentarios que parecía que el señor Z no había entendido. Por sobre todo, ella ya no se irritaba con facilidad con él, lo cual estableció interacciones más positivas entre los dos y un correspondiente incremento en la autoestima del señor Z .

El señor Z había sido siempre una persona muy ordenada hasta resultar molesto, con fuertes rasgos de carácter obsesivo-compulsivo. Frente a la sensación de que sus capacidades intelectuales y administrativas se estaban deteriorando, había comenzado a leer la Biblia 2 o 3 horas por día, para fomentar la intervención divina e intentar ganar dominio sobre la información que esperaba transmitir a su congregación. El psiquiatra evaluador ayudó al señor Z a dirigir sus rasgos de carácter obsesivo-compulsivos más efectivamente. Como resultado, el señor Z comenzó a sentarse con su señora cada mañana para que le escribiera su agenda diaria de lo que debía hacer entre el desayuno y la hora de irse a dormir. Más aún, comenzó a llevar consigo un cuaderno todo el tiempo para poder anotar lo que otras personas le decían y entonces recordar qué es lo que tenía que hacer.

La autoestima del señor Z había dependido en su rol como ministro y su inhabilidad de continuar en esta capacidad infligía una profunda herida narcisista. Inicialmente, protestaba cuando el psiquiatra le aconsejó reducir sus responsabilidades. Sin embargo, con el permiso del señor Z,

otro pastor de la parroquia, trató de lograr que el señor Z continuara sirviendo a la iglesia sin ser puesto en situaciones donde tendría que enfrentar tareas imposibles. Por ejemplo, comenzó a preparar y escribir el boletín semanal y el señor Z se seguía ocupando de operar la impresora para producir los boletines para el servicio del domingo. De este modo, el señor Z continuó sintiéndose productivo, lo que lo llevó a preservar algún grado de autoestima. Al evitar las tareas que se encontraban más allá de sus capacidades, también evitó heridas narcisistas repetidas.

El caso del señor Z ilustra varios principios útiles en el manejo dinámicamente informado de la demencia: 1) prestar atención a las cuestiones de autoestima, 2) evaluar mecanismos de defensa característicos para ayudar al paciente a usarlos constructivamente; 3) encontrar formas de reemplazar las funciones yoicas defectuosas y las limitaciones cognitivas, como mantener calendarios para los problemas de orientación, tomar notas para los problemas de memoria y programar para los problemas de funcionamiento autónomo secundario; y 4) asistir a los miembros de la familia a desarrollar nuevas formas de relacionarse que apuntalan la autoestima del paciente al disminuir las interacciones negativas.

Los pacientes con estadios tempranos de la demencia de Alzheimer pueden usar la negación para impedir que el pleno impacto de la enfermedad entre en la conciencia. Los clínicos que tratan estos pacientes deben respetar su necesidad de negación pero también ayudar a resolver los problemas laborales de trabajo y familiares antes de que sea demasiado tarde (Martin,1989). Aquellos que tratan a los pacientes con Alzheimer deberán enfrentar luchas contratransferenciales que interfieren con ese plan. Tendrán que estar alertas a los sentimientos de desamparo, culpa, fracaso, deseos de abandonar el paciente y la desesperanza.

Aunque estas medidas no previenen el deterioro último asociado con la demencia del tipo Alzheimer, sí pueden mejorar la calidad de vida durante la declinación inevitable de la enfermedad. Finalmente, los familiares del paciente son el principal foco de intervención, a medida que luchan contra el enojo, la culpa, el duelo y la extenuación por el deterioro inexorable del paciente. De hecho, la terapia familiar es tal vez el tratamiento de elección en la demencia tipo Alzheimer (Lansky,1984). Culparse a uno mismo y a otros es un desarrollo frecuente en los miembros de la familia. También el reajuste de roles familiares puede requerir intervención. La tarea final, por supuesto, implica la aceptación de la muerte. Los clínicos que luchan con estas familias en estas situaciones a menudo encontrarán el proceso terapéutico algo muy pesado, pero pueden sentirse orgullosos de haber tenido un impacto significativo en las vidas de todos los implicados.

Bibliografía

Abrams JC, Kaslow FW: Learning disability and family dynamics: a mutual interaction. Journal of Clinical Child Psychology 5:35-40, 1976

Allen JG, Colson DB, Coyne L: Organic brain dysfunction and behavioral dyscontrol in difficult-to-treat psychiatric hospital patients. Integrative Psychiatry 6: 120-130, 1988

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

Ball JD: Psychotherapy with head-injured patients. Medical Psychotherapy 1:15-22, 1988

Bellak L: Psychiatric states in adults with minimal brain dysfunction. Psychiatric Annals 7:575-589, 1977

Biederman J: Attention-deficit/hyperactivity disorder: a life-span perspective. J Clin Psychiatry. 59 (suppl 7):4-16, 1998

Biederman J, Faraone SV, Spence T, et al: Patterns of psychiatric comorbidity, cognition, and psychosocial functioning in adults with attention-deficit hyperactivity disorder. Am J Psychiatry 150:1792-1798, 1993

Bryan JH, Sherman RE, Fisher A: Learning disabled boys, nonverbal behaviors within a dyadic interview. Learning Disability Quarterly 3:65-72, 1980

Bryan T: Learning disabled children's comprehension of nonverbal communication. J Learn Disabil 10:501-506, 1977

Buchholz ES: The legacy from childhood: considerations for treatment of the adult with learning disabilities. Psychoanalytic Inquiry 7:431-452, 1987

Cheston R: Psychotherapeutic work with people with dementia: a review of the literature. Br J Med Psychol 71:211-231, 1998

Colson DB, Allen JG: Organic brain dysfunction in difficult-to-treat psychiatric hospital patients. Bull Menninger Clin 50:88-98, 1986

Gilmore K: A psychoanalytic perspective on attention deficit/hyperactivity disorder. J Am Psychoanal Assoc (in press)

Goldstein K: The effect of brain damage on the personality. Psychiatry 15:245-260, 1952

Hartmann H: Ego Psychology and the Problem of Adaptation (1939). Translated by Rapaport D. New York, International Universities Press, 1958

Hartocollis P: The syndrome of minimal brain dysfunction in young adult patients. Bull Menninger Clin 32: 102-114, 1968

Hausman C: Dynamic psychotherapy with elderly demented patients, in Care-Giving in Dementia. Edited by Jones GMM, Miesen BML. London, Tavistock/Routledge, 1992, pp 181-198

Ikeda M, Mori E, Hirono N, et al: Amnestic people with Alzheimer's disease who remembered the Kobe earthquake. Br J Psychiatry 172:425-428, 1998

Kafka E: Cognitive difficulties in psychoanalysis. Psychoanal Q 53:533-550, 1984

Lansky MR: Family psychotherapy of the patient with chronic organic brain syndrome. PsychiatricAnnals 14:121-129, 1984

Lewis L: Individual psychotherapy with patients having combined psychological and neurological disorders. Bull Menninger Clin 50:75-87, 1986

Lewis L: The role of psychological factors in disordered awareness, in Awareness of Deficit After Brain Injury: Clinical and Theoretical Issues. Edited by Prigatano GP, Schachter DL. New York, Oxford University Press, 1991, pp 223-239

Lewis L, Langer KG: Symbolization in psychotherapy with patients who are disabled. Am J Psychother 48:231-239, 1994

Lewis L, Rosenberg SJ: Psychoanalytic psychotherapy with brain-injured adult psychiatric patients. J Nerv Ment Dis 17:69-77, 1990

Martin RL: Update on dementia of the Alzheimer type. Hospital and Community Psychiatry 40:593-604, 1989

Morris J, Bleiberg J: Neuropsychological rehabilitation and traditional psychotherapy. International Journal of Clinical Neuropsychology 8:133-135, 1986

Oddy M, Coughlan T, Tyreman A: Social adjustment after closed head injury a further follow-up seven years after injury. J Neurol Neurosurg Psychiatry 48:564-568, 1985

Palombo J: Perceptual deficits and self-esteem in adolescence. Clinical Social Work Journal 7:34-61, 1979

Pickar DB: Psychosocial aspects of learning disabilities: a review of research. Bull Menninger Clin 50:22-32, 1986

Prigatano GP: Work, love, and play after brain injury. Bull Menninger Clin 53:414-431, 1989

Prigatano GP, Klonoff PS: Psychotherapy and neuropsychological assessment after brain injury. J Head Trauma Rehabil 3:45-56, 1988

Prigatano GP, Fordyce DJ, Zeiner HK, et al: Neuropsychological rehabilitation after closed head injury in young adults. J Neurol Neurosurg Psychiatry 47:505-513, 1984

Rothstein AA: Neuropsychological dysfunction and psychological conflict. Psychoanal Q 67:218-239, 1998

Rothstein A, Glenn J (eds): Learning Disabilities and Psychic Conflict: A Psychoanalytic Casebook. Madison, CT, International Universities Press, 1999

Small GW, Rabins PV, Barry PB, et al: Diagnosis and treatment of Alzheimer disease and related disorders: consensus statement of the American Association for Geriatric Psychiatry, the Alzheimer's Association, and the American Geriatric Society. JAMA 278: 1363-1371, 1997

Sperry RW, Zaidel E, Zaidel D: Self-recognition and social awareness in the deconnected minor hemispheres. Neuropsychologia 17:153-166, 1979

Stern DN: The Interpersonal World of the Infant: A View From Psychoanalysis and Developmental Psychology. New York, Basic Books, 1985

Stern JM: The psychotherapeutic process with brain-injured patients: a dynamic approach. Isr J Psychiatry Relat Sci 22:83-87, 1985

Weil AP Matllratin nal variations and genetic-dynamic issues. J Am Psychonal Assoc 26:461-491, 1978

Weiner MF: Dementia as a psychodynamic process, in The Dementias: Diagnosis and Management. Edited by Weiner MF. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1991, pp 29-46

Williams DDR, Garner J: People with dementia can remember: implications for care Br J Psychiatry 172:379-380,1998

SECCIÓN

III

Abordajes dinámicos de los trastornos del Eje II

CAPÍTULO

14

Trastornos de la personalidad del Grupo A

Paranoide, esquizoide y esquizotípico

Trastorno paranoide de la personalidad

El pensamiento paranoide no es en y por sí mismo patológico. Como se describió en el capítulo 2, la posición esquizo-paranoide es un modo básico de organizar la experiencia que persiste en el psiquismo humano a través de toda la vida. De este modo, pensamientos y sentimientos peligrosos o displacenteros son escindidos, proyectados al exterior y atribuidos a los otros. Este modo de funcionamiento psíquico es accesible de buen grado en todo tipo de experiencias grupales, como convenciones políticas, eventos deportivos y dinámicas institucionales. En ciertas coyunturas históricas, culturas enteras han sido impregnadas por el pensamiento paranoide, como en la "caza de brujas" durante la era de McCarthy en los Estados Unidos.

El trastorno de personalidad paranoide es, no obstante, una entidad patológica distinta independiente de factores culturales y no es un estado pasajero que surge del nexo de las dinámicas grupales. Comprende un estilo dominante de pensamiento, sentimientos y modos de relacionarse con los otros que es extraordinariamente rígido e invariable. La posición es esquizo-paranoide. Los criterios diagnósticos incluyen siete características comunes. Deben estar presentes por lo menos cuatro para hacer el diagnóstico (cuadro 14-1). Más aun, las creencias sospechosas del paciente no deben llegar al punto de ser delirantes y deben ocurrir independientemente de un diagnóstico de psicosis en el Eje I como esquizofrenia o trastorno delirante.

Cuadro 14-1. Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de trastorno paranoide de la personalidad

A. Desconfianza y suspicacia general desde el inicio de la edad adulta, de forma que las intenciones de los demás son interpretadas como maliciosas, que aparecen en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

1. sospecha, sin base suficiente, que los demás se van a aprovechar de ellos, les van a hacer daño o los van a engañar
2. preocupación por dudas no justificadas acerca de la lealtad o la fidelidad de los amigos y socios
3. reticencia a confiar en los demás por temor injustificado a que la información que compartan vaya a ser utilizada en su contra
4. en las observaciones o los hechos más inocentes vislumbra significados ocultos que son degradantes o amenazadores
5. alberga rencores durante mucho tiempo, por ejemplo, no olvida los insultos, injurias o desprecios
6. percibe ataques a su persona o a su reputación que no son aparentes para los demás y está predispuesto a reaccionar con ira o a contraatacar
7. sospecha repetida e injustificadamente que su cónyuge o su pareja le es infiel

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno paranoide de la personalidad (premórbido)".

Fuente. Reproducido del DSM IV (American Psychiatric Association 1994) , págs. 637-638. Utilizado con permiso.

Como con la mayoría de los trastornos de personalidad, los rasgos claves del trastorno de personalidad paranoide son egosintónicos. Una comprensión psicodinámica de estos individuos está basada en la experiencia limitada del trabajo psicoanalítico o psicoterapéutico con esta población. En un estudio de 100 pacientes en busca de tratamiento psicoanalítico en el Columbia Psychoanalytic Center (Oldham y Skodol, 1994), únicamente cuatro fueron diagnosticados a través de rigurosos instrumentos para trastornos de la personalidad, como padeciendo trastorno paranoide de la personalidad. Es más fácil realizar el diagnóstico cuando los pacientes presentan síntomas del Eje I y tienen comorbilidad con el trastorno paranoide de la personalidad. Por ejemplo, en un estudio piloto de pacientes con trastornos de pánico que se presentaron en un centro comunitario de salud men-

tal (Reich y Braginsky, 1994), se encontró el trastorno paranoide de la personalidad en el 54% de estos sujetos.

Por lo general, los pacientes paranoides son traídos al tratamiento por familiares o compañeros de trabajo, hartos de sus argumentos y acusaciones constantes. Un jefe, por ejemplo, puede insistir en que un empleado inicie tratamiento, o buscará a algún otro para el puesto. Una esposa, cansada de las acusaciones de infidelidad, puede recurrir a la amenaza de divorcio para forzar a un individuo paranoide a que inicie tratamiento. Incluso, cuando los pacientes paranoides aceptan un tratamiento, suelen estar no convencidos de que están psiquiátricamente perturbados. Sus problemas actuales giran en torno a cómo los otros los han maltratado o traicionado.

Los criterios diagnósticos reflejan un patrón de pensamiento que puede ser conceptualizado como un estilo cognitivo distintivamente paranoide (Shapiro, 1965). Este estilo de pensamiento está caracterizado por una implacable búsqueda de significados ocultos, de pistas o claves que descubren "la verdad" detrás de una primera impresión de la situación. Lo obvio, lo superficial, y lo aparente sólo enmascaran la realidad. Esta búsqueda interminable comprende una atención hiperalerta, evidenciada por una cautelosa vigilancia relacionada con este continuo monitoreo de la atención. Un individuo paranoide constantemente rastrea el ambiente que lo rodea en busca de cualquier cosa fuera de lo habitual, un estilo de pensamiento que provoca un desgaste físico y emocional considerable. El hecho es que un paciente paranoide es incapaz de relajarse.

El pensamiento paranoide se caracteriza también por falta de flexibilidad. El argumento más persuasivo por lo general no tendrá impacto sobre las creencias rígidas e inquebrantables de esta persona. La cuestión es que los que intentan argumentar con una persona que tiene un trastorno paranoide de la personalidad terminarán convirtiéndose en el blanco de sus sospechas. El pensamiento de la persona paranoide difiere del pensamiento de la persona con esquizofrenia paranoide en que no es delirante. De hecho, pacientes con trastorno de personalidad paranoide tienden a tener percepciones marcadamente precisas de su ambiente. De todas maneras, sus juicios acerca de estas percepciones están por lo habitual deteriorados. No deforma la realidad en sí misma; lo que ocurre es que malinterpreta el *significado* de la realidad aparente (Shapiro, 1965). Este estilo cognitivo característico puede ser difícil de diagnosticar porque el individuo paranoide es generalmente reservado y cauteloso. Además, los tests proyectivos pueden llegar a identificar al individuo paranoide como una persona más o menos normal que está simplemente inhibida.

Comprensión psicodinámica

Una comprensión de las características de la posición esquizo-paranoide es esencial para entender al paciente paranoide. Como se comentó en el capítulo II, la escisión es un mecanismo de defensa central en este modo de organizar la experiencia. Los sentimientos de amor y odio hacia el mismo objeto deben ser separados uno de otro. Cualquier movimiento hacia la integración crea una ansiedad intolerable que surge del temor de que el objeto odiado dominará y destruirá al objeto amado. Desde el punto de vista del paciente paranoide, la supervivencia emocional requiere que el paciente provoque la escisión de toda "maldad" y la proyecte en figuras del exterior. Una manifestación de esta maniobra defensiva es que el mundo interno normal de agresor y víctima es transformado en un experiencia de vida en la cual el individuo paranoide está constantemente en el rol de víctima frente a los agresores o perseguidores externos. De esta manera, la imagen que los pacientes paranoides tienen del mundo libera sus tensiones internas existentes entre los introyectos. Si un individuo paranoide es forzado a reinternalizar lo que ha sido proyectado, la tensión interna aumentada provocará un aumento de la rigidez y la actitud defensiva (Shapiro, 1965).

Otra característica de la posición esquizo-paranoide es que la experiencia que el paciente tiene de los otros es discontinua; ninguna relación es percibida como duradera a través del tiempo. Por el contrario, el paciente tiene únicamente la percepción del momento. Los pacientes con trastorno paranoide de la personalidad establecen relaciones creyendo que la otra persona finalmente "cometerá un desliz" y confirmará sus sospechas. Viven en un estado de ansiedad permanente, que surge de la convicción de que el mundo está poblado con seres extraños, indignos de confianza e imprevisibles (Odgen, 1986). Incluso cuando un terapeuta estable y atento ha trabajado con un paciente paranoide durante un período largo, la mínima decepción puede conducir al paciente a hacer caso omiso por completo de toda la conducta previa del terapeuta y a sentir, con una convicción inquebrantable, que el terapeuta es indigno de confianza. El terapeuta ha sido "desenmascarado". De este modo, las buenas experiencias con una persona del pasado pueden ser del todo borradas por la situación presente.

La experiencia es literalmente tomada en su aspecto exterior. Los pacientes con trastorno paranoide de la personalidad son incapaces de pensar: "Es *como si* esta otra persona estuviera tratando de lastimarme". De manera similar, ellas *saben* que la otra persona alberga intenciones malévolas. De manera similar, en la relación transferencial con el terapeuta, el paciente paranoide es incapaz de decir: "Yo siento que estoy reaccionando hacia usted *como si* usted fuera tan sádico como lo era mi padre". El paciente simplemente experimenta al terapeuta como sádico. Sus sentimientos no son creaciones personales, sino más bien cosas-en-sí mismas. Cuando desarrollan

un self mediador que es capaz de interpretar acertadamente y de pensar simbólicamente en términos de "como si", entonces han alcanzado la posición depresiva (Odgen, 1986).

La proyección y la identificación proyectiva son dos mecanismos de defensa claves del trastorno paranoide de la personalidad. La proyección sustituye una amenaza interna por una amenaza externa; la identificación proyectiva avanza un paso más. Además de la externalización de las amenazas, la identificación proyectiva "controla" a las personas en el ambiente ligándolas a la persona paranoide en formas muy patológicas. La necesidad de control sobre los otros refleja la autoestima tremendamente baja que existe en el centro de la paranoia (Meissner, 1986). Por dentro, el paciente paranoide se siente inferior, débil e inútil. Así, la grandiosidad o la sensación de "ser especial" por lo habitual observada en estos pacientes puede ser entendida como una defensa compensatoria que se estructura para enfrentar sentimientos de inferioridad. Aquellos que en realidad buscan tratamiento pueden tener algunos sentimientos de depresión o ansiedad como resultado del fracaso de las defensas paranoides y de grandiosidad que pueden permitir el avance de estos sentimientos subyacentes de inadecuación (Meissner, 1995).

La baja autoestima en lo profundo del trastorno paranoide de la personalidad lleva a estos individuos a desarrollar una aguda sensibilidad a cuestiones relacionadas con el rango y el poder. Les preocupa muchísimo que las personas con autoridad los humillen y pretendan convertirlos en sumisos (Shapiro, 1965). Perciben las amenazas a su autonomía como omnipresentes. Un miedo recurrente acerca de sus relaciones interpersonales es que ellos resultarán sujetos a un control externo; temen que cualquiera que trate de acercarse a ellos está tratando en secreto de tomar el poder. Esta preocupación puede salir a la superficie como un terror a impulsos homosexuales pasivos, originalmente descritos por Freud (1911/1958) en el caso del trastorno psicótico del Juez Schreber. Sin embargo, no todos los individuos paranoides están necesariamente preocupados por los impulsos de homosexualidad pasiva. La homosexualidad abierta y el trastorno paranoide de la personalidad pueden y de hecho existen en la misma persona. El punto principal es que estos pacientes están más bien preocupados acerca de *toda* entrega pasiva a *todos* los impulsos y a todas las personas (Shapiro, 1965).

El tratamiento exitoso puede aportar claridad respecto de lo que subyace en el sistema proyectivo: una buena cantidad de contenido depresivo (Meissner, 1976) y representaciones del self diametralmente opuestas. Coexistiendo con esta especial, arrogante y grandiosa versión del self hay un polo opuesto de debilidad, inutilidad e inferioridad. Akhtar (1990) ha examinado sistemáticamente estas coexistentes representaciones del self y las ha caracterizado como sigue: "De cara al exterior, los individuos paranoides son demandantes, arrogantes, desconfiados, manipuladores, no román-

ticos, moralistas y agudamente vigilantes hacia el ambiente exterior. Internamente, sin embargo, son miedosos, tímidos, inseguros, crédulos, desconsiderados, vulnerables a la erotomanía, y cognitivamente incapaces de aceptar la totalidad de los eventos reales" (págs. 21–22). Los terapeutas que están conscientes de esta otra dimensión de la persona paranoide pueden empatizar más fácilmente con estos pacientes difíciles.

El fracaso durante el desarrollo para alcanzar una constancia objetal es una característica de los pacientes paranoides que organiza gran parte de su conducta y pensamiento (Auchincloss y Weiss, 1992; Blum, 1981). Debido a que no pueden mantener una conexión amorosa con una representación de objeto interno, están convencidos de que las relaciones de amor son peligrosas e inestables. Para tratar con los terrores asociados con la inconstancia objetal, el paciente paranoide construye fantasías de conexión concreta y mágica con los objetos (Auchincloss y Weiss, 1992). Los individuos paranoides imponen, en las relaciones, reqüerimientos extremos en términos de "*uno* u *otro*". O el objeto de su atención está pensando constantemente en ellos o esa persona es emocionalmente indiferente a ellos, un pensamiento que los pacientes paranoides encuentran intolerable. Este conjunto de ansiedades concernientes a la indiferencia o a la capacidad de conexión es mayormente responsable de la disposición de los pacientes paranoides a constreñir su libertad al servicio de sentir una conexión mágica y concreta con los objetos.

Abordajes terapéuticos

Debido a su suspicacia, a los pacientes paranoides les va realmente muy mal en la psicoterapia de grupo. La mayoría de los esfuerzos terapéuticos deben entonces iniciarse en el contexto de la psicoterapia individual, a pesar del desafío formidable para el psicoterapeuta individual. Como ya se señaló, estos pacientes con frecuencia comienzan el tratamiento bajo presión externa, y tienen la mayor dificultad para confiar en alguien. Por eso, el primer paso en psicoterapia debería ser establecer una alianza terapéutica. Este proceso es dificultoso por la tendencia de los pacientes paranoides a evocar respuestas defensivas en los otros. El terapeuta no es una excepción, y la siguiente viñeta lo ilustra:

> Paciente: Estoy realmente enojado con usted porque he estado sentado en la sala de espera por media hora. Usted me dijo que estuviese aquí hoy a las 9:30.
> Terapeuta: No, eso no es verdad. Yo dije 10:30.
> Paciente: Usted dijo 9:30.
> Terapeuta: (un poco más alto y más enérgicamente) Yo dije 10 en punto. Lo anoté en mi agenda.

Paciente: ¡Usted está tratando de engañarme! No va a admitir que está equivocado, por eso está tratando de hacerme pensar que soy yo el que está equivocado.
Terapeuta: (con tono todavía elevado): Si yo estuviera equivocado, lo admitiría. De lo contrario, pienso que es usted el que no admitirá que está equivocado, ¡y me atribuye eso a mí!
Paciente: No voy a tolerar este acoso. ¡Buscaré otro terapeuta!

Está interacción levemente caricaturizada ilustra el ciclo de la identificación proyectiva que es extraordinariamente común en los pacientes paranoides. El paciente trata al terapeuta como un objeto persecutorio malo. El terapeuta se siente coercionado a ser defensivo y termina dando una interpretación que intenta forzar la proyección para retrotraerla otra vez sobre el paciente. El paciente responde sintiéndose atacado, incomprendido y engañado. Para evitar este ciclo en aumento, el terapeuta debe empatizar con las necesidades que el paciente tiene de proyectar como un medio de supervivencia emocional. El terapeuta debe estar bien dispuesto a servir como un contenedor para los sentimientos de odio, maldad, impotencia y desesperación (Epstein, 1979; Gabbard, 1991, 1996). Intentar devolver tales sentimientos prematuramente sólo conducirá a que el paciente sienta una tensión interna creciente y se vuelva más rígido. El terapeuta debe ser capaz de aceptar la culpa, incluso hasta el punto de reconocer una falta de habilidad para ayudar al paciente (Epstein, 1984). La mayoría de los terapeutas tienen fuertes resistencias contratransferenciales para aceptar la responsabilidad por un tratamiento fallido; el punto es que ellos se vuelven naturalmente defensivos cuando sus pacientes los acusan de incompetencia. Sin embargo, reconociendo la baja autoestima que crea la necesidad de ver las faltas en los otros, el terapeuta puede empatizar con el punto de vista del paciente y buscar genuinamente sugestiones de cómo hacer el tratamiento más productivo. Volverse defensivo es también una reacción natural a ser acusado de deshonestidad. La defensa, sin embargo, puede ser malinterpretada como confirmación de que el terapeuta tiene algo que ocultar. La apertura es, por mucho, la mejor política con los pacientes paranoides. Si ellos actúan de modo suspicaz acerca de los registros del terapeuta o de sus anotaciones del proceso terapéutico, entonces el terapeuta haría bien en compartir aquellas notas con los pacientes y, de ese modo, usarlas como una intervención terapéutica. La negativa a compartir las anotaciones simplemente incitará mayor paranoia.

A lo largo de la psicoterapia, en particular durante las fases tempranas de construcción de una alianza, el terapeuta debe evitar responder en forma defensiva, como cualquier otro en el ambiente del paciente. El terapeuta no debería desafiar la construcción de hechos por parte del paciente o las percepciones que el paciente tiene del terapeuta, no importa cuán negativas

sean. El terapeuta debería simplemente preguntar para mayor detalle y debería empatizar con los sentimientos y percepciones del paciente. Sobre todo, debe resistir la frecuente tendencia contratransferencial a estar libre de proyecciones indeseables tratando de forzarlas a que regresen sobre el paciente a través de interpretaciones prematuras (Epstein, 1979). Como en el ejemplo anterior, las interpretaciones de este tipo sólo confirmarán la percepción de que el terapeuta está muy comprometido en atacar al paciente. La misma situación anterior podría ser manejada de manera bastante diferente usando estos principios de la técnica:

> Paciente: Estoy realmente enojado con usted porque he estado sentado en la sala de espera por media hora. Usted me dijo que estuviese aquí hoy a las 9:30.
> Terapeuta: Déjeme ver si lo entiendo correctamente. ¿Usted entendió que tenía que verme hoy a las 9:30 en vez de a las 10 en punto?
> Paciente: Usted dijo 9:30.
> Terapeuta: Entiendo por qué usted podría estar enojado conmigo, entonces. Tener que esperar a alguien por 30 minutos enojaría a la mayoría de las personas.
> Paciente: ¿Usted admite que me dijo que venga a las 9:30?
> Terapeuta: Francamente, no recuerdo haber dicho eso, pero me gustaría escuchar más acerca de su recuerdo de esa conversación para poder descubrir qué es lo que yo dije para darle a usted esa impresión.

En este escenario, el terapeuta acepta la culpa de manera no defensiva sin admitir alguna falta. El terapeuta contiene las proyecciones del paciente y busca descubrir mayor información acerca de cómo ésta surge. Al estar dispuesto a considerar la posibilidad de que pudo haber confundido al paciente, el terapeuta valida la percepción del paciente como legítima y merecedora de mayor discusión. De este modo, no intenta retornar, en la forma de una interpretación, lo que ha sido proyectado.

Los terapeutas también necesitan empatizar con la tendencia del paciente a ser receloso. Hay una cierta cualidad adaptativa en el recelo; los pacientes paranoides que hablan extensamente acerca de sus percepciones provocan tal vez el alejamiento de los otros. Los terapeutas que se permiten períodos de silencio y recogimiento en vez de formular preguntas de manera intrusiva pueden ayudar a que el paciente se abra un poco más. Otra técnica para construir una alianza es focalizar en el estado de tensión del paciente, secundario a la extraordinaria vigilancia necesaria para mantener el estilo cognitivo paranoide. Comentarios como: "Sus nervios deben de estar destruidos", o "Usted debe de estar exhausto después de todo esto", pueden ayudar a que el paciente se sienta comprendido. Cuando el paciente está dispuesto a hablar, el terapeuta debería animarlo a la elaboración, la cual

puede revelar antecedentes históricos de la actual situación de estrés (Meissner, 1976).

La impaciencia y la exasperación contratransferencial pueden desarrollarse en la medida en que los pacientes describen como los otros están constantemente pensando acerca de ellos y escudriñando sus conductas de una manera implacable. Los terapeutas pueden tener que luchar contra la urgencia de confrontar la grandiosidad y de desinflar la noción de que el paciente es el centro del universo. Una apreciación de la función defensiva de esta percepción en términos de su rol en el mantenimiento de la capacidad de conexión puede ser de ayuda en la lucha del terapeuta con la contratransferencia. Desafiar prematuramente la construcción paranoide de conexiones mágicas puede fracturar cualquier bosquejo de desarrollo de una alianza terapéutica. A través del tiempo, sin embargo, el temor a la indiferencia y la necesidad de sentirse conectado con los otros pueden ser amablemente interpretados al servicio de establecer una mayor constancia objetal (Auchincloss y Weiss, 1992).

La meta general del trabajo psicoterapéutico con los pacientes paranoides es ayudarlos a cambiar sus percepciones acerca del origen de sus problemas desde un locus externo a uno interno. Este cambio sólo puede seguir un programa pausado que es único para cada paciente. Un segundo cambio que está íntimamente conectado con el primero es la transformación de un modo paranoide de pensamiento en un modo depresivo en el cual el paciente se permite a sí mismo experimentar sentimientos de vulnerabilidad, debilidad, inferioridad y defectuosidad (Meissner 1995). El terapeuta debe resistir los repetidos bombardeos de acusaciones y suspicacias sin exasperarse o desesperarse. En la medida en que el paciente se abre más, el terapeuta puede empezar a rotular los sentimientos del paciente y, por consiguiente, ayudarlo a distinguir entre emociones y realidad (Meissner, 1976). Puede también ayudar a su paciente a delimitar baches en sus conocimientos. Por ejemplo: "¿Le dijo su jefe que lo odia?" Cuando el paciente responde negativamente a esta pregunta, puede comentar de manera pragmática acerca de sus limitaciones en cuanto al conocimiento de los sentimientos de su jefe. Tales preguntas deben ser expresadas con tacto y neutralidad de manera de no desafiar en forma desmedida la visión que el paciente tiene del mundo. El terapeuta no necesita tomar una posición a favor o en contra, sólo debería indicar que necesita más información (Meissner, 1976).

A través de todo el proceso psicoterapéutico, el terapeuta debe contener los sentimientos más que actuar en base a ellos. Esta contención proveerá al paciente una nueva relación objetal diferente de aquella previamente encontrada. La experiencia diferente se va internalizando a través del tiempo. Este modelo de cambio en las relaciones es complementado por cambios graduales en el pensamiento. La clave es para tales pacientes considerar una "duda creativa" (Meissner, 1986) acerca de sus percepciones del mundo. En

la medida en que los pacientes se mueven desde la posición esquizo-paranoide hacia el encuentro de los elementos depresivos que se hallan dentro, empiezan a desarrollar un sentido de self que puede mediar e interpretar la experiencia. Las cosas pueden empezar a verse "como si" fueran de cierta manera más que como *realmente* son de cierta manera. También pueden permitirse mayores vislumbres a sus sentimientos de inutilidad e inferioridad de modo que los elementos depresivos puedan ser elaborados en la transferencia. En las circunstancias más optimistas, estos pacientes pueden revelar un anhelo de aceptación, amor y cercanía que está asociado con su frustración y decepción con las figuras tempranas en sus vidas (Meissner, 1976,1995). Como resultado, pueden empezar el proceso de duelo por esos apegos.

Un breve informe de los estadios tempranos de la psicoterapia con un paciente con trastorno paranoide de la personalidad ilustrará algunos de los principios técnicos descritos en los párrafos precedentes. Los comentarios entre paréntesis indican cómo la teoría y la técnica se relacionan en este caso.

> El señor AA era un contador de 42 años que había estado relegado en sus funciones por un año debido a sus continuas quejas de alergias a sustancias en su ambiente de trabajo. Después de recibir una promoción, se había mudado a su nueva oficina donde había experimentado un repentino comienzo de varios síntomas físicos molestos, incluyendo cefaleas, pensamiento lento, tensión en el pecho, visión borrosa, dolores generalizados, debilidad, fatigabilidad fácil, y falta de motivación. Él atribuyó esos síntomas a los nuevos paneles y alfombras en su oficina y a las vibraciones en el piso que provenían del sistema de ventilación. Los efectos de la enfermedad empezaban a disiparse cada vez que dejaba la oficina y se iban en el momento en que el señor AA visitaba a un médico. Había tenido muchas evaluaciones diagnósticas por varios especialistas, de los cuales sólo uno había pensado que existía alguna base física para sus quejas. El señor AA usó esta opinión aislada para reivindicar su propia visión. Fue presionado para iniciar psicoterapia por el directorio de la firma, cuyos miembros estaban preocupados porque su incapacidad se volviera permanente. En los estadios iniciales de la terapia, AA negó cualquier problema emocional que no fuera una tensión matrimonial, por la que culpaba a su esposa. Habló con detenimiento acerca de su síntomas y mantenía que estaba convencido de sus orígenes físicos a pesar de los hallazgos negativos de la mayoría de los especialistas. (Se descubre que el paciente es totalmente insensible a los argumentos racionales de los expertos. También demuestra grandiosidad al creer que él sabe más que los doctores.)
>
> Cuando se le preguntó acerca de sus relaciones interpersonales, dijo que él y su padre no se hablaban porque su padre lo había engañado en cuestiones de negocios. Más aun, se quejaba de que su padre era

siempre más duro con él que con sus otros hermanos. Lo describió sucintamente como un hombre injusto e indigno de confianza. Luego describió a su esposa como embustera. Ella le había "hecho una treta" pues tuvo un hijo por no cuidarse para evitar la concepción y quedó embarazada. Dijo que nunca había perdonado a su esposa por el engaño, hace ocho años, y que su matrimonio había sido un desastre desde entonces. Afirmó que la única manera de que esta situación pudiera cambiar sería que ella se volviera más confiable. (El paciente ha proyectado objetos persecutorios malos sobre figuras cercanas en su familia y los ve como la fuente de todos sus problemas. No se reconoce a sí mismo como contribuyendo a estas dificultades en las relaciones familiares y sugiere que la única solución posible comprende cambios en los otros y no en él.)

A través de la primera sesión de psicoterapia, el señor escuchó atentamente al terapeuta, preguntando frecuentemente por mayores clarificaciones de los comentarios. Él parecía estar escuchando en busca de mensajes ocultos en los comentarios más benignos. Estaba también hiperalerta a cualquier mínimo movimiento corporal del terapeuta, a menudo mal interpretándolos como indicaciones de aburrimiento o desinterés. Después de escuchar algún tiempo, el terapeuta comentó empáticamente: "Usted debe de sentirse espantosamente ahora. Su jefe que le dice que haga terapia, usted se siente mal físicamente y además no se habla con su esposa". El paciente respondió a este comentario empático abriéndose un poquito más, admitiendo que había sido siempre "delicado de piel". (La validación empática del terapeuta acerca de su abrumada autoestima le permitió sentirse comprendido. Este comienzo de la alianza le permitió reconocer un problema en sí mismo por primera vez, concretamente: él era "delicado de piel".)

AA describió las relaciones con su hijo fríamente: "Nosotros estamos juntos más que el promedio de la población general". (Esta descripción revela la incapacidad de la persona paranoide de sentir calor emocional y ternura en las relaciones porque tener tales sentimientos lo haría vulnerable al rechazo o al ataque.) AA cambió el tema de conversación hacia sus preocupaciones acerca de los doctores que lo habían examinado. Expresó una fuerte creencia de que todos los doctores son básicamente incompetentes, y él parecía convencido de que un doctor casi le había provocado una hemorragia cerebral con cierta medicación. Describió a tres psiquiatras que lo habían examinado antes como muy incompetentes. Entonces le preguntó al terapeuta si tenía conocimiento de una medicación no psiquiátrica particular. Cuando el terapeuta admitió que no tenía familiaridad con la droga, AA respondió rápidamente que el terapeuta era probablemente tan "matasanos" como los otros doctores. (El miedo de la persona paranoide a ser controlado, junto con los sentimientos de inferioridad por una relación asimetrica por lo general conduce a la devaluación y a la denigración de otras personas. Al devaluar al terapeuta, AA se reasegura a sí mismo de que no tiene nada que envidiar y de que no tiene razones para sentirse inferior.)

Cuando AA continuó menospreciando las opiniones de todos los especialistas que lo habían visto, el terapeuta apuntó: "Esto debe ser bastante desmoralizador para usted". El señor AA respondió duramente: "¡Usted está tratando de manejarme!" (Aquí el intento del terapeuta de empatizar introduciendo un nuevo sentimiento excedió la capacidad del paciente de admitir ese sentimiento. La reacción del paciente podría haber sido más positiva si el terapeuta se hubiera mantenido más cercano a las palabras y a los estados de sentimiento que el paciente mismo había descrito.)

En la medida en que AA continuó hablando acerca del estado actual de sus asuntos, fue capaz de reconocer que había encontrado dificultad de adaptarse a la minusvalía y al desempleo después de haber estado en una posición ejecutiva. Percibiendo una apertura con respecto al tema de su autoestima, el terapeuta apuntó que estar inhabilitado para trabajar debió de haber sido como un golpe bastante duro. AA respondió con una pregunta al terapeuta: "¿Usted piensa que yo soy débil?" (Otra vez la capacidad del terapeuta de empatizar con la baja autoestima del paciente, en lugar de volverse defensivo, permitió a AA revelar preocupación acerca de su debilidad e inferioridad subyacentes.)

Prevención de la violencia

Aunque los pacientes que sufren alguna de la amplia variedad de trastornos psiquiátricos pueden volverse violentos, los pacientes paranoides presentan una amenaza particular para los psiquiatras. Una comprensión de la dinámica de la paranoia puede ayudar a prevenir la agresión. Para evitar la escalada de agresión, los psiquiatras deberían tener presentes algunos principios de manejo:

1. *Hacer todo lo posible para ayudar al paciente a salvar las apariencias.* El núcleo de la paranoia es la baja autoestima, de manera que los psiquiatras deberían empatizar con la experiencia del paciente y no desafiar la verdad de lo que dice. Como en cualquier marco de tratamiento con un paciente paranoide, la primera tarea es construir una alianza terapéutica. En un estudio de 328 pacientes hospitalizados en unidades de internación (Beauford y col., 1997), pacientes con una alianza terapéutica débil en el momento de la admisión tenían una probabilidad significativamente mayor de expresar comportamiento violento durante la hospitalización. En una concurrida clínica de pacientes ambulatorios, un residente que vio a un paciente paranoide por primera vez sospechó que él no estaba contando la verdad acerca de su situación actual. Le dijo al paciente que iría a chequear sus afirmaciones llamando a una casa de medio camino en donde el paciente dijo que vivía. Mientras el residente trataba de alcanzar la guía telefónica del cajón del escritorio, el paciente le dio una trompada en

el rostro. Este desafortunado accidente conduce directamente a otro principio mayor en la prevención de la violencia.

2. *Evitar despertar mayor sospecha.* Debido a la desconfianza básica de estos pacientes, todas las intervenciones deberían estar dirigidas a evitar cualquier incremento en su paranoia. Cada movimiento debería ser explicado en forma lenta y cuidadosa. Los movimientos mismos deberían ser lentos y bien visibles. Podría decir, por ejemplo: "Ahora yo voy a tomar una hoja de citas en mi escritorio de manera de que usted sepa cuándo será nuestro próximo encuentro". Debería también evitar ser abiertamente amigable con estos pacientes, desde el momento en que tal conducta está en crudo contraste con su experiencia usual y simplemente despertará aun más sus recelos.
3. *Ayudar al paciente a mantener una sensación de control.* El control es de extraordinaria importancia para los pacientes paranoides, quienes temen la pérdida de control probablemente tanto como la teme el terapeuta. El terapeuta debe evitar el pánico a toda costa. Un terapeuta que demuestra miedo de que el paciente pierda el control únicamente aumentará los propios miedos de pérdida del control que tiene el paciente. Gran parte de la ansiedad entre los individuos paranoides surge de un temor a que los otros tratarán de controlarlos; por esta razón, cualquier cosa que el terapeuta pueda hacer para demostrar respeto por la autonomía de estos pacientes ayudará a reducir su ansiedad acerca del sometimiento pasivo. Las intervenciones deberían reconocer el derecho de estos pacientes a ver la situación tal como ellos la ven. Por ejemplo, el terapeuta podría decir a tal paciente: "Yo pienso que sus sentimientos acerca de esta situación son legítimos, dado que usted la ha vivido, y yo respeto su derecho a sentir de esa manera".
4. *Estimular siempre a estos pacientes a que verbalicen la rabia antes que actuarla en forma violenta.* Llevarlos a discutir su rabia de manera tan detallada como sea posible. Estimular una consideración de las consecuencias lógicas de volverse violento. Si es posible, proveer alternativas constructivas a la violencia para que puedan empezar a ver que hay otras opciones. Sostener que la rabia es una reacción legítima no significa avalar la acción agresiva. El terapeuta que se siente inmediatamente amenazado puede intentar trasladar esta amenaza en palabras. Cuando un residente en psiquiatría percibió que un paciente nuevo estaba a punto de irrumpir en violencia, dijo: "Yo quisiera saber si usted está sintiendo que me quiere golpear". El paciente asintió con la cabeza. Entonces el residente replicó: "Quizá si nos vamos a caminar y usted puede contarme acerca de estos sentimientos que está teniendo, será capaz de evitar actuar de acuerdo a estos sentimientos". Este calmado y práctico abordaje ayudó al paciente a sentirse más controlado, y le agradeció, en realidad, al residente por su ayuda.

5. *Proporcionar siempre a los individuos paranoides una habitación con suficiente espacio.* Su miedo al sometimiento pasivo a los otros es aumentado por la proximidad física. Evitar una distribución de las sillas donde ellos se sientan atrapados en el consultorio. Los individuos violentos han mostrado tener necesidad de guardar una gran distancia de los otros para sentirse seguros (Kinzel, 1971). Evitar sentarse demasiado cerca, y evitar también tocarlos, incluso de la manera más benigna. Una mujer paranoide comenzó a llevar un arma a sus sesiones de terapia después de que su terapeuta persistió en abrazarla al final de cada sesión.
6. *Finalmente, estar atento a la propia contratransferencia en el trato con pacientes potencialmente violentos* (Felthous, 1984). La negación de la contratransferencia es común tanto en los miembros del staff hospitalario como en los terapeutas que trabajan con pacientes paranoides individuales. Ellos pueden fallar en preguntar cuestiones históricas importantes por temor a confirmar sus peores temores acerca del potencial para la violencia de sus pacientes. Los terapeutas deben reconocer sus propios temores y deben evitar situaciones de amenaza con pacientes que han sido agresivos en el pasado. Puede haber más negación con pacientes mujeres debido al estereotipo de género que sostiene que los hombres tienen más probabilidad de ser agresivos que las mujeres. De hecho, los patrones de violencia en internación del hombre y de la mujer son similares, y la mujer tiene tanta probabilidad como el hombre de haber atacado a otra persona en el mes anterior a su admisión (Tardiff y col., 1997). Los terapeutas también pueden usar la proyección contratransferencial para negarse a aceptar su propia agresión y externalizarla sobre sus pacientes. La identificación proyectiva puede inducir a los pacientes a la violencia cuando los terapeutas ven destructividad y agresión únicamente en sus pacientes y no en ellos mismos. Un estudio sobre psiquiatras que habían sido agredidos por pacientes (Madden y col., 1976) encontró que el 53% de los psiquiatras habían sido provocativos, de alguna manera, con el paciente antes de ser agredidos.

Trastornos esquizoide y esquizotípico de la personalidad

Además del trastorno paranoide de la personalidad, el Grupo A en el Eje II del DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) también incluye los trastornos esquizoide y esquizotípico de la personalidad. Aunque son entidades distintas, aquí serán consideradas juntas debido a que tanto su comprensión dinámica como sus abordajes terapéuticos tienen mucho en común.

La decisión de separar el trastorno esquizoide y el trastorno esquizotípico de la personalidad parece haber estado en gran parte relacionada con los estudios genéticos (Kendler y col., 1981; Kety y col., 1981; Rosenthal y col., 1971) que sugirieron una versión mutada de la esquizofrenia caracterizada por prueba de la realidad más o menos intacta, dificultades en las relaciones y disturbios leves del pensamiento. La vinculación entre personalidad esquizotípica y esquizofrenia fue reforzada más aun por el estudio de seguimiento a largo plazo de McGlashan (1983), el cual demostró que los pacientes esquizotípicos y esquizofrénicos tenían similares resultados. Los resultados de los pacientes borderline, por otro lado, eran más típicos de aquellos asociados con trastornos afectivos. La designación de ciertos parientes cercanos de los individuos esquizofrénicos como esquizotípicos reemplazó el término más problemático de *esquizofrenia borderline*, el cual era fácilmente confundido con trastorno borderline de la personalidad. Algunos críticos (Siever y Gunderson, 1979) han cuestionado la legitimidad de clasificar una variante de una condición psicótica como un trastorno de la personalidad. En sus perspectivas, el diagnóstico depende en gran medida de síntomas que se asemejan a la esquizofrenia más que de patrones estables de relación con los otros, los cuales son usados para definir los demás trastornos de la personalidad.

Entre la aparición del DSM-III-R (American Psychiatric Association, 1987) y la publicación del DSM-IV, la investigación empírica ulterior demostró la vinculación entre el trastorno esquizotípico de la personalidad y la esquizofrenia. El análisis posterior de los datos provenientes del Estudio de Seguimiento de Chestnut Lodge (Fenton y McGlashan, 1989) demostró que tres criterios del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) para trastorno esquizotípico de la personalidad predijeron esquizofrenia en el seguimiento a largo plazo. El poder predictivo de estas tres características claves, pensamiento mágico, suspicacia o ideación paranoide y aislamiento social, sugirió que el trastorno esquizotípico de la personalidad pertenece al espectro de la esquizofrenia. Otro estudio demostró que el riesgo mórbido para los trastornos relacionados con la esquizofrenia en los parientes de primer grado de los pacientes con trastorno esquizotípico y paranoide de la personalidad es significativamente mayor que en los parientes de primer grado de los pacientes con otros trastornos de la personalidad (Siever y col., 1990). Una investigación más reciente (O'Driscoll y col., 1998; Roitman y col., 1997) ha mostrado vinculaciones entre esquizotipia y esquizofrenia en las áreas de déficit de la atención y también en seguimiento ocular.

Debido a la convincente evidencia de que el trastorno esquizotípico de la personalidad está relacionado con la esquizofrenia en términos de características biológicas, genéticas, fenomenológicas, de resultados, y de respuesta al tratamiento, se consideró seriamente la posibilidad de mover el diagnóstico desde el Eje II al Eje I como parte de la sección del DSM-IV ti-

tulada "Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos". Sin embargo, a causa de su semejanza con otros trastornos de la personalidad con respecto a factores como penetrabilidad, estabilidad, y comienzo, el trastorno esquizotípico de la personalidad fue retenido en el Eje II.

Como Gunderson (1983) señaló, personas con trastorno esquizotípico de la personalidad se asemejan mucho a aquellas con trastorno esquizoide de la personalidad excepto en que la definición de trastorno esquizotípico de la personalidad incluye unos pocos síntomas sugestivos de una atenuada forma de esquizofrenia. En realidad, los pacientes esquizoides y esquizotípicos forman un continuum, de manera que es algo arbitrario dibujar una línea divisoria entre las dos entidades. Un examen de los criterios del DSM-IV para el trastorno esquizoide de la personalidad (cuadro 14-2) y para el trastorno esquizotípico de la personalidad (cuadro 14-3) revela que ambos trastornos comprenden una buena proporción de distanciamiento social y retracción afectiva.

Cuadro 14-2. Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de Trastorno esquizoide de la personalidad

A. Un patrón general de distanciamiento de las relaciones sociales y de restricción de la expresión emocional en el plano interpersonal, que comienza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes puntos:

   1. no desea ni disfruta las relaciones personales, incluido el formar parte de una familia
   2. escoge casi siempre actividades solitarias
   3. tiene escaso o ningún interés en tener experiencias sexuales con otra persona
   4. disfruta con pocas o ninguna actividad
   5. no tiene amigos íntimos o personas de confianza, aparte de los familiares de primer grado
   6. se muestra indiferente a los halagos o las críticas de los demás
   7. muestra frialdad emocional, distanciamiento o aplanamiento de la afectividad

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico y no se deben a los efectos fisiológicos directos de una enfermedad médica.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "trastorno esquizoide de la personalidad (premórbido)".

Fuente. Reproducido del DSM-IV (Ameican Psychiatric Association 1994), pág. 641. Utilizado con permiso.

Cuadro 14-3. Criterios del DSM IV para el diagnóstico de Trastorno esquizotípico de la personalidad

A. Un patrón general de déficit sociales e interpersonales asociados a malestar agudo y una capacidad reducida para las relaciones personales, así como distorsiones cognoscitivas o perceptivas y excentricidades del comportamiento, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes puntos:

1. ideas de referencia (excluidas las ideas delirantes de referencia)
2. creencias raras o pensamiento mágico que influye en el comportamiento y no es consistente con las normas subculturales (p. ej., superstición, creer en la clarividencia, telepatía o "sexto sentido"; en niños y adolescentes, fantasías o preocupaciones extrañas)
3. experiencias perceptivas inhabituales, incluidas las ilusiones corporales
4. pensamiento y lenguaje raros (p. ej., vago, circunstancial, metafórico, sobreelaborado o estereotipado)
5. suspicacia o ideación paranoide
6. afectividad inapropiada o restringida
7. comportamiento o apariencia rara, excéntrica o peculiar
8. falta de amigos íntimos o desconfianza aparte de los familiares de primer grado
9. ansiedad social excesiva que no disminuye con la familiarización y que tiende a asociarse con los temores paranoides más que con juicios negativos sobre uno mismo

B. Estas características no aparecen exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia, un trastorno del estado de ánimo con síntomas psicóticos u otro trastorno psicótico o de un trastorno generalizado del desarrollo.

Nota: Si se cumplen los criterios antes del inicio de una esquizofrenia, añadir "premórbido", por ejemplo, "Trastorno esquizotípico de la personalidad (premórbido)".

Fuente. Reproducido del DSM IV (American Psychiatric Association 1994), pág. 645. Utilizado con permiso.

Los pacientes esquizotípicos forman un continuum en sí mismos, desde aquellos que en un extremo son muy parecidos a pacientes esquizoides (excepto por un poco más de rarezas en la conducta y comunicación) hasta aquellos cercanos a la esquizofrenia que están propensos a episodios psicóticos breves. La siguiente discusión sobre la comprensión psicoanalítica de estas condiciones asume que ellas son inherentemente similares.

Comprensión psicodinámica

Los pacientes esquizoides y esquizotípicos por lo general viven sobre los márgenes de la sociedad. Ellos pueden ser ridiculizados como "bichos raros", "chiflados", o "inadaptados", o pueden ser simplemente dejados solos para llevar a cabo una existencia solitaria e idiosincrásica. Su aislamiento y anhedonia puede conducir a que los otros sientan lástima por ellos y les tiendan una mano. Más frecuentemente que lo contrario, sin embargo, los individuos que tienen estos gestos hacia ellos se dan por vencidos después de haber sido desairados repetidas veces. Los miembros de la familia pueden volverse tan exasperados que fuerzan a su pariente esquizoide a iniciar un tratamiento. Los progenitores de adolescentes o adultos jóvenes pueden llevar a su hijo o hija a un psiquiatra por preocupación de que sus hijos se estén apartando demasiado de la vida (Stone, 1985). Otros pacientes esquizoides y esquizotípicos vienen al tratamiento psiquiátrico voluntariamente debido a su dolorosa soledad.

El mundo interno del paciente esquizoide puede diferir considerablemente de su apariencia exterior. De hecho, estas personas suelen ser un manojo de contradicciones. Akhtar (1987) ha agrupado estas contradicciones en manifestaciones abiertas y encubiertas: "El individuo esquizoide es 'abiertamente' desapegado, autosuficiente, distraído, desinteresado, asexual, e idiosincrásicamente moral, mientras que en forma 'encubierta' es exquisitamente sensitivo, emocionalmente necesitado, agudamente vigilante, creativo, por lo común perverso y vulnerable a la corrupción" (pág. 510). Estas polaridades no reflejan rasgos de personalidad conscientes e inconscientes. Más bien, representan una escisión o fragmentación del self en diferentes representaciones del self que permanecen no integradas. Desde una perspectiva psicodinámica, la designación "esquizoide" refleja esta fundamental escisión del self. El resultado es una identidad difusa, los pacientes esquizoides no están seguros de quiénes son, y se sienten golpeados por pensamientos, sentimientos, deseos e impulsos muy conflictivos. Esta difusión de la identidad hace que la relación con los otros sea problemática. Por cierto, quizá la más llamativa característica de los pacientes esquizoides o esquizotípicos es su aparente no-relación con los otros. El trabajo psicoanalítico con estos pacientes sugiere que sin duda tienen sentimientos y luchan por llegar a los otros, pero que están detenidos en su desarrollo en una etapa temprana de sus relaciones interpersonales (Lawner, 1985). Parecen basar su decisión de estar aislados en una convicción de que su fracaso en recibir lo que ellos necesitaban de sus madres significa que no pueden hacer ningún intento ulterior de recibir cualquier cosa de las siguientes figuras significativas (Nachmani, 1984).

Gran parte de nuestra comprensión del mundo interno de los pacientes esquizoides deriva del trabajo de los teóricos británicos de las relaciones ob-

jetales. Para Balint (1979) estos pacientes tenían un déficit fundamental en su capacidad de relación: una "falta básica", a causa de inadecuaciones significantes en el cuidado materno que recibieron como niños. Él creyó que la dificultad del paciente esquizoide para relacionarse con los otros surgía de esta incapacidad básica más que del conflicto (como en los pacientes neuróticos). Fairbairn (1954), quizás el primer contribuyente a nuestra comprensión de los pacientes esquizoides, vio el repliegue esquizoide como una defensa contra un conflicto entre un deseo de relacionarse con los otros y un temor de que las necesidades de uno dañasen a los otros. El infante que inicialmente percibe a su madre como rechazante puede apartarse del mundo. Sin embargo, la necesidad del infante crece hasta que es experimentada como insaciable. El infante entonces teme que su voracidad devorará a la madre y lo dejará solo otra vez. Por lo tanto, el mismo objeto que el infante más necesita puede ser destruido por sus propios esfuerzos incorporativos. Fairbairn denominó esta preocupación como "La fantasía de la pequeña Caperucita Roja del bosque", basada en el cuento de hadas en el cual la pequeña niña encuentra, para su horror, que su abuela ha desaparecido, dejándola sola con su propia avidez oral proyectada, en la forma de un lobo devorador.

Así como la pequeña Caperucita Roja del bosque puede proyectar su voracidad en el lobo, los infantes pueden proyectar su propia voracidad en sus madres, a quienes entonces ven como devoradoras y peligrosas. Este dilema infantil es congelado en el tiempo por los pacientes esquizoides, quienes primero tienen miedo de que devorarán a los otros con sus necesidades, y luego tienen miedo de ser devorados por los otros. Este dilema fundamental de los pacientes esquizoides gobernará su conducta vacilante entre el temor de ahuyentar a los otros debido a sus necesidades, por un lado, y el temor, por otro lado, de que los otros los asfixiarán o consumirán. Como resultado, todas las relaciones son experimentadas como peligrosas y serán evitadas. Debido a que la decisión de no relacionarse deja al individuo esquizoide solo y vacío, hay con frecuencia un "compromiso esquizoide" (Guntrip, 1968), en el cual el paciente simultáneamente se aferra y rechaza a los otros.

Los pacientes esquizoides viven bajo la constante amenaza de abandono, persecución y desintegración (Appel, 1974). Acoger cualquier cosa que venga de algún otro implica el riesgo de desencadenar intensas ansias de dependencia y fusión. El amor es considerado idéntico a fusionarse con algún otro, perdiendo la propia identidad, y destruyendo a la otra persona. Aunque el escrito de la Escuela Británica ha focalizado en los pacientes esquizoides, las descripciones provistas por Balint, Guntrip y otros, también se refieren a los pacientes esquizotípicos (Stone 1985).

La característica retirada de las relaciones interpersonales de los pacientes esquizoides puede servir como una importante función del desarrollo. Winnicott (1963/1965) creyó que el aislamiento del paciente esquizoide

preserva una autenticidad importante que es absolutamente sagrada para el desarrollo del self del paciente: "Hay un estadio intermedio en el desarrollo sano en el cual la experiencia más importante del paciente en relación con el objeto bueno o potencialmente satisfactorio es el rechazo de este objeto" (pág. 182). La retirada esquizoide es un medio de comunicarse con el "verdadero self" que está dentro, en vez de sacrificar esa autenticidad a interacciones artificiales con los otros que conducirían a un "falso self". Winnicott sugirió que todos nosotros tenemos este núcleo no-comunicativo, y que debemos respetar los derechos, y la necesidad, del individuo esquizoide de ser no-comunicativo. Períodos de extrema abstinencia y aislamiento pueden ayudar a los individuos esquizoides a tomar contacto con este secuestrado self de manera que pueda ser integrado con las otras representaciones del self (Eigen, 1973).

Los pacientes esquizoides que permiten que sus terapeutas tengan acceso a sus mundos internos frecuentemente revelarán fantasías de omnipotencia. Éstas por lo habitual acompañan los aspectos solitarios del self al cual el paciente se retira. Como otros aspectos del escondido self, ellas sirven como un "santuario que protege de la exposición" (Grotstein, 1977) para apuntalar la frágil autoestima y mitigar la ansiedad acerca de la autodesintegración. Como los pacientes paranoides, los pacientes esquizoides tienen fantasías de omnipotencia que crecen en frecuencia en proporción inversa al nivel de su autoestima (Nachmani, 1984). Careciendo de representaciones del self y de objeto internas buenas para ayudar a cumplir el trabajo esencial hacia el éxito en las relaciones interpersonales o en las profesiones, los pacientes esquizoides emplean fantasías de omnipotencia para esquivar semejante trabajo y alcanzar directamente sus fantasías de grandiosidad. Los pacientes esquizoides realmente sienten mucha vergüenza por sus fantasías y son reacios a compartirlas con sus terapeutas hasta que se sienten seguros en la relación con ellos.

Psicoterapia individual

Al igual que los pacientes con trastorno paranoide de personalidad, los pacientes con trastorno esquizoide y esquizotípico de la personalidad no suelen aparecer en el peldaño de la puerta de entrada del consultorio. En una encuesta nacional de clínicos, el trastorno esquizotípico de la personalidad era la entidad menos trata de todos los trastornos del Eje II (Westen, 1997). En el estudio del Centro Psicoanalítico de Columbia, de 100 pacientes que solicitaban psicoanálisis (Oldham y Skodol, 1994), solamente uno fue diagnosticado como trastorno esquizoide de la personalidad, y ninguno tuvo el diagnóstico de trastorno esquizotípico de la personalidad. Por lo tanto, muchos de los datos acumulados acerca de la psicoterapia y del tratamiento

psicoterapéutico de estos pacientes han sido anecdótico, basados en un número relativamente escaso.

Los pacientes esquizotípicos y esquizoides pueden ser ayudados con terapia individual expresiva-de apoyo, psicoterapia de grupo dinámica, o una combinación de las dos. Puesto que la idea acerca de las exigencias interaccionales de un marco de grupo usualmente produce bastante ansiedad, la mayoría de estos pacientes se sentirán más cómodos con un proceso individual. Mucho de la literatura moderna acerca de la psicoterapia de los trastornos esquizoide y esquizotípico de la personalidad sugiere que el mecanismo de acción terapéutico es probablemente la internalización de una relación terapéutica más que la interpretación del conflicto (Appel, 1974; Gabbard, 1989; Khan, 1983; Nachmani, 1984; Stone, 1983, 1985; Winnicott, 1963/1965).

La tarea del terapeuta es "descongelar" las relaciones de objeto interno congeladas del paciente mediante el aporte de una nueva experiencia en el modo de relacionarse. El estilo esquizoide de relacionarse emerge de inadecuaciones en las relaciones tempranas del paciente con figuras parentales, que Epstein (1979) refirió como fracaso primario en la maduración. A lo largo de la vida, el paciente ha evocado similares reacciones de aquellos en el ambiente, produciendo fracasos secundarios en la maduración. En otras palabras, el paciente esquizoide puede ir a través de la vida distanciándose de cada uno. Los terapeutas deben resolver cómo relacionarse con el paciente de un modo maduramente correctivo. Los terapeutas no deben permitirse a sí mismos ser ahuyentados o alejados como cualquier otro en la vida del paciente.

Decir que la meta de la terapia es proveer un nuevo estilo de relación para ser internalizado es engañosamente sencillo y simple. Aun esta estrategia presenta grandes obstáculos. Primero, el modo de existencia básico del paciente es de no-relación. El terapeuta le está requiriendo a una persona que no se relaciona a que se mueva en la dirección de una mayor capacidad de relación. Como es de esperar, los esfuerzos del terapeuta por aportar un nuevo modelo de relación serán enfrentados con una distancia emocional y mucho silencio.

Los terapeutas que intenten tratar pacientes esquizoides retraídos deben tener extraordinaria paciencia debido al proceso de internalización lento y laborioso. Ellos también deben adoptar una actitud permisiva y de aceptación con respecto al silencio. Específicamente, el silencio debe ser visto como algo más que una simple resistencia, es también una forma específica de comunicación no verbal que puede proveer esencial información acerca del paciente. Durante prolongados períodos de silencio, el terapeuta puede reconocer que todavía está establecida una relación. A través de la identificación proyectiva, la conducta del paciente evocará ciertas respuestas en el terapeuta que contienen información diagnóstica valiosa acerca del mundo

interno del paciente (Gabbard, 1989). Un paciente a quien, a lo largo de su infancia, su padre le había dado "el tratamiento silencioso", dejó de hablar en la terapia; su intento inconsciente era inducir al terapeuta a que sintiera lo que él mismo había experimentado de niño cuando su padre "se cerró". De este modo, igual a una madre que mantiene y procesa los elementos proyectados sobre ella por su hijo, el terapeuta debe contener y modificar las proyecciones del paciente antes de que el paciente pueda reintroyectarlas.

Con este modelo, las reacciones emocionales del terapeuta hacia el paciente, no obstante sutiles, son la fuente primaria de información acerca del paciente. Cuando el silencio es prolongado, los terapeutas deben evitar hacer lo mismo que él y proyectarle sus propias representaciones de objeto y del self. Este estado de cosas está bellamente representado en la película de Ingmar Bergman, *Persona*, en la cual un paciente con mutismo es tratado por una enfermera. Después de muchos intentos infructuosos para lograr que el paciente hable, la enfermera se frustra y empieza a proyectar aspectos de ella misma sobre el paciente. Llevada a la locura, la enfermera empieza a tratar al paciente como una encarnación de su propio mundo interno (Gabbard, 1989).

Este modelo de terapia requiere que los terapeutas reciban las proyecciones de sus pacientes y que sometan a monitoreo las suyas propias sin ser arrastrados al acting-out de la contratransferencia. Cuando los terapeutas se sientan como queriendo claudicar o dejar por imposible a un paciente, deben ver estos sentimientos como a cualquiera de los otros en el proceso e intentar entenderlos. Como se mencionó en el capítulo 4 en la discusión sobre psicoterapia, las identificaciones proyectivas podrían ser diagnosticadas y comprendidas sólo después de que el terapeuta ha sido "coercionado" a jugar un rol específico frente al paciente. Los terapeutas deben notar silenciosamente las interacciones que tienen lugar entre ellos y sus pacientes y luego usar esa información para informar las interacciones siguientes. Odgen (1982) resumió la tarea del terapeuta en tales situaciones:

> La perspectiva de la identificación proyectiva no requiere ni excluye el uso de la interpretación verbal. El terapeuta intenta encontrar una manera de hablar con y de ser con el paciente que constituirá un medio a través del cual pueda aceptar aspectos no-integrables del mundo de objeto interno del paciente y retornarlos a éste de modo que pueda aceptarla y aprender de ella (pág. 42).

Por cierto, una decisión de no interpretar puede ser la estrategia más potente desde el punto de vista terapéutico con los pacientes esquizoides y esquizotípicos. Si el silencio es interpretado como resistencia, estos pacientes pueden sentirse responsables y humillados por su incapacidad de comunicarse (Khan, 1983; Nachmani, 1984). Por otro lado, al abstenerse de inter-

pretar y aceptar el silencio, el terapeuta puede legitimar el núcleo privado y no-comunicativo del self referido por Winnicott (1963/1965). Con ciertos pacientes, el terapeuta debe respetar su silencioso self. Ésta puede ser la única técnica de abordaje viable para construir una alianza terapéutica (Gabbard, 1989).

Los terapeutas valoran enormemente la capacidad de relación interpersonal. Nosotros deseamos significar algo para nuestros pacientes. Aceptar la no-relación silenciosa va en contra de nuestro entrenamiento y nuestra predisposición psicológica. Nuestra tendencia natural es cargar a nuestros pacientes con la expectativa de que ellos tendrían que ser diferentes de lo que son. Específicamente, queremos que nuestros pacientes nos hablen y se relacionen con nosotros. Sin embargo, esa expectativa significa que nosotros debemos requerir a los pacientes que confronten con el mismo dolor que ellos evitan a través del retiro esquizoide. Como Searles (1986) observó, grandes expectativas del terapeuta pueden conducir paradójicamente al paciente a un mayor aislamiento:

> El concepto de Winnicott (1941/1958) de...un ambiente sostenedor suficientemente bueno implica que el analista sea no sólo relativamente estable para el paciente, sino también relativamente indestructible (en cuanto a lo psicológico) por el paciente, una y otra vez, en la medida en que sus persistentes necesidades de un funcionamiento autista (omnipotente) todavía lo requieran. Por lo tanto, el analista necesita, intuitivamente, proporcionar su propia ausencia al paciente en los momentos oportunos, quizá tan a menudo como su propia presencia. (Searles, 1986, pág. 351.)

Algunos pacientes responderán a esta aceptación tolerante y empática con una mayor apertura en la relación terapéutica. Estos pacientes pueden empezar a hablar acerca de los aspectos ocultos del self, integrándolos al final en un sentido del self más cohesivo. Al comienzo del proceso psicoterapéutico, es difícil saber cuáles pacientes se beneficiarán más probablemente con la terapia. Stone (1983), escribiendo acerca de los pacientes esquizotípicos (esquizofrenia borderline), sugirió que aquellos que rinden un poco mejor en psicoterapia tienen algunos síntomas depresivos o alguna capacidad para la empatía y el calor emocional. Él advirtió a los terapeutas que deben tener cuidado de las expectativas contratransferenciales excesivas, porque sólo se pueden esperar progresos limitados. También recomendó que los terapeutas deben resignarse al hecho de que muchos temas embarazosos pueden tener que quedar ocultos por largos períodos en la terapia (Stone, 1995). Demasiado entusiasmo por investigar puede asustar o avergonzar al paciente. Según Stone, los terapeutas deben ser capaces de tolerar la posibilidad decepcionante de que sus pacientes progresarán únicamente

en otras áreas que no sean las relativas a las relaciones interpersonales. En general, aquellos pacientes con mejor funcionamiento del yo (esto es, prueba de realidad más intacta, mejor capacidad de juicio, menor cantidad de fallas cognitivas) rendirán mejor en el tratamiento que aquellos pacientes con funcionamiento del yo más profundamente alterado. Con los pacientes de este último grupo, los terapeutas pueden necesitar funcionar como un yo auxiliar, ayudando a los pacientes a sostenerse en varias tareas como prueba de realidad, juicio y diferenciación self-objeto. Stone (1985) también señaló que, de la misma manera que los pacientes esquizofrénicos (véase cap. 7), los pacientes esquizotípicos necesitan más que la psicoterapia expresiva-de apoyo. Los pacientes esquizotípicos con funcionamiento pobre también necesitan entrenamiento en habilidades sociales, reeducación y varios soportes sociales.

Psicoterapia de grupo dinámica

En general, los pacientes esquizoides son candidatos de elección para la psicoterapia de grupo dinámica (Appel, 1974; Azima, 1983). La terapia de grupo está orientada a ayudar a los pacientes con la socialización, que es exactamente lo que los pacientes esquizoides más sufren. Es también un marco en donde se puede producir una nueva crianza. Para muchos pacientes esquizoides, sus pares en un proceso grupal pueden funcionar como una familia reconstruida, que puede ser internalizada por estos pacientes para contrabalancear sus objetos internos más negativos y amenazantes (Appel, 1974).

Tales pacientes pueden beneficiarse de manera considerable simplemente teniendo una regular exposición a los otros. Algunos pacientes esquizoides literalmente no tienen contactos sociales más allá de sus sesiones de terapia de grupo. En cuanto comienzan a sentirse aceptados y ver que sus peores temores no se concretan, poco a poco se sienten más cómodos con la gente. De una manera similar al proceso de terapia individual ya descrito, las reacciones de los otros miembros del grupo pueden proveer una experiencia correctiva que va en contra de todas las otras experiencias de relación previas. Algunas dificultades que surgen en la psicoterapia de grupo de pacientes esquizoides incluyen el resentimiento de otros pacientes que tienen que "abrirse" mientras que el paciente esquizoide permanece en silencio. Estos sentimientos pueden conducir a una especie de "confabulación" para forzar al paciente esquizoide a hablar. En tales momentos, el terapeuta debe sostener al miembro esquizoide y ayudar a los otros miembros a aceptar la necesidad del paciente esquizoide de permanecer en silencio (Azima, 1983). Los otros pacientes pueden simplemente ignorar a un paciente esquizoide retraído y proceder como si el paciente no estuviera ahí.

En estos ejemplos, la tarea del terapeuta es integrar al paciente dentro del grupo puntualizando cómo un patrón que tiene lugar fuera del grupo se está repitiendo dentro del grupo. Los pacientes esquizotípicos tienden a beneficiarse de la terapia grupal tanto como los pacientes esquizoides, pero aquellos cuyo comportamiento es bizarro o cuyo pensamiento es psicótico, pueden convertirse en cabeza de turco simplemente porque son demasiado diferentes de los otros miembros del grupo. Con tales pacientes, la terapia individual sola puede ser la modalidad preferida.

Una combinación de psicoterapia de grupo y psicoterapia individual es ideal para muchos pacientes esquizoides debido a que el campo social que ellos encuentran en el grupo puede ser discutido y procesado con su psicoterapeuta individual. Un número significativo de pacientes esquizoides sentirán, sin embargo, que recibir una recomendación para hacer terapia de grupo es como "ser arrojado a los leones". Pueden incluso sentirse traicionados cuando su terapeuta hace la sugerencia. Un paso preliminar para la remisión a un grupo es frecuentemente la elaboración de las fantasías que estos pacientes tienen acerca de lo que ocurrirá en la terapia de grupo.

El siguiente ejemplo de un caso ilustra algunas de las exclusivas ventajas de la psicoterapia de grupo para algunos pacientes esquizoides.

> BB era un hombre soltero de 23 años con trastorno esquizoide de la personalidad. Trabajaba como ayudante de enfermería en el turno noche en una clínica de reposo y tomaba clases diurnas en una universidad local. Le gustaba trabajar de noche porque en ese turno no tenía demasiadas exigencias interpersonales. Su supervisor a menudo dormía, de manera que tenía libertad para leer novelas. Cuando no estaba durmiendo, BB ocupaba sus horas con vigorosos ejercicios físicos. Luego se paraba desnudo frente al espejo flexionando sus músculos y admirándose a sí mismo. Muchas de las poses y flexiones eran acompañadas por fantasías omnipotentes de convertirse en un ganador de decatlón olímpico. También imaginaba que si llegaba a cierto nivel de perfección física, entonces sería atractivo para una chica que estaba en una de sus clases del colegio universitario, a quien nunca pudo acercarse para hablar.
>
> BB estaba profundamente preocupado acerca del hecho de que había sido adoptado. Él habló de esto con vergüenza, como si estuviera convencido de que esto era un defecto. Para él, el rechazo de su madre biológica implicaba que si ella no lo quiso también los otros podrán rechazarlo.
>
> Como muchos pacientes esquizoides, BB tenía una veta perversa que tomaba la forma de exhibicionismo. Se ubicaba en situaciones donde las mujeres pudieran cruzarse cuando él estaba desnudo. Entonces simulaba sorpresa e inmediatamente abandonaba la escena para evitar cualquier acusación. Sin embargo, el placer sexual que obtenía de esta actividad lo condujo a aventuras cada vez más riesgosas. Cierta vez cambió los car-

teles de las puertas de los vestuarios de hombres y mujeres en un gimnasio para que las mujeres entraran en el vestuario de los hombres y lo encontrarán desnudo, secándose después de la ducha.

Finalmente, vino a una clínica ambulatoria donde buscó psicoterapia de grupo. Estaba preocupado porque su exhibicionismo se le estaba yendo de las manos y podría llevarlo a consecuencias legales, y muy preocupado por su soledad. Buscó psicoterapia grupal porque ya había tratado con psicoterapia individual durante dos años. Informó que se había mantenido en silencio prácticamente durante toda la terapia. Hasta que él y su terapeuta decidieron que no tenía sentido continuar. BB también informó que tenía un fuerte deseo de superar su temor a otras personas, y creía que la terapia de grupo podría ser un buen camino para tratar con ese temor.

BB empezó un proceso de psicoterapia de grupo dinámica con un grupo de funcionamiento razonablemente alto con otros pacientes que tenían trastornos de personalidad diversos. Él concurría regularmente pero se sentaba en silencio durante gran parte de la discusión del grupo. Poco a poco, fue capaz de revelar más y más acerca de sí mismo. Algún avance tuvo lugar cuando se armó de suficiente coraje para hablar acerca de su compañera de clase que era el objeto sus fantasías. Una paciente en el grupo respondió diciendo: "¿Por qué no la invitás a salir? Vos sos un hombre atractivo". Movido por este comentario, BB respondió que nunca antes le habían dicho eso.

El apoyo y el feedback positivo que este paciente recibió de los otros miembros del grupo fortalecieron su autoestima y le permitieron hablar más seguido y más abiertamente. Cuando por fin fue capaz de hablar sobre su exhibicionismo, experimentó un alivio considerable al ver que nadie se horrorizaba por su revelación.

Después de varios años de terapia de grupo, las ansiedades de BB acerca de las relaciones interpersonales y de su autorrespeto habían mejorado hasta el punto de que era capaz de empezar a tener citas con mujeres y de establecer mejores relaciones, de igual a igual con hombres. Los episodios de exhibicionismo decrecieron gradualmente, aunque tendían a ocurrir cada vez que el grupo tomaba vacaciones y BB se sentía abandonado por el terapeuta y sus compañeros.

El caso de BB ilustra cómo la abierta ausencia de relaciones objetales en el trastorno de personalidad esquizoide puede ser acompañada por intensas fantasías de relación y por actividades sexuales encubiertas de una naturaleza perversa. Largos períodos de ejercicio son también bastante comunes en los individuos esquizoides y esquizotípicos. La actividad física de este tipo puede servir como "caldera" de la energía sexual o, como en el caso de BB, puede también ser un medio para construir la autoestima fantaseando que los otros lo encontrarán a uno más atractivo como resultado de semejantes esfuerzos.

Aunque es habitual encontrar bastantes perversiones en los individuos esquizoides, el exhibicionismo parece tener un particular significado para estos paciente. Fairbairn (1954) observó que los individuos esquizoides suelen sobrevalorar sus contenidos mentales, percibiéndolos como extraordinariamente preciados. Temen dar cualquier cosa de ellos mismos debido a que, al hacer eso, agotarían sus contenidos narcisísticamente tan apreciados. Fairbairn apuntó que los pacientes esquizoides por lo común usan el exhibicionismo como una defensa contra el temor a dar. Para ser más exactos, "mostrar" se convierte en un sustituto de "dar", desde el momento en que esto último conlleva el temor de perder algo valioso mientras que lo primero no implica tal riesgo. Aunque el exhibicionismo era abierto en el caso del señor BB, con frecuencia aparece en formas sublimadas, como participación en artes de representación y actuación.

La psicoterapia de grupo proveyó a BB una nueva serie de relaciones para internalizar. Las relaciones con sus compañeros pacientes (y con el terapeuta) no confirmaron sus expectativas de cómo los otros responderían a él. En lugar de alejarse de él, los miembros del grupo lo aceptaron como era y confirmaron su atractivo como persona. De esta manera, la validación de otros pacientes en la terapia de grupo puede tener un impacto más poderoso sobre un paciente esquizoide que la similar validación por un terapeuta individual. El paciente esquizoide puede descartar el respeto positivo que demuestra el terapeuta como una actitud elaborada para buscar un efecto terapéutico; el terapeuta está "únicamente haciendo su trabajo".

Muchos pacientes esquizoides y esquizotípicos son mucho más refractarios al tratamiento que BB. Como Stone (1985) sugirió, los terapeutas deben respetar genuinamente la necesidad de su paciente de ser diferente y no deben sentirse compelidos a transformar a un paciente en otra persona. Al tratar con pacientes esquizoides y esquizotípicos, todos nosotros deberíamos tener el buen cuidado de recordar la sabiduría de Thoreau: "Si un hombre no marcha al mismo tiempo que sus compañeros, quizá se debe a que está escuchando un tambor diferente. Déjenlo caminar al ritmo de la música que él escucha, no importa que su paso sea lento o lo conduzca lejos" (Thoreau 1937/1950, pág. 290).

Bibliografía

Akhtar S: Schizoid personality disorder: a synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. Am J Psychother 61:499-518, 1987

Akhtar S: Paranoid personality disorder: synthesis of developmental, dynamic, and descriptive features. Am J Psychother 44:5-25, 1990

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association 1994

Appel G: An approach to the treatment of schizoid phenomena. Psychoanal Rev 61:99-113, 1974

Auchincloss EL, Weiss RW: Paranoid character and the intolerance of indifference. J Am Psychoanal Assoc 40:1013-1037, 1992

Azima FJC: Group psychotherapy with personality disorders, in Comprehensive Group Psychotherapy, 2nd Edition. Edited by Kaplan Hl, Sadock BJ. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1983, pp 262-268

Balint M: The Basic Fault: Therapeutic Aspects of Regression. New York, Brunner/Mazel, 1979

Beauford JE, McNiel DE, Binder RL: Utility of the initial therapeutic alliance in evaluating psychiatric patients' risk of violence. Am J Psychiatry 154:1272-1276, 1997

Blum HP: Object inconstancy and paranoid conspiracy. J Am Psychoanal Assoc 29 789-813, 1981

Eigen M: Abstinence and the schizoid ego. Int J Psychoanal 54:493-498, 1973

Epstein L: Countertransference with borderline patients, in Countertransference. Edited by Epstein L, Feiner AH. New York, Jason Aronson, 1979, pp 375-405

Epstein L: An interpersonal-object relations perspective on working with destructive aggression. Contemporary Psychoanalysis 20:651-662, 1984

Fairbairn WRD: An Object-Rdations Theory of the Personality. New York, Basic Books, 1954

Felthous AR: Preventing assaults on a psychiatric inpatient ward. Hospital and Community Psychiatry 35:1223-1226, 1984

Fenton WS, McGlashan TH: Risk of schizophrenia in character disordered patients. Am J Psychiatry 146:1280-1284, 1989

Freud S: Psycho-analytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia (dementia paranoides) (1911), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 12. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1958, pp 1-82

Gabbard GO: On "doing nothing" in the psychoanalytic treatment of the refractory borderline patient. Int J Psychoanal 70:527-534, 1989. Gabbard GO: Technical approaches to transference hate in the analysis of borderline patients. Int J Psychoanal 72:625-637, 1991

Gabbard GO: Love and Hate in the Analytic Setting. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996

Grotstein JS: The psychoanalytic concept of schizophrenia, I: the dilemma. Int J Psychoanal 58:403-425, 1977

Gunderson JG: DSM-III diagnoses of personality disorders, in Current Perspectives on Personality Disorders. Edited by Frosch JP. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1983, pp 20-39

Guntrip H: Schizoid Phenomena, Object-Relations, and the Self. New York, International Universities Press, 1968

Kendler KS, Gruenberg AM, Strauss JS: An independent analysis of the Copenhagen sample of the Danish adoption study of schizophrenia, II: the relationship between schizotypal personality disorder and schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 38:982-984, 1981

Kety SS, Rosenthal D, Wender PH, et al: Mental illness in the biological and adoptive families of adopted schizophrenics. Am J Psychiatry 128:302-306, 1971

Khan MR: Hidden Selves: Between Theory and Practice in Psychoanalysis. New York, International Universities Press, 1983

Kinzel AF: Violent behavior in prisons, in Dynamics of Violence. Edited by Fawcett J. Chicago, IL, American Medical Association, 1971

Lawner P: Character rigidity and resistance to awareness of the transference. Issues in Ego Psychology 8:36-41, 1985

Madden DJ, Lion JR, Penna MW: Assaults on psychiatrists by patients. Am J Psychiatry 133:422-425, 1976

McGlashan TH: The borderline syndrome, II: is it a variant of schizophrenia or affective disorder? Arch Gen Psychiatry 40: 1319-1323, 1983

Meissner WW: Psychotherapeutic schema based on the paranoid process. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy 5:87-114, 1976

Meissner WW: Psychotherapy and the Paranoid Process. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986

Meissner WW: Paranoid personality disorder, in Treatments of Psychiatric Disorders, 2nd Edition, Vol 2. Edited by Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, pp 2249-2259

Nachmani G: Hesitation, perplexity, and annoyance at opportunity. Contemporary Psychoanalysis 20:448-457, 1984

O'Driscoll GA, Lezenweger MF, Holzman PS: Antisaccades and smooth pursuit eye tracking and schizotypy. Arch Gen Psychiatry 55:837-843, 1998

Ogden TH: Projective Identification and Psychotherapeutic Technique. New York, Jason Aronson, 1982

Ogden TH: The Matrix of the Mind: Object Relations and the Psychoanalytic Dialogue Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986

Oldham JM, Skodol AE: Do patients with paranoid personality disorder seek psychoanalysis?, in Paranoia: New Psychoanalytic Perspectives. Edited by Oldham JM, Bone S Madison, CT, International Universities Press, 1994, pp 151-166

Reich J, Braginsky Y: Paranoid personality traits in a panic disorder population: a pilot. study. Compr Psychiatry 35:260-264, 1994

Roitman SEL, Corblatt BA, Bergman A, et al: Attentional functioning in schizotypal personality disorder. Am J Psychiatry 154:655-660, 1997

Rosenthal D, Wender PH, Kety SS, et al: The adopted-away offspring of schizophrenics. Am J Psychiatry 128:307-311, 1971

Searles HF: My Work With Borderline Patients. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986

Shapiro D: Neurotic Styles. New York, Basic Books, 1965

Siever LJ, Gunderson JG: Genetic determinants of borderline conditions. Schizophr Bull 5:59-86, 1979

Siever LJ, Silverman JM, Horvath TB, et al: Increased morbid risk for schizophrenia-related disorders in relatives of schizotypal personality disordered patients. Arch Gen Psychiatry 47:634-640, 1990

Stone MH: Psychotherapy with schizotypal borderline patients. J Am Acad Psychoanal 11:87-111, 1983

Stone MH: Schizotypal personality: psychotherapeuticaspects. Schizophr Bull 11:576-589, 1985

Stone MH: Schizoid and schizotypal personality disorders, in Treatments of Psychiatric Disorders, 2nd Edition, Vol 2. Edited by Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, pp 2261-2272

Tardiff K, Marzuk PM, Leon AC, et al: Violence by patients admitted to a private psychiatric hospital. Am J Psychiatry 154:88-93, 1997

Thoreau HD: Walden, in Walden and Other Writings of Henry David Thoreau. Edited by Atkinson B. New York, The Modern Library, 1937/1950, p 290

Westen D: Divergences between clinical and research methods for assessing personality disorders: implications for research and the evolution of Axis II. Am J Psychiatry 154:895-903, 1997

Winnicott DW: The observation of infants in a set situation (1941), in Through Paediatrics to Psycho-Analysis. New York, Basic Books, 1958, pp 52-69

Winnicott DW: Communicating and not communicating leading to a study of certain opposites (1963), in The Maturational Processes and the Facilitating Environment: Studies in the Theory of Emotional Development. New York, International Universities Press, 1965, pp 179-192

CAPÍTULO

15

Trastornos de la personalidad del Grupo B

Borderline (límite) *

Nuestra consideración del Grupo B de los trastornos de la personalidad comienza con el paciente borderline, porque el trastorno borderline de la personalidad sirve de punto de referencia para todo el grupo. Los trastornos narcisista, antisocial e histriónico son definidos con frecuencia por cómo difieren del trastorno borderline de la personalidad. Más aun, cuando se usa *borderline,* en el amplio sentido de un espectro (Meissner, 1988) o como una organización de la personalidad (Kernberg, 1967), todos los trastornos del Grupo B, junto con todos aquellos del Grupo A, pueden ser incluidos bajo la categoría general de condiciones borderline. Por desgracia, la creciente popularidad del diagnóstico borderline en las últimas dos décadas lo ha convertido en un "tacho de basura" psiquiátrico, sobreutilizado y mal utilizado. Los pacientes que son difíciles de diagnosticar pueden recibir erróneamente la etiqueta de *borderline*. Un estudio histórico breve del término *borderline* en la psiquiatría norteamericana puede aclarar cúal es el lugar del trastorno límite de la personalidad (TLP) en la nomenclatura actual.

* El DMS-IV utiliza la palabra límite para el trastorno borderline. En este libro se utilizan ambas denominaciones.

Evolución del término

Al final de la década de 1930 y durante la década de 1940, los clínicos comenzaron a describir algunos pacientes que no estaban lo suficientemente enfermos como para ser rotulados como esquizofrénicos, pero estaban muy perturbados para realizar tratamiento psicoanalítico clásico. En un esfuerzo por captar el típico estado "intermedio" de estos pacientes, Hoch y Polatin (1949) se refirieron a este grupo como esquizofrenia seudoneurótica caracterizada por un patrón sintomático de "panneurosis", "panansiedad", y "pansexualidad". Robert Knight (1953), posteriormente, caracterizó a este grupo mal definido poniendo el foco sobre ciertas dificultades en el funcionamiento yoico, incluyendo la incapacidad de planificar de manera realista, la incapacidad de defenderse contra impulsos primitivos y la predominancia del pensamiento en proceso primario sobre el pensamiento en proceso secundario.

Estas contribuciones tempranas estaban considerando un síndrome "desordenado" que no encajaba bien en las rúbricas diagnósticas preexistentes.

Cuadro 15-1. Los cuatro subtipos de pacientes borderline de Grinker

Tipo I: El border psicótico
- A. Conducta desadaptada e inapropiada
- B. Problemas con la prueba de realidad y sensación de la identidad
- C. Conducta negativa y expresión abierta del enojo

Tipo II: Síndrome borderline central
- A. Afecto negativo general
- B. Compromiso vacilante con otros
- C. Actuación del enojo
- D. Identidad propia inherente

Tipo III: Grupo "como si"
- A. Tendencia a copiar la identidad de otros
- B. Falta de afecto
- C. Conducta más adaptada
- D. Relaciones carentes de genuidad y espontaneidad

Tipo IV: Border neurótico
- A. Depresión anaclítica
- B. Ansiedad
- C. Rasgos neuróticos y narcisistas

Fuente. Basado en Grinker y col. 1968.

Grinker y col. (1968) trajeron algo de rigor diagnóstico al síndrome a principios de 1960 con su análisis estadístico de aproximadamente 60 de estos pacientes, quienes fueron hospitalizados en Chicago. Un análisis de los datos del grupo de estos pacientes sugirió que había cuatro subgrupos de pacientes borderline (cuadro 15-1), que parecían ocupar un continuo desde el "borde psicótico" (Tipo I) hasta el "borde neurótico" (Tipo IV). Entre los dos extremos se puede encontrar un grupo con afectos predominantemente negativos y con dificultad para mantener relaciones interpersonales estables (Tipo II), y otro grupo (Tipo III) caracterizado por una falta de identidad generalizada, lo que determina una necesidad de tomar prestada la identidad de otros.

Grinker y col. (1968) también intentaron identificar denominadores comunes en el síndrome borderline que se encontraban presentes sin importar el subtipo. Se presentaban con las cuatro características siguientes: 1) enojo como el afecto más importante o el único afecto, 2) defectos en las relaciones interpersonales, 3) ausencia de una identidad del sí mismo coherente, y 4) depresión prevalente. Una de las contribuciones más significativas de este estudio empírico fue el hallazgo de que el síndrome borderline era claramente distinto de la esquizofrenia. Grinker y col. encontraron que estos pacientes no se deterioran hacia una esquizofrenia franca a lo largo del tiempo. Más bien, eran establemente inestables (Schmideberg, 1959) durante todo el curso de la enfermedad. Este descubrimiento permitió refutar la creencia de algunos escépticos de que los pacientes borderline eran en verdad esquizofrénicos.

Hacia 1990, Gunderson y col. (Zanarini y col., 1990) fueron capaces de identificar rasgos claramente definidos basados en la investigación que centraba la atención en características descriptivas del síndrome borderline (cuadro 15-2).

Muchos de estos criterios están interrelacionados. Los pacientes borderline establecen relaciones exclusivas uno-a-uno en la que no existe riesgo alguno de abandono. Se sienten con tanto derecho a exigir esas relaciones que

Cuadro 15-2. Características distintas del trastorno borderline de la personalidad

Pensamiento casi-psicótico
Automutilación
Esfuerzos manipulativos suicidas
Preocupaciones acerca del abandono /engolfamiento/aniquilación
Demandante/pretensioso
Regresiones terapéuticas
Dificultades en la contratransferencia

Fuente. Basado en Zanarini y col. 1990, pp. 165-166.

abruman y alejan a otros. Más aún, cuando establecen una relación íntima con otra persona, se activa un conjunto de ansiedades gemelas. Por un lado, se preocupan porque serán engolfados por la otra persona y perderán su propia identidad en esta fantasía primitiva de fusión. Por otro lado, experimentan una ansiedad que raya en el pánico y se relaciona con la convicción de que pueden ser rechazados o abandonados en cualquier momento. Para prevenirse de estar a solas, los pacientes borderline pueden recurrir a gestos suicidas o a cortarse las muñecas, esperando que la persona a la cual están apegados los rescate. Las distorsiones cognitivas, como pensamiento casi psicótico (definido como variedades transitorias, circunscriptas y/o atípicas en la prueba de realidad), también pueden ocurrir en el contexto de las relaciones interpersonales. Son comunes las percepciones casi delirantes de abandono por las personas amadas, y pueden aparecer regresiones psicóticas en la transferencia cuando se apegan a sus terapeutas. Los clínicos que presencian este muestrario caleidoscópico de estados cambiantes del yo son proclives a una variedad de reacciones contratransferenciales intensas, incluyendo fantasías de rescate, sentimientos de culpa, transgresión de los límites profesionales, rabia y odio, ansiedad y terror, y profundos sentimientos de desamparo (Gabbard, 1993; Gabbard y Wilkinson, 1994).

Mientras que Gunderson y Grinker y col. se centraron principalmente en los criterios diagnósticos descriptivos, Otto Kernberg (1967, 1975) buscó caracterizar a los pacientes borderline desde una perspectiva psicoanalítica. Utilizando un abordaje combinado de la psicología del yo y de las relaciones objetales, acuñó el término *organización borderline de la personalidad* para abarcar a un grupo de pacientes que mostraban patrones característicos de debilidad del yo, operaciones defensivas primitivas y relaciones de objeto problemáticas. Observó una variedad de síntomas en estos pacientes, incluyendo ansiedad flotante y difusa, síntomas obsesivo-compulsivos, fobias múltiples, reacciones disociativas, preocupaciones hipocondríacas, síntomas de conversión, tendencias paranoides, sexualidad perverso-polimorfa y abuso de sustancias. Kernberg advirtió, sin embargo, que los síntomas descriptivos no eran suficientes para un diagnóstico definitivo. Creía, en cambio, que el diagnóstico descansaba en un análisis estructural sofisticado que revelaba cuatro rasgos claves (cuadro 15-3).

1. *Manifestaciones no específicas de debilidad del yo.* Un aspecto del funcionamiento yoico es la capacidad para demorar la descarga de los impulsos y modular los afectos como la ansiedad. Los pacientes borderline, según Kernberg, son incapaces de conducir las fuerzas yoicas para realizar esas funciones debido a debilidades inespecíficas inherentes. De modo similar, tienen dificultad en sublimar pulsiones poderosas y utilizar su conciencia para guiar la conducta.

Cuadro 15-3. Los criterios propuestos por Kenberg para la organización borderline de la personalidad

I. Manifestaciones inespecíficas de debilidad yoica
   A. Falta de tolerancia a la ansiedad
   B. Falta de control de los impulsos
   C. Falta de desarrollo de canales sublimatorios

II. Desplazamiento hacia pensamiento en proceso primario

III. Operaciones defensivas específicas
   A. Escisión
   B. Idealización primitiva
   C. Formas tempranas de proyección, especialmente identificación proyectiva
   D. Negación
   E. Omnipotencia y desvalorización

IV. Relaciones de objeto patológicas internalizadas

Fuente. Basado en Kernberg 1975.

2. *Tendencia hacia el proceso primario de pensamiento.* Igual que Robert Knight, Kernberg señaló que estos pacientes tienden a regresar hacia el pensamiento de tipo psicótico en ausencia de una estructura o bajo la presión de afectos intensos. Sin embargo, estos cambios ocurren principalmente en el contexto de una prueba de realidad por lo general intacta.
3. *Operaciones defensivas específicas.* Por encima de todas estas defensas estaba la escisión, que Kernberg vio como un proceso activo de separar afectos e introyectos contradictorios uno del otro (véase cap. 2). La escisión en las personas con organización borderline de la personalidad se manifiesta de la siguiente manera: 1) una expresión alternada de conductas y actitudes contradictorias, que el paciente no considera importantes y las niega débilmente; 2) una compartimentación de todas las personas que están vinculadas con el paciente en partes "buenas del todo" y "malas del todo", con oscilaciones frecuentes entre estas partes en cada individuo; y 3) visiones contradictorias coexistentes e imágenes de uno mismo (representaciones del self) que alternan en su predominio de día en día y de hora en hora.

> Un sacerdote católico de 41 años fue internado en un hospital psiquiátrico luego del descubrimiento de que se había involucrado en conductas sexuales con varios niños de ambos sexos. Después de su admisión, los análisis de laboratorio habituales revelaron un resultado positivo para sí-

filis. Cuando se lo confrontó con este resultado de laboratorio, el sacerdote respondió: "Yo no sé cómo puede ser. Soy un sacerdote célibe". El residente a cargo del tratamiento del sacerdote simplemente señaló que se lo había internado en el hospital a causa de gran actividad sexual con menores. El sacerdote, débilmente, respondió a esta confrontación diciendo: "¿Qué espera? Soy humano".

Esta viñeta clínica ilustra cómo representaciones del self contradictorias coexisten en un paciente borderline, un "sacerdote célibe" coexistía con un paidófilo bisexual, promiscuo. Más aún, la respuesta pragmática del sacerdote fue típica de la negación que muchos pacientes límite despliegan cuando son confrontados con las maniobras de escisión que ellos emplean. Otras defensas, como la idealización primitiva, la omnipotencia y la desvalorización, reflejan de modo similar las tendencias de escisión (esto es, los otros son vistos en términos totalmente positivos o totalmente negativos). La identificación proyectiva, en la cual las representaciones del self o del objeto son escindidas y proyectadas sobre otros en un esfuerzo para controlarlas, es otra defensa que predomina en la organización borderline de la personalidad, de acuerdo con Kernberg.

4. *Relaciones de objeto patológicas internalizadas.* Como un resultado de la escisión, la persona con organización borderline de la personalidad no ve a las otras personas como poseedoras de una mezcla de cualidades positivas y negativas. En cambio, los otros son divididos en extremos polarizados y son considerados, usando las palabras de un paciente, como "dioses o diablos". Estos individuos no pueden integrar los aspectos libidinales y agresivos de otros, lo que inhibe su capacidad para apreciar verdaderamente las experiencias internas de otras personas. Sus percepciones de los otros pueden alternar diariamente entre la idealización y la migración, lo que puede ser muy perturbador para cualquiera que esté relacionado con él. De modo similar, su incapacidad para integrar representaciones, positivas y negativas del self resulta en una profunda difusión de la identidad, como se ilustró en el ejemplo previo del sacerdote.

El concepto de organización borderline de la personalidad de Kernberg es distinto de las características fenomenológicas actuales que identifican un trastorno de personalidad específico. Esto significa que incluyen muchos trastornos de personalidad diferentes. Para él, los pacientes con trastornos de la personalidad narcisista, antisocial, esquizoide, paranoide, infantil, y ciclotímico, por ejemplo, están todos caracterizados por una organización borderline de la personalidad subyacente.

Existe considerable controversia sobre si el término *borderline* debería ser aplicado a un trastorno de personalidad específico o utilizado ampliamente, como lo utilizó Kernberg, para describir una dimensión de la perso-

nalidad (Gunderson y Zanarini, 1987). Grinker y col. (1968) claramente creyeron que había varias subcategorías de síndrome borderline, constituyendo un espectro. Meissner (1984, 1988) categorizó las condiciones borderline de modo diferente a Grinker y col. pero él también creyó que limitar el uso del término borderline a un trastorno específico de la personalidad era engañoso. Notó que había agrupamientos descriptivos claros dentro del espectro, específicamente, un continuo histérico y un continuo esquizoide. En un estudio retrospectivo de 180 pacientes internados que habían sido diagnosticados con trastornos límites de la personalidad por los criterios del DSM-III (American Psychiatric Association, 1980), Fyer y col. (1988) encontraron que el 91% tenía otro diagnóstico también, mientras que el 42% tenía dos o más diagnósticos adicionales. Especularon que el diagnóstico de trastorno límite de la personalidad es con frecuencia aplicado a un grupo heterogéneo de pacientes cuyos síntomas se superponen por lo general, con aquellos de otros diagnósticos. Para evitar la confusión conceptual (y porque los trastornos de la personalidad relacionados como paranoide, esquizoide, narcisista, antisocial e histriónico son tratados ampliamente en otros capítulos de este libro), la elaboración en este capítulo se limitará a aquellos pacientes con las características límites descritas por el DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) (cuadro 15-4).

Características demográficas y evolución de la enfermedad

Al menos tres cuartos de los pacientes que son diagnosticados con trastornos límites de la personalidad son mujeres (Gunderson y col., 1991). Este hallazgo puede deberse en gran parte a sesgos culturales provenientes de los estereotipos de roles para cada sexo, porque los pacientes varones que tienen características de trastorno límite de la personalidad con frecuencia son diagnosticados con trastorno de la personalidad narcisista o antisocial. El trastorno límite de la personalidad es el diagnóstico en el Eje II que más se utiliza, con una prevalencia entre el 15 y el 25% en poblaciones clínicas (Gunderson y Zanarini 1987). Su prevalencia en la población general probablemente oscila entre el 1,8 y el 4% (Baron y col, 1985; Gunderson y Zanarini, 1987; Loranger y col., 1982; Swartz y col., 1990). La legitimidad de la categoría diagnóstica de trastorno borderline de la personalidad ha sido justificada por estudios de seguimiento a largo plazo que demostraron que, a lo largo del tiempo, los pacientes borderline continúan manifestando sintomatología clínica uniforme; en la vasta mayoría de los casos, estos pacientes no derivan en otros trastornos psiquiátricos mayores (Gunderson y Zanarini, 1987).

Cuadro 15-4. Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de trastorno límite (borderline) de la personalidad

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 diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítems:

1. esfuerzos frenéticos para evitar un abandono real o imaginado.

Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5

2. un patrón de relaciones interpersonales inestables e intensas caracterizado por la alternancia entre los extremos de idealización y desvalorización
3. alteración de la identidad: autoimagen o sentido de sí mismo acusada y persistentemente inestable
4. impulsividad en al menos dos áreas, que es potencialmente dañina para sí mismo (p. ej., gastos, sexo, abuso de sustancias, conducción temeraria, atracones de comida).

Nota: No incluir los comportamientos suicidas o de automutilación que se recogen en el Criterio 5

5. comportamientos, intentos o amenazas suicidas recurrentes, o comportamiento de automutilación
6. inestabilidad afectiva debida a una notable reactividad del estado de ánimo (p. ej., episodios de intensa disforia, irritabilidad o ansiedad, que suelen durar unas horas y rara vez unos días)
7. sentimientos crónicos de vacío
8. ira inapropiada e intensa o dificultades para controlar la ira (p. ej., muestras frecuentes de mal genio, enfado constante, peleas físicas recurrentes)
9. ideación paranoide transitoria relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves

Fuente. Reproducido del DSM-IV (American Psychaitric Association 1994), utilizado con permiso.

Debido a que todos los estudios principales de seguimiento a largo plazo (McGlashan de 1986; Plakun y col., 1985; Stone y col., 1987; Werble, 1970) han considerado sujetos que habían tenido más bien experiencias terapéuticas extensas, el curso del trastorno borderline de la personalidad no tratado permanece de alguna manera como un misterio. De hecho, los estudios de seguimiento clave han sido realizados con pacientes que habían tenido tratamiento hospitalario de orientación psicoanalítica a largo plazo (1-2 años). Estos estudios sugieren por lo habitual que el trastorno límite de la personalidad se evidencia en la adolescencia tardía o en la edad adulta temprana y mantiene un curso inestable durante la primera década de tratamiento, por lo que muchos clínicos se sienten desanimados por la falta de

progreso del paciente. Sin embargo, luego de aproximadamente 5 o 6 años de tratamiento, los pacientes borderline suelen comenzar a mostrar una mejoría sustancial alcanzando el máximo en la segunda década luego de su primera hospitalización.

En una muestra de 251 pacientes borderline estudiados por Stone y col. (1987), alrededor de dos tercios se "recuperaron" o les fue razonablemente bien luego de una década o más, aunque muchos continuaron con tratamiento ambulatorio. En el estudio de Austen Riggs (Plakun y col., 1985), los pacientes borderline alcanzaron un promedio de 67 puntos en la Escala De Funcionamiento Global, lo que los ubicó en un "buen" rango de funcionamiento, luego de un período promedio de seguimiento de 15 años (comparado con el estudio de Stone). En el estudio de Montreal en el Jewish General Hospital (París y col. 1987), los pacientes borderline fueron también reentrevistados en un promedio de 15 años luego de su hospitalización, y los investigadores encontraron que el 75% de los pacientes ya no reunía criterios para el trastorno límite de la personalidad como lo definió la Entrevista Diagnóstica para Pacientes Borderline de Gunderson. En el estudio de seguimiento de 81 pacientes originariamente hospitalizados en Chestnut Lodge, de McGlashan (1986), la mayoría de los pacientes fue capaz de vivir en forma independiente y adaptarse satisfactoriamente al trabajo. Sin embargo, la muestra reveló una distribución bimodal cuando se evaluó el funcionamiento de las relaciones íntimas; mientras que un grupo consiguió mantener relaciones íntimas significativas a lo largo del tiempo, el otro grupo se adaptó a la vida evitando el contacto interpersonal cercano.

Todos estos estudios sugieren que los clínicos tienen razones para ser optimistas en el tratamiento de los pacientes límite. Todos los pacientes estudiados tuvieron mejores resultados que los pacientes esquizofrénicos quienes fueron usados en grupos de comparación y eran muy similares a los pacientes con trastornos afectivos en la mayoría de las mediciones. Este optimismo es suavizado, sin embargo, por el hallazgo de que entre el 3 y el 10% de los pacientes límite en estos estudios se suicidaron.

En la última década del siglo veinte, también comenzaron a emerger resultados alentadores de estudios de corto plazo. Mehlum y col. (1991) siguieron 29 pacientes con trastorno borderline de la personalidad en forma prospectiva por un promedio de 2,8 años. Cuando los pacientes fueron evaluados en el seguimiento, mostraron una mejoría moderada en el Índice de Gravedad Global y la Escala de Evaluación de Salud-Enfermedad. Además, el 56% de la muestra estaba empleado y el 38% se mantenía por sí solo. Karterud y col. (1992) estudiaron 34 pacientes con trastorno límite de la personalidad por un promedio de duración de seis meses. Los pacientes mostraron mejoría significativa en el Índice de Gravedad Global pero sólo un cambio muy ligero en la Escala de Evaluación de Salud-Enfermedad, luego de seis meses de tratamiento en hospital de día.

Najavits y Gunderson (1995) siguieron prospectivamente a 37 mujeres con trastorno límite de la personalidad quienes estaban comenzando nuevos tratamientos psicoterapéuticos luego de su internación. Se utilizaron ocho medidas de evaluación en cuatro momentos: al comienzo, al año, a los dos años y a los tres años. Los resultados mostraron una mejoría significativa en varias áreas y sin deterioro significativo. La mayoría de los pacientes tuvo un curso de mejoría errática. Resultó de interés en este estudio acerca del curso clínico que leves síntomas obsesivos y fóbicos al comienzo parecieron ser los predictores de buena respuesta a los tres años. También, cada medida significativa de cambio se encontraba en la dirección de la mejoría. Aunque estos resultados son alentadores, es posible que aquellos que completaron el protocolo de investigación eran una submuestra de pacientes con trastorno borderline de la personalidad más funcionales.

Estos hallazgos promisorios acerca del curso del trastorno borderline de la personalidad son más confiables por los estudios de psicoterapia que serán revisados más adelante en este capítulo. Aunque los pacientes límites pueden parecer crónicos y difíciles en el corto plazo, hay razón para creer que con un tratamiento persistente se puede lograr una mejoría sustancial.

Comprensión psicodinámica

Kernberg

Kernberg (1975) vinculó la etiología y la patogenia del trastorno borderline de la personalidad con el esquema del desarrollo de Margaret Mahler (Mahler y col., 1975). Los lectores pueden desear revisar este esquema, delineado en el capítulo 2, antes de continuar con esta exposición. Específicamente, para Kernberg los pacientes borderline atravesaron con éxito la fase simbiótica descrita por Mahler de manera tal que el self y los objetos se pueden distinguir claramente; pero también quedaron fijados durante la fase de separación-individuación. Kernberg señaló a la subfase de acercamiento, entre aproximadamente los 16 y 24 meses, como el lugar cronológico de esta crisis del desarrollo. En este período, el niño teme que su madre pueda desaparecer y esto a veces provoca en él una angustia intensa, sobre todo cuando no sabe dónde está.. Desde este punto de vista del desarrollo se puede considerar que los pacientes reviven una crisis infantil temprana en la cual temían que los intentos de separación de sus madres provocarían en la desaparición de ellas y por ende, el abandono de ellos. En la forma adulta de esta crisis infantil, los individuos son incapaces de tolerar períodos de soledad

y el temor de que lo abandonen los seres significativos. Los pacientes con trastorno borderline de la personalidad también pueden ser abrumados con ansiedad frente a grandes separaciones de sus padres o sustitutos. Las razones para la fijación en la subfase de acercamiento están relacionadas, según Kernberg, con una alteración de la disposición emocional de la madre durante este período crítico, debido al exceso constitucional de agresión en el niño o a problemas de la función materna, o a una combinación de ambas.

Un componente importante de esta fijación es la falta de constancia objetal típica de los pacientes borderline. Como otros niños, a lo largo del período de separación-individuación, estos niños son incapaces integrar los aspectos buenos y malos de sí mismos y de sus madres. Estas imágenes contradictorias son guardadas en forma separada a través de la escisión, de manera tal que tanto la madre y el self son vistos como alternando entre completamente malos y completamente buenos. Pero mientras que la mayoría de los niños de alrededor de tres años adquieren una constancia objetal bastante solidificada que les permite tener una visión de la madre y de sí mismos como objeto total, no ocurre así para los individuos propensos a trastorno borderline. Los primeros, por lo general toleran la separación de un modo mejor debido a que han internalizado una imagen total y tranquilizadora de la madre que se sostiene durante su ausencia. Pero como las personas borderline carecen de esta imagen interna, tienen poca o ninguna constancia objetal, no toleran ni la separación ni la soledad.

El resultado final de esta fijación en el desarrollo es una condición que Kernberg (1966) caracterizó por su predominancia de introyectos negativos. Aunque admitió fuentes ambientales para estas representaciones internalizadas negativas del self y del objeto, la teoría de Kernberg enfatizó la significancia de un exceso de agresión oral constitucional en los pacientes borderline. Este factor reduce su capacidad para integrar imágenes buenas y malas del self y de otros; están convencidos de que la "maldad" abrumadora destruirá cualquier "bondad" en ellos o en otros. Cuando los introyectos malos son proyectados afuera, se sienten a merced de perseguidores malevolentes. Cuando se reintroyectan, los introyectos malos los hacen sentir despreciables y sin valor, conduciéndolos en ocasiones a pensamientos suicidas. Esta agresión innata también impide el pasaje del paciente borderline a través de la fase edípica. Por eso, los conflictos edípicos en el paciente borderline con frecuencia aparecen como más crudos y primitivos, comparados con aquellos de los pacientes neuróticos.

Masterson y Rinsley

La formulación de Masterson y Rinsley (1975) también se centralizó en la subfase de acercamiento de la fase de separación-individuación. Sin embar-

go, ellos se ocuparon más de la conducta de la madre que de la agresión innata del niño. Observaron que las madres de los pacientes borderline, a quienes Masterson y Rinsley vieron como típicamente borderline, ellas mismas estaban muy conflictuadas por el crecimiento de sus hijos. Como resultado, el niño recibe un mensaje de su madre de que crecer e independizarse determinará la pérdida del apoyo y amor maternal. Un corolario clave de este mensaje es que permanecer dependiente constituye la única forma disponible de mantener el vínculo con la madre. Esta comunicación materna poderosa provoca "depresión de abandono" cada vez que se presenta la posibilidad de separación o de autonomía al niño.

De acuerdo con Masterson y Rinsley, esta crisis de la subfase de acercamiento entre el niño y la madre se vuelve exclusiva por dos unidades separadas de relaciones objetales escindidas (cuadro 15-5). Cada una de estas unidades consta de tres entidades: una parte-representación de sí mismo, una parte-representación de objeto, y un afecto que conecta a los dos. La unidad de relaciones de objeto gratificadora está asociada con sentimientos de ser amado y gratificado. Incluye una parte de un objeto materno que es afirmante, amoroso, y sostenedor. En asociación con este introyecto materno considerado positivo, hay una parte de la representación del sí mismo de un "niño bueno" que es obediente y pasivo. La unidad de relaciones de objeto de retraimiento está asociada con sentimientos de rabia, abandono, depresión y desamparo. La parte del objeto materna es malevolente y crítica,

Cuadro 15-5. Rol de la madre en el síndrome borderline (Masterson y Rinsley)

Interacción madre-infante en la subfase de acercamiento:
- Recompensa a la regresión y adhesión
- Repliegue afectivo de la madre frente a la separación e individuación

Unidades de relaciones de objeto escindidas:
- Componente agresivo de la unidad (repliegue o retiro afectivo)

Parte materna - Objeto del	+	Afecto	+	Parte de la - representación del self
Atacante, crítica, hostil, que retira su aprobación		*enojo, frustración, sentimiento de fracaso*		*inadecuado, malo desamparado, feo, culpable, vacío*

- Componente libidinal de la unidad (remunerador, gratificador)

Parte materna - Objeto del	+	Afecto	+	Parte de la representación del self
Aprobación, apoyo y recompensa por conducta regresiva y de adhesión		*sentirse bien, ser alimentado, gratificación del deseo*		*bueno, pasivo obediente para la unión*

Fuente. Basado en Masterson y Rinsley 1975.

mientras que la parte de la representación del sí mismo es un "niño malo" que es culpable y no deseado.

La fijación en este nivel de fragmentación hace que el paciente borderline sienta que hay sólo dos opciones: sentirse abandonado y malo, o como Peter Pan, sentirse bien sólo si niega la realidad y no crece nunca. Rinsley (1988) halló más tarde esta formulación de las unidades de relaciones de objeto separadas como un tanto sobresimplificada y limitada en sus implicancias terapéuticas. Él continuó aplicando los constructos de Fairbairn (1954) a la personalidad límite (Rinsley) y se centró sobre las diferencias entre los trastornos de la personalidad límite y narcisista (Rinsley, 1984, 1985, 1989). De este modo, Rinsley desplazó el acento puesto al principio con Masterson, sobre el origen del trastorno límite de la personalidad en relación con el conflicto hacia un modelo de déficit o de "insuficiencia".

Adler

Mientras que los modelos psicodinámicos de Kernberg y de Masterson y Rinsley son derivados esencialmente de modelos de conflicto de la psicopatología, la comprensión de Adler (1985) del trastorno límite de la personalidad está basada en un modelo de déficit o de "insuficiencia". El maternaje inconsistente y no confiable, según Adler, causa el fracaso del paciente borderline en desarrollar un objeto interno "sostenedor-tranquilizador". Adler, quien estaba influenciado fuertemente por las teorías de la psicología del self de Kohut (véase cap. 2), entendió que el paciente borderline necesitaba funciones de objeto del self de figuras externas debido a la ausencia de introyectos de crianza.

Adler enfatizó el marco del desarrollo de Selma Fraiberg (1969) en contraste con aquel de Mahler. Notó que alrededor de los 18 meses, de acuerdo con Fraiberg, el niño normal está en condiciones de armarse una imagen interna de la figura materna aun cuando esté ausente. Esta capacidad de "memoria evocativa", como Fraiberg denominó este logro cognitivo, es sólo establecida de manera tenue en el paciente borderline, de acuerdo con Adler. En situaciones de estrés, o en el medio de una transferencia intensa, los pacientes límite tienden a regresar hasta el punto en que ya no pueden acordarse de figuras importantes del ambiente, que no están presentes físicamente, a menos que un objeto como una fotografía se encuentre disponible como recuerdo. Adler conceptualizó esta observación como una regresión a una edad del desarrollo entre los 8 y 18 meses, antes de que la memoria evocativa haya sido establecida.

La falta de un objeto interno sostenedor-tranquilizador del paciente borderline da cuenta de varios aspectos de la psicopatología borderline. Esta

carencia crea sentimientos de vacío y tendencias depresivas. Es también responsable de la dependencia aferradora tan comúnmente vista en los pacientes límites. En ausencia de respuestas de objetos del self por parte de otros significativos, estos individuos tienen recursos internos inadecuados para sostenerse y son proclives a la fragmentación del self. Esta disolución del self está acompañada por un profundo vacío descrito por Adler como "terror a la aniquilación". Finalmente, la ausencia de un introyecto sostenedor-tranquilizador produce una rabia oral crónica en los pacientes borderline relacionada con sus sentimientos de que la figuras maternas no estuvieron emocionalmente disponibles durante la infancia.

Investigación empírica y etiología

Aunque la discusión de los tres modelos psicodinámicos presentados aquí de ninguna manera representa una revisión amplia del discurso psicoanalítico con respecto a los trastornos borderline, ésta debería servir para familiarizar a los lectores con los tres puntos de vista que subyacen en el corazón de gran parte de la controversia alrededor de esta categoría diagnóstica. Más al respecto, cada modelo tiene implicancias terapéuticas específicas que son en sí mismas tal vez aún más controversiales que la comprensión diagnóstica. Muchos trabajos publicados incluyen críticas de las posiciones expuestas por estos teóricos. Aquellos que localizaban la alteración del desarrollo en la subfase de acercamiento han enfrentado la tarea de una crítica no menor que la que enfrentó Margaret Mahler (Mahler y Kaplan, 1977), quien señaló que centrar la atención en una subfase de separación-individuación es de alguna manera reduccionista porque esa postura fracasa al reconocer o apreciar la influencia de las otras subfases, como también las influencias edípicas, en la patogenia del trastorno borderline de la personalidad. Ella expresó cierta duda acerca de la existencia de una relación lineal independiente entre las alteraciones en una subfase de separación-individuación y las posteriores manifestaciones en la psicopatología adulta. Gunderson (1984) también señaló que los estudios empíricos de padres de pacientes límite sugieren que la crianza inadecuada no está confinada a una subfase del desarrollo en particular, sino más bien es general a lo largo de todas las fases de la infancia. Más aún, el abandono parece ser al menos tan común como la sobreprotección. Estos estudios también indican que *ambos* padres, y no sólo la madre, son típicamente abandónicos en sus responsabilidades de crianza. Masterson y Rinsley fueron criticados por Esman (1980) por culpar injustamente a las madres en sus formulaciones y no tomaron en cuenta de modo suficiente los factores constitucionales, como la disfunción cognitiva de base orgánica, que puede contribuir a problemas en la fase de separación-individuación.

Mientras que Masterson y Rinsley fueron acusados de culpar a las madres, Kernberg fue criticado por atribuir la rabia oral de los pacientes borderline a una base constitucional. Atwood y Storolow (1084), por ejemplo, sugirieron que las observaciones de Kernberg de agresión excesiva en los pacientes borderline pueden ser vistas como un producto iatrogénico proveniente de la prematura confrontación e interpretación de la transferencia negativa que realiza Kernberg.

Todos los modelos psicodinámicos han sido desafiados en cierta extensión por las publicaciones de investigación empírica. Por ejemplo, la sobreprotección materna descrita en la formulación de Masterson y Rinsley ha sido cuestionada en una serie de estudios (H. Frank y Hoffman, 1986; H. Frank y Paris, 1981; Goldberg y col., 1985; Gunderson y col., 1980; Paris y H. Frank, 1989; Paris y Zweig-Frank, 1992; Soloff y Millward, 1983; Zweig-Frank y Paris, 1991) que colectivamente sugieren tres conclusiones amplias (Zanarini y Frankenburg, 1997): 1) los pacientes borderline por lo general ven su relación materna como distante, muy conflictiva, o no comprometida; 2) la falla del padre en cuanto a presencia es un aspecto aún más discriminatorio de las familias en el origen del trastorno borderline de la personalidad que la relación con la madre; y 3) las relaciones perturbadas con la madre y el padre pueden ser más patogénicas como también más específicas para el trastorno límite de la personalidad que aquella con uno u otro progenitor solamente.

Estos hallazgos sugieren que el abandono puede ser un factor etiológico más significativo que la sobreprotección. Un estudio prospectivo elegantemente diseñado (Johnson y col., 1999) encontró que el abandono en la infancia está asociado con un incremento en los síntomas del trastorno borderline de la personalidad así como aquellos conectados con varios otros trastornos de la personalidad.

Las teorías psicodinámicas que señalan la importancia de la separación y el abandono han recibido alguna confirmación de estudios que miden la prevalencia de las separaciones tempranas y pérdidas en la historia infantil de pacientes con trastorno borderline de la personalidad (Akiskal y col., 1985; Links y col., 1988; Walsh, 1977; Zanarini y col., 1989 a). En un estudio (Zanarini y Frankenburg, 1997) que compara a los pacientes borderline con pacientes con otras condiciones del Eje II, psicosis y alteraciones afectivas, los pacientes borderline presentaban un porcentaje de pérdidas y separaciones tempranas significativamente mayor en sus orígenes. Las cifras oscilaban entre el 37 y 64% y eran altamente distintivas del trastorno límite de la personalidad (Zanarini y Frankenburg, 1997).

La mayoría de los modelos psicodinámicos principales subestimó seriamente el rol del trauma infantil en la etiología y la patogenia del trastorno borderline de la personalidad. Hay ahora más sostén empírico para la noción de que el abuso durante la infancia es un factor contribuyente mayor

a la etiología del trastorno (Baker y col., 1992; Gunderson y Sabo, 1993, Herman y col., 1989; Ogata y col., 1990; Swartz y col., 1990; Walsh, 1977; Westen y col., 1990; Zanarini y col., 1989b, 1997). El abuso sexual infantil parece ser un factor etiológico importante alrededor del 60% de los pacientes borderline. Aunque los pacientes control con otros trastornos de la personalidad o depresión no reportan el abuso sexual tan frecuentemente como lo hacen los pacientes borderline, es diferente en cuanto al abuso físico, en donde la prevalencia es, a grandes rasgos, la misma. Cerca del 25% de los pacientes borderline tienen una historia de incesto padre-hijo. Por otro lado, el abuso sexual no es necesario ni suficiente para el desarrollo del trastorno borderline de la personalidad, y otras experiencias tempranas, como el abandono por los cuidadores de ambos géneros y el ambiente hogareño caótico e inestable, también parecen ser factores de riesgo significativos (Zanarini y col., 1997). Esta perspectiva fue sostenida en un estudio prospectivo por Johnson y col. (1999), que vincularon los síntomas borderline en la edad adulta con el abandono y abuso sexual infantil, pero no con el abuso físico.

Para ampliar la noción de Kernberg de que ciertos factores constitucionales son relevantes en la etiología del trastorno borderline de la personalidad, diversos estudios han explorado los factores biológicos y genéticos que pueden influir en el desarrollo de este trastorno. Cloninger y col. (1993) desarrollaron un modelo psicobiológico de personalidad que implica cuatro dimensiones de temperamento y tres dimensiones de carácter. Dentro de este modelo, aproximadamente el 50% de la personalidad puede ser atribuida al temperamento, que es determinado en gran parte por variables genéticas, y el 50% al carácter, que es ampliamente determinado por variables ambientales (fig. 15-1).

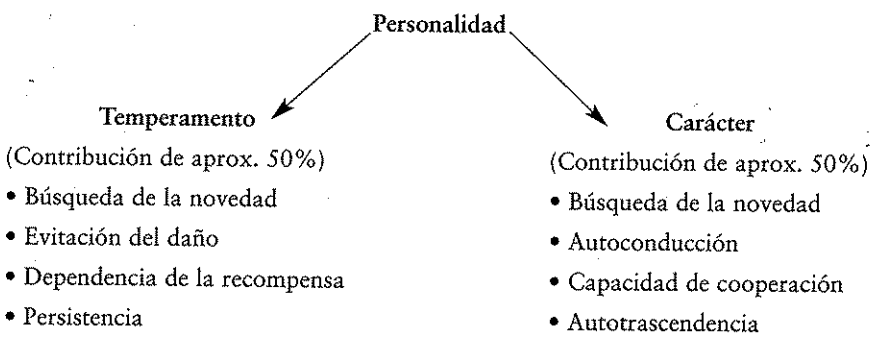


Figura.15-1. Modelo psicobiológico de la personalidad.
Fuente. Basado en Cloninger et al. 1993

Las cuatro dimensiones del temperamento son: 1) búsqueda de la novedad, caracterizada por la actividad exploratoria en respuesta a lo nuevo, toma impulsiva de decisiones, extravagancia en el abordaje a señales y recompensas, rápida pérdida de la paciencia, y activa evitación de la frustración; 2) evitación del daño, que implica preocupación pesimista acerca del futuro, conducta evitativa como temor a lo incierto y timidez con respecto a extraños, y rápida fatigabilidad; 3) dependencia de la recompensa, caracterizada por sentimentalismo, apego social, y dependencia de la aprobación de otros; y 4) persistencia, que se refiere a la capacidad de perseverancia a pesar de la frustración y fatiga.

Las tres dimensiones del carácter son modeladas por influencias familiares y sociales, fantasía intrapsíquica, trauma y estresores en el ambiente. La autoconducción implica la aceptación de la responsabilidad por las elecciones de uno más que culpabilizar a otros, la aceptación de uno mismo, la capacidad de utilizar los recursos, y la identificación de metas y de propósitos en la vida. La capacidad de cooperación es una medida de la relación con los objetos que incluye la empatía, la solidaridad, la compasión y la aceptación social. La autotrascendencia hace referencia a la aceptación espiritual del individuo, las identificaciones más allá del self y la búsqueda altruista.

Cloninger y col. (1993) encontraron que las dimensiones del carácter de autoconducción y cooperatividad son factores cruciales en el diagnóstico de trastorno de la personalidad. De hecho, la baja autoconducción y la baja capacidad de cooperación están asociadas con todas las categorías de trastorno de la personalidad. Ciertos temperamentos son característicos de tipos específicos de trastorno de la personalidad. Cloninger y col. comunicaron que los pacientes con trastorno borderline de la personalidad se distinguen por la búsqueda de la novedad y la evitación del daño. En otras palabras, son impulsivos e irritables y también extremadamente ansiosos.

El modelo de Cloninger sugiere una diátesis genético-biológica que actúa sobre ciertos factores ambientales para crear la combinación de una baja autoconducción y una baja cooperación en conjunción con un temperamento caracterizado por elevada evitación del daño y elevada búsqueda de la novedad. Figueroa y Silk (1997) propusieron un modelo relacionado en el cual los efectos del trauma interactúan con una predisposición subyacente a la disfunción serotoninérgica. Su hipótesis está basada, en parte, en la observación de que los pacientes borderline tienen un nivel significativamente disminuido de actividad serotoninérgica. Debido a que la serotonina tiene un efecto inhibidor en la conducta, la impulsividad característica de estos pacientes puede estar relacionada en parte con esta actividad serotoninérgica alterada (Coccaro y Kavoussi,1997; Coccaro y col., 1989; Siever y Davis, 1991). La incrementada vulnerabilidad secundaria a los bajos niveles de serotonina empeora por los efectos del trauma, que incluyen alte-

raciones en el cortisol y en las catecolaminas. El sistema noradrenérgico hipersensitivo, relacionado en parte con el temperamento y en parte con la hiperreactividad resultante del trauma, conduce a conductas autodestructivas, como mutilación, en un intento por disminuir los efectos disfóricos y dolorosos.

Una mayor evidencia de un sustrato biológico para el trastorno borderline de la personalidad deriva de datos que sugieren la presencia de déficit neurocognitivos. Andrulonis (1991) notó que un número significativo de estos pacientes tenían signos leves de dificultades neurológicas, incluyendo una historia de trastorno de déficit de atención e hiperactividad, problemas de aprendizaje, pobre control de los impulsos, y trastorno de conducta. Estudios de dificultades neuropsicológicas comunican que los pacientes borderline tienen significativamente más signos de esas dificultades pero que algunas pueden ser sutiles y se vuelven evidentes sólo cuando los sujetos borderline son apareados con sujetos-control sanos (O'Leary y Cowdry, 1994; Swirsky-Sachetti y col., 1993; van Reekum y col., 1993). Al menos un estudio ha identificado también un índice significativamente mayor de traumatismo encefalocraneano previo al diagnóstico de trastorno borderline de la personalidad en los pacientes comparado con sujetos control (Streeter y col., 1995).

Estudios de familia han notado que el trastorno borderline de la personalidad es significativamente más común entre los parientes de primer grado de los pacientes borderline que entre aquellos de los sujetos control (Zanarini y Frankenburg, 1997). Sin embargo, no se puede determinar en forma definitiva si esta tendencia para que el trastorno se presente en las familias está relacionada con factores ambientales o hereditarios sin estudios de gemelos adoptados.

Todos estos factores contribuyentes también afectan la capacidad del niño de apegarse a su madre o cuidador. Como se señaló en el capítulo 2, la teoría del apego propone cuatro categorías del vínculo entre el niño y su cuidador: 1) seguro/autónomo, 2) inseguro/rechazante, 3) preocupado, y 4) irresuelto o desorganizado. Los pacientes con trastorno límite de la personalidad tienden a clasificarse como irresueltos o preocupados. Como respuesta al abandono y abuso, los niños que crecen hasta desarrollar trastorno borderline de la personalidad pueden, defensivamente, perturbar el proceso mental necesario para describir sus pensamientos y sentimientos y los de los otros. Esta desactivación de la mentalización impide que los niños desarrollen la función reflexiva con la cual podrían comprender estados internos (véase cap. 2). Con el rechazo a pensar acerca de los contenidos de las mentes de sus padres o de sus cuidadores, estos niños evitan pensar acerca de los intentos hostiles en individuos que supuestamente deberían cuidarlos. La carencia resultante de un sentido de entidad y de self cohesivo lleva a estos pacientes a renegar la propiedad de sus propios cuerpos y acciones

(Fonagy y Target, 1995). El núcleo del self del niño se desarrolla a partir de la internalización de la percepción del cuidador sobre el niño como ser intencionado. En la ausencia de ese cuidado, los niños no pueden "encontrarse a sí mismos" en las reacciones de los cuidadores hacia ellos. Esta interacción entre cuidadores y el niño puede también contribuir a estados disociativos en los pacientes borderline (véase cap.10).

Esta información acumulada sugiere que el trastorno borderline de la personalidad es de etiología multifactorial. Zanarini y Frankenburg (1997) postulan tres amplios factores abarcativos. Uno es el ambiente hogareño traumático y caótico, con separaciones tempranas prolongadas, abandono, discordia emocional en la familia, insensibilidad a los sentimientos y necesidades del niño, y trauma de varios grados. El segundo es un temperamento vulnerable de bases biológicas. El tercer factor se relaciona con eventos disparadores, como el intento de formar una relación íntima, mudarse del hogar, o experimentar una violación u otro evento traumático, cualquiera de las cuales puede actuar como un catalizador para producir la sintomatología de la condición borderline. Ciertos tipos de temperamento basados genéticamente pueden incrementar la probabilidad de la ocurrencia de eventos negativos de la vida, de manera tal que hay un efecto interactivo entre los genes y el ambiente en el desarrollo del trastorno borderline de la personalidad (Paris 1998). Una conclusión es que cada paciente borderline puede tener un camino etiológico único implicando diferentes grados de cada uno de los factores etiológicos.

Algunas de las visiones contradictorias expresadas en las teorías psicodinámicas pueden reflejar distintas experiencias del desarrollo y diferentes poblaciones de pacientes borderline. Por ejemplo, pacientes que han experimentado pérdida en la infancia o abandono pueden fracasar en desarrollar un introyecto sostenedor-tranquilizador, como descrito por Adler (1985). El trabajo de Zweig- Frank y Paris (1991) indicó que otros pacientes estaban sujetos al sobrecontrol en la infancia (tanto por la madre como por el padre) y en consecuencia pueden sufrir preocupaciones de abandono como aquellas descritas por Masterson y Rinsley (1975) y Kernberg (1975). La investigación controlada también ha documentado una alta correlación entre las cuestiones de separación-individuación y la psicopatología borderline (Dolan y col., 1992).

Relación con los trastornos afectivos

Cuando el término *borderline* apareció por primera vez en la literatura psiquiátrica, denotó claramente una entidad clínica que estaba "en el borde" de la psicosis o, más específicamente, de la esquizofrenia. A medida que pasó el

tiempo y datos de seguimiento a largo plazo han sido acumulados en el curso del trastorno borderline de la personalidad, el trastorno ha sido más cercanamente vinculado a los trastornos afectivos más que a la esquizofrenia (McGlashan, 1983; Stone, 1980; Stone y col., 1987). La interfase entre los trastornos afectivos y el trastorno borderline de la personalidad ha sido fuente de controversia continua en la psiquiatría clínica. En un estudio de seguimiento a largo plazo (Stone y col., 1987) hubo una superposición del 69% entre trastorno afectivo mayor y trastorno borderline de la personalidad. Otro estudio encontró un 80% de prevalencia a lo largo de la vida de depresión mayor en pacientes con distimia y trastorno borderline de la personalidad (Zanarini y col., 1989a). La mayor parte de la investigación, sin embargo, ha sugerido que la comorbilidad entre los trastornos afectivos mayores y el trastorno borderline de la personalidad no es específica a la luz de los hallazgos, de otros trastornos de la personalidad tienen igual o mayor frecuencia de co-ocurrencia con depresión mayor (Barasch y col., 1985; Fyer y col., 1988; Gunderson y Phillips, 1991; Pfohl y col., 1984; Shea y col., 1987).

Cambios similares han ocurrido en el pensamiento acerca de los datos de historia familiar. Mientras que estudios tempranos habían sugerido una mayor prevalencia de trastorno afectivo en los parientes de los pacientes borderline, los datos más recientes han indicado que estas vinculaciones no se sostienen si los individuos borderline que también tienen trastorno afectivo mayor en el Eje I son removidos de la consideración (Gunderson y Phillips 1991). Los índices de depresión mayor comórbida encontrados en el trastorno borderline de la personalidad se encuentran al menos en el rango del 40 al 60%, pero el trastorno borderline de la personalidad no parece ser una variante del trastorno afectivo. La visión consensual actual es que la depresión y el trastorno borderline de la personalidad tienen una asociación etiológica no específica y modesta pero que son dos trastornos distintos (Gunderson y Phillips, 1991; Gunderson y col., 1999). Existen también datos que indican que el temperamento de neurotismo, que está cercanamente relacionado al temperamento de evitación del daño de Cloninger, puede llevar consigo una vulnerabilidad para el desarrollo de la depresión. Entonces, el trastorno borderline de la personalidad y la depresión mayor tienen en común una vulnerabilidad temperamental subyacente. En los pacientes borderline, el modo de relación interpersonal dependiente parece conferir susceptibilidad a un tipo de depresión anaclítica que incluye sentimientos de desamparo, sentimiento de no ser amado, y un deseo de ser protegido (Gunderson y col., 1999).

Un problema frecuente que confronta al clínico es la diferenciación de la depresión carácterológica típica de la personalidad borderline del trastorno depresivo mayor. Un conocimiento de las características específicas de cada uno de los tipos de depresión puede asistir al clínico en poder realizar esta determinación (cuadro 15-6).

Los pacientes borderline pueden utilizar el término *depresión* para describir sentimientos crónicos de aburrimiento, vacío y soledad, pero desde el punto de vista diagnóstico ellos pueden carecer de los signos vegetativos de la depresión mayor del Eje I (Gunderson y Zanarini, 1987). Más aún los sentimientos conscientes de rabia se encuentran con frecuencia entremezclados con la depresión caracterológica del paciente borderline, en contraste con el paciente con un tipo de depresión más autónoma y endógena (Gunderson y Phillips, 1991). Rogers y col. (1995) corroboraron la noción de que la depresión asociada con el trastorno borderline de la personalidad es en algunos aspectos única y distinta de aquella encontrada en los pacientes no borderline. Ellos estudiaron 50 pacientes internados deprimidos, 21 de los cuales tenían trastorno borderline de la personalidad. Los aspectos más claramente vinculados al diagnóstico de este trastorno eran vacío, autocondenación, temores de abandono, desesperanza y autodestructividad. Los clínicos deben tener presente, sin embargo, que mientras que estas distinciones son útiles, ambas formas de depresión pueden coexistir en el mismo paciente.

Cuadro 15-6. Diagnóstico diferencial entre trastorno depresivo mayor y depresión caracterológica típica del trastorno borderline de la personalidad

Depresión caracterológica del paciente borderline	Características comunes	Trastorno depresivo mayor
1. Soledad, vacío	1. Humor depresivo: comienzo temprano, sostenido	1. Sentimientos de culpa remordimiento
2. Enojo, necesidad	2. Autodesvalorización, desesperanza	2. Retraimiento/ agitación, síntomas vegetativos graves
3. Gestos suicidas	3. Hambre de objeto (sin repetidos gestos)	3. Riesgo suicida
4. Relaciones dependientes, demandantes, hostiles	4. Dependencia en las relaciones	4. Relaciones estables
5. Preocupados por pérdida, separación	5. Autoestima frágil	5. Preocupaciones por el fracaso y la derrota
6. Autosuficiencia ilusoria (con historia de dependencia)		6. Cuidado bienvenido (con historia de dependencia)

Fuente. Basado en Gunderson y Phillips 1991.

La medicación se ha vuelto, de manera creciente, una parte estándar del plan terapéutico global para los pacientes con trastorno borderline de la personalidad. Utilizando el modelo psicobiológico de Cloninger, uno puede postular que la medicación puede tratar las variables temperamentales mientras que la psicoterapia puede abordar el carácter. Tres estudios doble-ciego, controlados con placebo (Coccaro y Kavoussi, 1997; Markovitz, 1995; Salzman y col., 1995) han demostrado algún grado de eficacia de los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) en pacientes con trastornos de la personalidad borderline y otros trastornos graves de la personalidad. Estos agentes parecieron ser específicamente efectivos en la reducción de la conducta agresiva impulsiva y el enojo, particularmente la agresión verbal. Los ISRS también parecieron ser útiles aun en los pacientes borderline sin trastornos afectivos comórbidos, lo que sugiere que pueden estar trabajando al nivel del temperamento. Sin embargo, en algunos pacientes la dosis de fluoxetina ha tenido que ser incrementada hasta los 80 mg/día para ser efectiva (Markovitz, 1995), mucho más alta de lo que uno esperaría en una depresión mayor pura del Eje I.

Hay que señalar, sin embargo, que estos agentes no son curativos y sólo sirven como un adyuvante de la psicoterapia. En muchos casos, reducen el "sonido" afectivo de fondo relacionado con la rabia o furia, permitiéndole al paciente volverse más reflexivo acerca del proceso psicoterapéutico. Algunos pacientes con trastorno borderline de la personalidad no responden a los ISRS, y Soloff (1998) ha desarrollado varios algoritmos tentativos que guían al clínico hacia otros agentes. Los algoritmos de Soloff están basados en grupos de síntomas blanco: síntomas de la desregulación afectiva, síntomas de conducta impulsiva, y síntomas cognitivo-perceptuales. Para los síntomas de la desregulación afectiva, cuando un ISRS no es efectivo, se puede intentar el cambio por nefazodona o venlafaxina u otro ISRS que actúe sobre múltiples sistemas de neurotransmisión. Si el enojo o la ira son un problema, se puede incorporar un antipsicótico en bajas dosis, y el clonazepam puede ser útil si la ansiedad es una dificultad mayor. Se debe evitar el alprazolam debido a que ha demostrado que produce desinhibición en los pacientes con trastorno borderline de la personalidad, lo que puede resultar en conductas violentas o autodestructivas (Cowdry y Gardner, 1988; Gardner y Cowdry, 1985). Los inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) o el litio pueden ser usados como último recurso para los síntomas de la desregulación afectiva; sin embargo, ambos agentes tienen efectos adversos problemáticos, y los clínicos deben calcular cuidadosamente los riesgos y beneficios de prescribirlos para una población que se caracteriza por falta de cumplimiento y abuso de la medicación. Estas estrategias de medicación están resumidas en el cuadro 15-7.

Cuando los principales síntomas blancos del paciente borderline son del dominio de la conducta impulsiva, un ISRS seguiría siendo todavía el pri-

mer agente de elección. En esta categoría, además de los antipsicóticos de bajas dosis, el carbonato de litio, o los IMAO, el clínico debe considerar la carbamazepina y divalproato, que han podido reducir estallidos impulsivos en ensayos doble-ciego, controlados contra placebo (Cowdry y Gardner, 1988; Hollander, 1999). Para la automutilación y/o el abuso de alcohol, la naltrexona merece una prueba (Gabbard, 2000).

Si los síntomas cognitivo-perceptuales, como la ideación paranoide o la despersonalización, son particularmente problemáticos, bajas dosis de antipsicóticos convencionales resultaron eficaces para los pensamientos cuasi psicóticos. Aunque una gran mayoría de los ensayos aleatorizados y controlados en la bibliografía han enfatizado el uso de los antipsicóticos convencionales, hay evidencia anecdótica creciente de que algunos antipsicóticos atípicos como la clozapina pueden ser útiles también (Frankenburg y Zanarini, 1993). Los ISRS sirven también para algunas de las alteraciones cognitivas.

Cuadro 15-7. Estrategias de medicación para los síntomas blanco de los pacientes con trastorno borderline de la personalidad

Síntomas de disregulación afectiva	Síntomas conductuales impulsivos	Síntomas cognitivo-perceptuales
ISRS [a]	ISRS	Antipsicóticos convencionales en bajas dosis
Antipsicóticos en bajas dosis	Antipsicóticos en bajas dosis	ISRS
Clonazepam [b]	Carbonato de litio	Antipsicóticos atípicos
IMAO [c]	IMAO	
Litio	Carbamazepina	
	Divalproato	
	Antipsicóticos atípicos	
	Naltrexona (si la automutilación y/o el abuso de alcohol estan presentes)	

[a] ISRS = Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina.

[b] No usar alprazolam ya que provoca desinhibición.

[c] IMAO = Inhibidor de la monoaminooxidasa; debe ser usado con precaución por las restricciones de la dieta.

Fuente. Basado en Gabbard 2000 y Soloff 1998.

Abordajes terapéuticos

Psicoterapia individual

Investigación empírica

En los últimos años, a muchos terapeutas norteamericanos les ha resultado difícil brindar psicoterapia psicodinámica prolongada a los pacientes borderline debido a que las compañías de medicina gerenciada con frecuencia niegan el reintegro. Algunas de ellas niegan terminantemente el reembolso para los trastornos en el Eje II. Otras considerarán que no hay evidencia de que la psicoterapia es útil para los pacientes con trastorno borderline de la personalidad. Muchas de esas compañías ven la psicoterapia a largo plazo de estos pacientes como prohibitivamente caras. Existe en la actualidad cada vez más bibliografía sugiriendo que la terapia de un año o más no es sólo exitosa en proveer mejoría sustancial a los pacientes borderline sino que también es costo-efectiva (Gabbard, 1997; Gabbard y col., 1997).

En la tesina de investigación de Hoke (1989), se hizo el seguimiento de 58 pacientes borderline durante siete años. Los sujetos con trastorno límite de la personalidad en este estudio podían ser divididos en dos grupos diferentes sobre la base del curso natural de la enfermedad. El primer grupo (aproximadamente la mitad) recibió tratamiento psicoterapéutico intermitente e inestable, mientras que el segundo grupo recibió psicoterapia estable por lo menos por dos años. Aquellos que permanecieron en procesos psicoterapéuticos estables mostraron mayor mejoría en el funcionamiento del humor, una disminución en la necesidad de intervenciones siquiátricas más intensivas (p. ej., visitas a la sala de emergencia, hospitalización de día, internación) disminución en la impulsividad, y mejoría en los puntajes de la Escala de Evaluación Global.

En Sydney, Australia, Stevenson y Meares (1992) informaron sobre un estudio en el cual 30 pacientes borderline recibieron psicoterapia ambulatoria dos veces a la semana por 12 meses de duración con estrecha supervisión por terapeutas didactas. Una forma específica de psicoterapia psicodinámica, basada en las ideas de Kohut y Winnicott y focalizadas en el desarrollo del self del paciente produjo mejorías sustanciales. En este estudio prospectivo "pre-post", los 12 meses previos al comienzo del primer año de terapia de dos veces por la semana fueron comparados con los 12 meses siguiendo el fin de la terapia. Dentro de las mejorías notadas se encontró una disminución marcada y estadísticamente significativa en el tiempo transcurrido fuera del trabajo en los 12 meses siguiendo la terapia (1,37 meses por año) comparada con los 12 meses previos a la terapia (4,47 me-

ses por año). Este grupo de pacientes borderline también demostró mejoría significativa similar en otras medidas de resultado: 1) el número de visitas a profesionales de la salud bajó a un séptimo de las cifras de pretratamiento, 2) el número de episodios de autoagresión declinó a un cuarto de las tasas de pretratamiento, 3) el número de las internaciones hospitalarias disminuyó en un 59% y 4) el tiempo de permanencia en internación descendió a la mitad.

Estos resultados impresionantes fueron ampliamente sostenidos en el seguimiento a cinco años (Stevenson y Meares, 1995). La única medida de resultado que sugirió una pérdida de las ganancias adquiridas en la psicoterapia fue el tiempo que el paciente permanecía fuera del trabajo, que de nuevo comenzó a incrementar. Los investigadores notaron que la recesión en Australia coincidiendo con el período de este estudio pudo haber influido sobre este hallazgo.

Los mismos investigadores (Meares y col., 1999) informaron luego una comparación de sus 30 pacientes con trastorno borderline de la personalidad con un grupo control en lista de espera compuesto por los primeros 30 pacientes de la lista de espera, quienes habían estado esperando por 12 meses o más. Estos pacientes tuvieron sus tratamientos habituales durante el período de espera, que incluyó terapia de apoyo, intervención de crisis y terapia cognitiva. Los investigadores entonces compararon los resultados de los pacientes tratados con aquellos pacientes control de la lista de espera.

En los 30 pacientes tratados, el 30% dejó de reunir criterios para el diagnóstico de trastorno borderline de la personalidad luego de 12 meses de psicoterapia. Los 30 pacientes que habían estado en la lista de espera por un año o más, no mostraron cambios en el diagnóstico. No se pueden extraer conclusiones definitivas de este estudio debido a que no se ha empleado la aleatorización, pero los resultados son sugestivos de ganancias sustanciales por la terapia dinámica que fuera ofrecida.

Otros resultados promisorios fueron también comunicados por Bateman y Fonagy, en el Halliwick Day Unit Study (1999). Estos investigadores compararon 38 pacientes borderline en un programa de hospitalización parcial de orientación psicoanalítica con aquellos en un grupo control. La condición de hospitalización parcial consistía en psicoterapia psicoanalítica individual de una vez por semana, psicoterapia psicoanalítica de grupo tres veces por semana, terapia expresiva con técnicas psicodramáticas de una vez por semana, asamblea comunitaria semanal, encuentros regulares con el coordinador del caso, y revisión de la medicación por un psiquiatra residente. El tratamiento control consistía en una revisión psiquiátrica regular en un promedio de dos veces al mes con un psiquiatra senior, internación del paciente cuando fuera adecuado, seguimiento ambulatorio comunitario, sin psicoterapia, y la medicación similar a aquella recibida por el grupo tratamiento.

Bateman y Fonagy encontraron una clara reducción en la proporción de los pacientes en el grupo de tratamiento que habían intentado suicidarse en los seis meses previos. Esa proporción cayó del 95% en la internación al 5,3% a los 18 meses del seguimiento. El promedio de duración de la hospitalización aumentó notablemente en el grupo control durante los seis meses últimos del estudio, mientras que permaneció estable en el grupo de tratamiento, alrededor de cuatro días en seis meses. El estado de ansiedad autorreportada decreció sustancialmente en el grupo de tratamiento pero permaneció sin cambios en el grupo control. Las puntuaciones para depresión (como las medidas en el Beck Depression Inventory) también decrecieron significativamente en el grupo de tratamiento y hubo una disminución estadísticamente significativa en la gravedad de los síntomas como medidos por el Symptom Checklist-90-Revised (SCL-90-R) a los 18 meses.

Los investigadores concluyeron que mientras que la mejoría en los síntomas psiquiátricos y la reducción de las tentativas suicidas fueron vistas luego de seis meses de tratamiento, la reducción en la frecuencia de la hospitalización y la población de la internación puede volverse aparente sólo durante el final de los seis meses del estudio, indicando una necesidad para mayor tiempo de tratamiento. También notaron que la hospitalización parcial con psicoterapia psicoanalítica parece ser una alternativa más promisoria y económica que la internación y el tratamiento psiquiátrico general.

Tomados juntos, estos estudios ilustran que aunque no hay una "reparación rápida" para los pacientes con trastorno borderline de la personalidad, aquellos pacientes que permanecen en la terapia dinámica por un período sustancial pueden experimentar mejoría significativa. Más aún, estos estudios también demuestran que el apoyo financiero para la psicoterapia semanal en forma prolongada puede ser costo-efectivo a largo plazo. Los pacientes borderline, por su propia naturaleza, son buscadores de tratamiento y si se les niega el acceso a la psicoterapia, incurrirán en un incremento de los costos por aparecer en las salas de emergencia con sobredosis que requieren hospitalización psiquiátrica o cuidado intensivo, por visitar a otros médicos, y puede incluir en los llamados costos indirectos debidos a la prolongada incapacidad laboral (Gabbard, 1997). Según el estudio australiano (Stevenson y Meares, 1999), los pacientes borderline gastaban muchos menos dólares en psicoterapia para cuidar su salud. Sobre la base de la disminución del tratamiento hospitalario por sí solo, la psicoterapia era una buena inversión. Durante los 12 meses previos al tratamiento, el tratamiento hospitalario sólo costó $684.346 (dólares australianos), con un rango de $0-$143.756 por paciente. El costo de las internaciones hospitalarias para el año luego del tratamiento fue de $41.424 con un promedio de $0-$12.333 por paciente. La disminución promedio en costo por paciente fue de $21.431 sobre los 12 meses. El costo promedio de la terapia por paciente fue de $13.000 representando un ahorro por paciente de $8.431. Aun-

que los ahorros en costos no fueron calculados para el Halliwick Day Unit Study, uno puede especular que también se realizaron ahorros comparables en ese contexto.

Aunque el estudio de Linehan y col. (1991) demostrando la eficacia de la terapia conductual dialéctica para los pacientes borderline no era un estudio de psicoterapia dinámica, es de interés que de ese abordaje podrían extraerse conclusiones similares. Luego de recibir sesiones individuales de una vez por semana y terapia grupal de una vez por semana durante un año, los pacientes en este estudio redujeron sus días en el hospital a un promedio de 8,46 por año, mientras que aquellos en el grupo control que recibían "tratamiento habitual" tenían un promedio de estadía en el hospital de 38,86 días por año. Aun cuando se incluyó el costo de la sesiones individuales y grupales, los investigadores calcularon que la terapia conductual dialéctica ahorraba $10.000 por paciente por año (Heard, 1994)

Este breve estudio de la investigación empírica en la psicoterapia dinámica a largo plazo de pacientes borderline sugiere que el tratamiento es valioso, tanto desde el punto de vista de las mejorías sustanciales mostradas desde la terapia como desde el punto de vista del costo-efectividad. Tal vez la peor situación para los pacientes borderline, que dependen de los acuerdos de la medicina gerenciada, es no saber si en la próxima semana seguirá teniendo tratamiento psicoterapeútico. Para los pacientes que están extremadamente preocupados acerca del abandono, lo sutil de este acuerdo les infunde una ansiedad de separación abrumadora basada en el temor de que perderán a sus terapeutas en cualquier momento.

Abordaje expresivo-de apoyo

Aunque la terapia psicodinámica individual para pacientes con trastorno borderline de la personalidad puede ser extremadamente útil, casi todos los clínicos estarán de acuerdo en que es desafiante en extremo y emocionalmente abrumadora para el terapeuta. Los clínicos que desean comprometerse en psicoterapia intensiva con los pacientes borderline deben adquirir experiencia o ser supervisados por colegas expertos. Aun aquellos con experiencia considerable deben consultar en forma regular con un terapeuta respetado y con conocimiento para asegurarse que los puntos ciegos contratransferenciales no hagan surgir dificultades inesperadas.

Aunque los clínicos con frecuencia no están de acuerdo acerca de si la psicoterapia debe ser orientada predominantemente hacia el extremo expresivo o de apoyo en el continuo expresivo-de apoyo, ellos concuerdan en que estos pacientes son proclives a abandonar la psicoterapia, a actuar autodestructivamente, a realizar demandas inadecuadas para recibir un tratamiento especial de sus terapeutas, a provocarlos a que transgredan los límites profesionales, a acosarlos con insistentes llamados telefónicos a toda hora

del día y de la noche. Un problema principal en la psicoterapia de estos individuos es la naturaleza tenue de la alianza terapéutica (Adler, 1979; Gabbard y col.,1988; Gorney, 1979; Horwitz y col,. 1996; Kernberg, 1976; Masterson, 1976; Modell, 1976; Zetzel, 1971). Estos pacientes tienen gran dificultad para ver a su terapeuta como una figura colaboradora que está trabajando en forma conjunta con ellos a favor de los mismos objetivos.

En el McLean Borderline Psychotherapy Engagement Project (A.F. Frank, 1992), 60% de los primeros 60 pacientes estudiados suspendieron su terapia dentro de los seis meses. Las evaluaciones de las razones de los rangos de estos abandonos sustanciales sugirió que casi un 77% tenía dificultades en desarrollar una alianza con sus terapeutas. Luego de seis meses de tratamiento, las alianzas terapéuticas sólidas eran todavía bastante infrecuentes, aun entre aquellos pacientes que continuaban en terapia.

Mucho de la controversia en la bibliografía con respecto al valor relativo de las intervenciones expresivas versus las de apoyo, gira alrededor de qué abordaje puede promover el desarrollo y mantenimiento de la alianza terapéutica. Si no hay una alianza terapéutica rudimentaria, el terapeuta no puede tener un paciente. El paciente borderline puede rápidamente desarrollar una intensa transferencia negativa, que moviliza defensas primitivas del carácter que interfieren con el establecimiento de una alianza (Kernberg, 1976). Algunos clínicos (Boyer, 1977; Kernberg, 1975) creen que estas distorsiones de la transferencia deben ser abordadas en forma prematura a través de las interpretaciones de la transferencia. Estas interpretaciones preparan el camino para que el paciente mire al terapeuta de otra manera y permita el desarrollo de la alianza terapéutica con menores obstáculos psicológicos. La interpretación de las operaciones defensivas primitivas en el aquí y ahora de la relación transferencial sirve para ayudar a los pacientes a integrar sus visiones "buenas" y "malas" del terapeuta en una percepción de "objeto total" más realista.

Masterson (1976) y Modell (1976) propusieron un abordaje técnico bastante diferente. Sugirieron que la interpretación debe ser demorada hasta que el paciente haya desarrollado la suficiente confianza en las intenciones del terapeuta y confíe en él. Modell enfatizó que un ambiente "sostenedor" debe ser establecido como prerrequisito para las intervenciones interpretativas. Este punto de vista se mantiene acorde con la conceptualización de Adler de que el objetivo primario de la psicoterapia es el establecimiento de un introyecto sostenedor-tranquilizador para sostener al paciente en tiempos de separación y soledad. Para Adler (1979), la alianza terapéutica era algo así como un "mito" en la psicoterapia de los pacientes borderline. Estos pacientes son incapaces de experimentar la psicoterapia como un trabajo en colaboración, al menos en las fases iniciales. Dado que los pacientes borderline son inicialmente incapaces de apreciar las cualidades reales de sus terapeutas, se mantienen en la psicoterapia por la experien-

cia tranquilizadora, de apoyo, una transferencia estable de objeto del self. A medida que van internalizando la relación, como creía Adler, se vuelven capaces de aliarse con el terapeuta al servicio de la búsqueda de objetivos terapéuticos comunes. Adler vio como un logro terapéutico principal la percepción del paciente del terapeuta como una persona real y separada cuyo objetivo es ayudar al paciente. Zetzel (1971) fue probablemente la defensora más fuerte del abordaje de apoyo. Ella creyó que la psicoterapia interpretativa es demasiado disruptiva de la alianza terapéutica y que la psicoterapia de apoyo de baja frecuencia (una vez a la semana o menos) es la única forma efectiva de mantener una alianza con los pacientes borderline.

Esta controversia sobre los méritos relativos de las intervenciones expresivas y de apoyo se refleja en los hallazgos contradictorios del Proyecto de Investigación de Psicoterapia de la Fundación Menninger. El estudio cuantitativo del proyecto (Kernberg y col., 1972) reveló que los pacientes borderline tratados por terapeutas expertos que se centraban intencionalmente en la transferencia mostraron resultados significativamente mejores que aquellos tratados por terapeutas expertos que prestaban menor atención en la transferencia. En contraste, el estudio de predicción del proyecto (Horwitz 1974), utilizando evaluaciones cuantitativas y cualitativas del proceso terapéutico, sugirieron que una serie de pacientes, algunos de los cuales eran borderline y eran tratados predominantemente por métodos de apoyo, mostraron más logros en el tratamiento de apoyo que las que habían sido anticipadas. Finalmente, como se señaló en el capítulo 4, el examen de los datos por Wallerstein (1986) de este proyecto sugirieron que todos los tratamientos estuvieron caracterizados por una mezcla de intervenciones expresivas y de apoyo. Estos hallazgos aparentemente contradictorios con respecto al foco en la transferencia permanecen no resueltos, en parte porque el diseño original del estudio tuvo varios defectos relevantes en esta cuestión: 1) no se usó la categoría diagnóstica específica de trastornos borderline de la personalidad; 2) no se emprendió un estudio detallado del proceso de tratamiento, de manera tal que los desarrollos esenciales del tratamiento sólo pudieron ser aproximados groseramente al fin del tratamiento; y 3) la alianza terapéutica no fue una de las variables del proyecto. Retrospectivamente, sin embargo, el estudio de predicción encontró la alianza terapéutica útil en la conceptualización de los resultados (Horwitz, 1974).

Gran parte de la controversia actual sobre la psicoterapia de los pacientes borderline puede ser entendida como otro ejemplo desafortunado "uno u otro" de abordaje de la aplicación de la teoría a la práctica clínica, discutido en cierta extensión en el capítulo 1. Ambos abordajes son útiles para *algunos* pacientes en *algunos* momentos del tratamiento (Gabbard y col., 1994; Horwitz y col., 1996). Estamos tratando con un espectro de pacientes muy heterogéneos que requieren abordajes psicoterapéuticos adaptados para cada individuo (Meissner, 1988). En gran medida, las mismas indica-

ciones para el énfasis expresivo o de apoyo (véase cuadro 4-1 en el capítulo 4) que guían el trabajo del clínico con otras entidades diagnósticas se aplica a la psicoterapia con pacientes borderline. El estudio de seguimiento de pacientes borderline de Stone (1987) quienes se encontraban lo bastante perturbados para requerir hospitalización extendida, reveló que sólo cerca de un tercio de aquellos pacientes que originalmente parecieron favorables a la psicoterapia expresiva eran realmente adecuados para ese abordaje. Sin embargo, un gran conjunto de estudios de esta naturaleza, mientras es útil, no aborda los matices del proceso terapéutico en un nivel más microscópico.

Dadas estas preocupaciones, el Proyecto de Intervenciones Terapéuticas de la Menninger Clinic estudió el proceso detallado de las sesiones representativas de tres casos de terapia dinámica de pacientes borderline a largo plazo en The Menninger Clinic (Gabbard y col., 1988, 1994; Horwitz y col., 1996). Todas las sesiones de los tres procesos psicoterapéuticos fueron grabadas en audio, y dos equipos de investigadores trabajaron sobre transcripciones escritas de horas de psicoterapia seleccionadas al azar. Un equipo de tres investigadores clínicos puntuaron las intervenciones sobre la base del grado de expresividad o de apoyo. Como se describió en el capítulo 4, del extremo expresivo del continuo al extremo de apoyo, las intervenciones fueron puntuadas de la siguiente manera: interpretación, confrontación, clarificación, estimulación para la elaboración, validación empática, consejo y elogio, y afirmación. Cada una de estas siete intervenciones fueron también clasificadas apuntando a las cuestiones de la transferencia o extratransferenciales. Un equipo separado de tres jueces clínicos evaluaron la colaboración del paciente con el terapeuta como una medida de la alianza terapéutica. Los jueces estaban primariamente interesados en detectar los vaivenes en la colaboración del paciente, medida por el aporte del contenido significativo por parte del paciente o su utilización productiva de las contribuciones del terapeuta. Estábamos particularmente interesados en determinar si estos vaivenes podrían estar relacionados con las intervenciones del terapeuta.

Una de las conclusiones que alcanzamos fue que las interpretaciones de la transferencia son una intervención de "alto riesgo, alto beneficio" en la psicoterapia dinámica del paciente borderline. Éstos tienden a tener un mayor impacto tanto positivo como negativo más que las otras intervenciones realizadas por esos pacientes. Mientras que en algunos casos resultaron en una mejoría sustancial en la capacidad del paciente para colaborar con el terapeuta, en otras condujeron a un marcado deterioro en esa colaboración.

En nuestros efuerzos para determinar qué interpretaciones transferenciales incrementaron la colaboración y cuáles resultaron en el deterioro del alianza terapéutica, encontramos varios factores clave en funcionamiento. Primero, pavimentar el camino para la interpretación de la transferencia con apreciación afirmativa de la experiencia interna del paciente puede ser

de importancia crucial. Los cirujanos necesitan anestesia antes de poder operar. Los psicoterapeutas necesitan crear un ambiente de sostén a través de la validación empática de la experiencia del paciente antes de ofrecer una interpretación de las dinámicas inconscientes. Los abordajes expresivo y de apoyo son con frecuencia polarizados en forma artificial, cuando en la actualidad ambos trabajan sinérgicamente en la mayoría de las situaciones psicoterapéuticas.

En un estudio de pacientes borderline que suspendieron la psicoterapia en forma prematura, Gunderson y col. (1989) encontraron que más de la mitad de los abandonos ocurría tras el enojo por la confrontación temprana por el terapeuta. Estos hallazgos condujeron a Gunderson y col. a defender técnicas más de apoyo para la construcción de la alianza en forma temprana en la terapia. También enfatizaron la importancia de reconocer la realidad del trauma temprano en la forma de abuso infantil en muchos pacientes borderline (Gunderson y Chu, 1993; Gunderson y Sabo, 1993). Observaron que los terapeutas pueden ser capaces de forzar una alianza terapéutica más fuerte a través de la validación y el reconocimiento de los efectos del trauma temprano en la capacidad del paciente para establecer relaciones de confianza como adulto.

La tendencia a forzar interpretaciones de la transferencia en pacientes que no están preparados y están orientados hacia la externalización y la acción más que a la reflexión pueden resultar del sesgo inherente de muchos analistas y terapeutas dinámicos hacia las estrategias expresivas más que a las de apoyo. Gunderson (1992) reflexionó con sinceridad en su propia tendencia a empujar a los pacientes a comprometerse en el trabajo de la transferencia mientras consideraba de manera insuficiente que el funcionamiento de los pacientes fuera de la terapia había mejorado notablemente. Reconoció que a veces cometía el error de preocuparse acerca del fracaso del paciente a colaborar en el autoexamen más que apoyar activamente la mejoría sustancial del paciente en su funcionamiento.

Aunque el abordaje terapéutico varía según de las necesidades del paciente, varios principios de la técnica se aplican más bien ampliamente a la mayoría de los pacientes con diagnóstico borderline.

Mantener la flexibilidad. Una postura terapéutica flexible es necesaria para el tratamiento óptimo de los pacientes con trastornos borderline de la personalidad. Como regla general, los pacientes borderline de nivel superior, con mayores fortalezas yoicas y mayor conciencia psicológica serán más capaces de utilizar la psicoterapia de orientación expresiva más que aquellos que se encuentran en el borde psicótico, quienes necesitaran un tratamiento de apoyo. La mayoría requerirá una postura flexible por parte del terapeuta, con giros entre intervenciones interpretativas y no interpretativas encaminadas hacia el estado de la relación del paciente con el terapeuta en

un determinado momento. En este sentido, los marcos conceptuales de *ambos,* Kernberg *y* Adler, pueden ser útiles. Adler y Rhine (1988) utilizaron casos clínicos para demostrar cómo la contención de proyecciones del paciente puede constituir una función de objeto del self del terapeuta, integrando de este modo el concepto de identificación proyectiva de relaciones de objeto de Kernberg con el concepto de los objetos del self de la psicología del self. Finalmente, ninguna teoría única es suficiente para aislar al terapeuta de los afectos emocionales tumultuosos experimentados por ambos miembros de la díada. La mayoría de los terapeutas se encuentran utilizando un abordaje de ensayo-error hasta que puedan determinar claramente qué intervenciones son más efectivas en un paciente dado.

Dadas las preocupaciones bien fundadas acerca del potencial de transgredir los límites con los pacientes borderline (Gabbard y Wilkinson, 1994; Gutheil, 1989), el terapeuta principiante puede tomar una posición inflexible que es experimentada por el paciente como remota y fría. El paciente puede entonces abandonar la terapia debido a la aparente falta de respuesta por parte del terapeuta. El terapeuta necesita luchar por alcanzar una espontaneidad disciplinada en la cual los límites profesionales y el foco se han mantenidos, pero en el contexto de una interacción humana reconocida implicando a dos personas que pugnan por conocerse una a la otra. Es útil pensar en la dimensión del carácter del paciente borderline como implicando un intento permanente de actualizar ciertos patrones de relaciones de objeto interno en una relación actual (Gabbard, 1998; Sandler, 1981). A través de su conducta, el paciente sutilmente intenta imponer un cierto modo de responder y experimentar a otros. Los terapeutas necesitan permitirse a sí mismos la suficiente flexibilidad para responder de manera espontánea a la forma de relación de objeto que se les está imponiendo. En otras palabras, el terapeuta se une en una "danza" basada en una música específica dentro del paciente que provee una gran cantidad de información acerca de las dificultades características del paciente en la relaciones humanas fuera de la situación transferencia-contratransferencia. Esta respuesta debe ser atenuada y parcial, por supuesto, y el terapeuta debe intentar mantener una postura reflexiva con respecto a esta "danza".

Establecer condiciones que hacen viable la psicoterapia. Dada la naturaleza caótica de la vida del paciente borderline, la estabilidad debe ser impuesta de fuentes externas temprano en el proceso. En las consultas previas a la terapia, y a través del curso de la terapia, el psicoterapeuta debe establecer y restablecer qué es lo que implica la terapia y cómo se diferencia de otras relaciones. Dentro de los temas que deben ser cubiertos están las expectativas acerca del pago de los honorarios, horarios estables de las citas, la necesidad de terminar las sesiones en tiempo aun cuando el paciente quiera quedarse más, y aclarar bien las consecuencias de la ausencia

a las sesiones. Además, con un paciente borderline suicida, el terapeuta puede desear poner en claro que en una situación de riesgo suicida agudo, es imposible para el terapeuta prevenir que el paciente actúe sus impulsos, y la hospitalización puede ser necesaria. Cuando un paciente abusa de sustancias, el terapeuta puede necesitar insistir que debe asistir a Narcóticos Anónimos o a Alcohólicos Anónimos como una condición del tratamiento. Cuando la medicación es obviamente indicada, el terapeuta puede necesitar poner en claro que el deseo del paciente de intentar el tratamiento farmacológico es un componente esencial del plan terapéutico global. Además de establecer las condiciones que harán la psicoterapia viable, el terapeuta también está comunicando sus límites al paciente. Esta comunicación no concuerda a veces con las expectativas del paciente de que el terapeuta será un salvador omnipotente. Por lo tanto, este diálogo conduce directamente al planteo de lo que es y no es la terapia.

En la fase de las consultas previas a la terapia, Kernberg defendió el establecimiento de un "contrato" con el paciente (Kernberg y col., 1989). Como parte del establecimiento de este contrato, el terapeuta pone en claro que no está dentro del rol del psicoterapeuta involucrarse en las acciones de la vida del paciente fuera de las sesiones. Entonces, el terapeuta no espera recibir llamados telefónicos entre sesiones y pone en claro que su disponibilidad es bastante limitada. Sin embargo, este abordaje puede interferir con el desarrollo de un apego estable hacia el terapeuta, especialmente si las condiciones del "contrato" parecen imposibles para el paciente. Como lo señaló Gunderson (1996), el paciente puede tener reacciones recurrentes de pánico debido al pobre desarrollo de la memoria evocativa y puede necesitar llamar al terapeuta en forma periódica a fin de desarrollar una representación estable que pueda ser internalizada. Gunderson sugirió que el terapeuta debe discutir la disponibilidad entre sesiones sólo *después* de que el paciente inicie un cuestionamiento acerca de eso. Él sugirió, y yo concuerdo, que los pacientes deben saber que el terapeuta desea ser contactado en una emergencia. Esta postura evita un comienzo con una postura adversaria al proceso y con frecuencia hace que el paciente se sienta comprendido y "sostenido" en el sentido winnicottiano. Si los llamados telefónicos ocurren entre sesiones, Gunderson recomendó que los llamados sean el foco de la exploración en el trabajo terapéutico. A medida que el terapeuta comienza reconocer el temor del paciente a la soledad y su sentido evolutivo, puede ser facilitado el desarrollo de introyectos sostenedores-tranquilizadores del paciente, como describió Adler. Si los llamados telefónicos se vuelven excesivos, se pueden imponer límites claros mientras explora también el sentido y el significado de los contactos entre sesiones.

Permitir la transformación en objeto malo. Uno de los desafíos más difíciles en la psicoterapia de los pacientes borderline es tolerar y contener

el enojo, la agresión y el odio intenso del paciente. Los terapeutas con frecuencia se sienten injustamente acusados, y una voz interna desea preguntarle al paciente, "¿Cómo demonios puede acusarme de ser despreciable cuando yo me estoy esforzando para ayudarlo?" Es útil recordar que estos pacientes han internalizado un introyecto odiado y posiblemente abusivo que están intentando desesperadamente externalizar a través de la identificación proyectiva en las dimensiones transferencia-contratransferencia de la díada. Los pacientes borderline están en busca de un "objeto suficientemente malo" (Rosen, 1993). En un modo paradójico, los pacientes encuentran predecible, familiar, y aun tranquilizador recrear una relación de objeto interno sadomasoquista de la niñez con el terapeuta. Cuando el terapeuta resiste esta transformación, los pacientes pueden tener la necesidad de escalar en su provocación y esforzarse más para transformar al terapeuta (Fonagy, 1998).

Los terapeutas que se defienden contra la agresión que crece dentro de ellos pueden luchar en ser más y más santos en sus respuestas a los ataques verbales de los pacientes. También pueden realizar interpretaciones transferenciales que intenten forzar al paciente a retirar su hostilidad más que a proyectarla en el terapeuta. De modo alternativo, el terapeuta puede sutilmente retraerse de su investidura emocional en el paciente, en forma consciente o inconsciente, esperando que éste abandonará la terapia y encontrará otro a quien atormentar. Otra alternativa más desconcertante es que el terapeuta puede comenzar a hacer comentarios hostiles o sarcásticos o incluso explotarle de ira al paciente. Permitir la transformación en objeto malo no significa que el terapeuta pierde el sentido de ética profesional. Más bien, requiere que el terapeuta funcione como un contenedor que acepta las proyecciones e intenta comprenderlas y sostenerlas hasta que el paciente se encuentre nuevamente capaz de poseer estos aspectos proyectados por él o ella, como fuera descrito en el capítulo 14 al tratar con los pacientes paranoides. Como hemos señalado en otro lugar (Gabbard y Wilkinson, 1994), "el estado mental óptimo de los terapeutas es cuando ellos pueden permitirse ser «succionados» por el mundo del paciente mientras retienen la capacidad de observar que eso está sucediendo enfrente de sus ojos. En ese estado, los terapeutas están pensando verdaderamente sus propios pensamientos, aun cuando están en cierta medida bajo la influencia del paciente" (pág. 82).

Muchos ejemplos del mal manejo de las amenazas suicidas se relacionan con un deseo contratransferencial de evitar ser el objeto malo. Los pacientes borderline suelen sugerir al terapeuta que pueden llegar al suicidio debido a las insuficiencias de éste (Maetsberger, 1999). Estas acusaciones alimentan las dudas de los terapeutas y activan su propia ansiedad de abandono, de manera tal que en esta situación pueden intentar demostrar su dedicación a través de medidas heroicas para tratar de salvar al pacien-

te. El resultado puede ser que el paciente ejerza un control omnipotente sobre el terapeuta, lo que Maltsberger (1999) ha denominado *unión coercitiva.* En este escenario, el terapeuta asume total responsabilidad para que el paciente sobreviva en vez de permitirle que acepte la mayor parte la responsabilidad por su vida o su muerte, lo cual es imperativo si el paciente finalmente mejora.

Promover la función reflexiva. Es esencial por sobre todo en la psicoterapia de los pacientes con trastorno borderline de la personalidad ayudarlos a recobrar la función reflexiva de manera tal que puedan comenzar a pensar acerca del mundo interno de ellos mismos y de otros. Interpretar el sentido de las actuaciones puede ser prematuro para los pacientes que son incapaces para mentalizar. Puede ser mucho más útil ayudar a esos pacientes a elaborar el estado emocional que puede haber desencadenado esa actuación (Fonagy, 1998). Por ejemplo, una paciente vino a la terapia diciendo que se había atracado con 10 barras de caramelo la noche anterior. El terapeuta le pidió que elaborara por qué había tenido ese atracón. Aunque al principio dijo que no sabía, a medida que el terapeuta continuó presionando con cuidado en busca de posibles factores precipitantes y estados emocionales, la paciente finalmente recordó que un hombre a quien ella había conocido la había invitado a salir. Ella luego dijo que si hubiera salido a cenar con él, él la habría considerado, sin lugar a dudas, como una "gorda cerda" y no la habría invitado a salir nunca más. Entonces colgó el teléfono y luego fue a la tienda a comprar las barras de caramelo. A través de esta estimulación para comprender el estado emocional que precipitó la actuación, el terapeuta también ayudó a establecer una conexión entre los sentimientos y las acciones. En otras palabras, el atracón no fue casual. Más bien, emergió de sentimientos de ansiedad y autoaborrecimiento relacionado con la invitación a cenar del hombre que ella había conocido.

Otra forma de promover la mentalización es observar los cambios en los sentimientos del paciente momento-a-momento de manera que el paciente pueda llegar a internalizar las observaciones del terapeuta de sus estados internos. Además, es útil estimular la fantasía del paciente acerca del estado interno del terapeuta (esto es, en el sentido más amplio, la contratransferencia del terapeuta). De este modo, Gunderson (1996) sugirió que al ser llamado en la mitad de la noche, el terapeuta puede explorar la fantasía del paciente en la próxima sesión preguntando: "¿Cómo pensó usted que yo me sentiría acerca de su llamado?".

Otra técnica para estimular mayor reflexión es ayudar al paciente a pensar acerca de las consecuencias de las conductas autodestructivas (Waldinger, 1987). Muchas de las conductas autodestructivas de los pacientes borderline son actuadas en la urgencia del momento sin ninguna consideración de las eventuales consecuencias de estos actos. A través del cuestionamien-

to repetido acerca de las potenciales consecuencias adversas de esas conductas, el terapeuta puede ayudar a que se vuelvan menos gratificantes para el paciente. Por ejemplo, un paciente homosexual (se discute en el capítulo 18) dijo a su terapeuta que sentía una fuerte necesidad de encuentros homosexuales porque una inyección de semen en su recto por un hombre viril, masculino, lo hacía sentir que se volvería más masculino. Su terapeuta le señaló que a pesar de esta fantasía, la verdadera consecuencia era que él corría el riesgo de contraer SIDA.

Establecer límites cuando sea necesario. Muchos pacientes borderline experimentan las barreras profesionales habituales como crueles y de privación punitiva por el terapeuta. Ellos pueden demandar demostraciones más concretas de cuidado, como abrazos, sesiones extendidas, disminución en los horarios, y una disponibilidad de 24 horas (Gabbard y Wilkinson, 1994). Algunos terapeutas que experimentan sentimiento de culpa acerca de establecer límites pueden comenzar a cruzar los límites profesionales con los pacientes borderline en nombre de la flexibilidad o de la prevención del suicidio (Gutheil, 1989). Un terapeuta varón, por ejemplo, comenzó viendo a una paciente en psicoterapia dos veces semanales, pero en el curso del año llegó a verla siete veces a la semana. Los domingos, realizaba un viaje especial a su consultorio sólo para ver a esta paciente. Cuando un consultor cuestionó esta conducta, el terapeuta la defendió como necesaria para prevenir que la paciente se suicidara. También reconoció que le permitió a la paciente sentarse en su regazo durante sus sesiones, justificando esta conducta como una forma de proveerle el maternaje que no había recibido de niña. Muchos casos de relaciones sexuales entre terapeuta y el paciente implica a pacientes borderline (Gabbard, 1989c). Una paciente insistió que nada menos que un orgasmo inducido por su terapeuta hombre provocaría su mejoría. Ella amenazaba con matarse si el terapeuta no accedía. A pesar de que dos terapeutas diferentes aceptaron sus demandas, finalmente se suicidó; la equivocada expresión de "dedicación" falló tanto en abordar sus problemas básicos como en aliviar su dolor emocional (Eyman y Gabbard, 1991). Las dinámicas de la transferencia erótica y erotizada son discutidas con mayor profundidad en el capítulo 18, pero el final trágico de esta paciente subraya la futilidad de intentar gratificar las demandas de la paciente. Cuanto más gratificación reciben, más insaciables se vuelven.

Por el otro lado, el terapeuta no puede mantener distancia emocional y falta de respuesta completa a las súplicas emocionales del paciente. Una guía útil es la distinción realizada por Casement (1985) entre "demandas libidinales" y "necesidades de crecimiento". Las primeras no puede ser gratificadas sin poner en peligro gravemente el tratamiento y cometiendo serios compromisos éticos. Las segundas no pueden impedir el crecimiento sin ser frustradas. Mientras que la estabilidad es parte de la creación de un am-

biente sostenedor para el paciente, la respuesta empática a las necesidades cambiantes del paciente es también un factor crítico en mantener la alianza terapéutica.

Gran parte de la dificultad es el sentimiento que tiene el terapeuta de que está siendo cruel y sádico cuando impone límites razonables a las actuaciones del paciente. Paradójicamente, sin embargo, muchos pacientes que demandan mayor libertad empeoran cuando se las otorgan. En un estudio realizado por el Proyecto de Investigación en Psicoterapia de la Menninger Foundation, Colson y col. (1985) examinaron los casos con resultados negativos. Las fallas del terapeuta en establecer límites a las actuaciones fueron un denominador común. En lugar de eso, los terapeutas simplemente continuaban interpretando las motivaciones inconscientes para el acting-out mientras que la condición del paciente se deterioraba.

En un resumen sucinto del grupo de conductas que requieren una puesta de límites, Waldinger (1987) identificó aquellas que amenazan la seguridad del terapeuta o del paciente, y aquellas que ponen en peligro la psicoterapia en sí misma. El suicidio es un riesgo que está siempre presente con los pacientes borderline, y los terapeutas deben estar preparados para hospitalizarlos cuando estos impulsos son incontrolables. Puede ocurrir que los terapeutas se encuentren en la insostenible posición de intentar heroicamente tratar a pacientes letales teniendo contacto continuo con ellos. Un terapeuta llegó a hablar por teléfono con una paciente borderline durante una hora todas las noches para impedir que se matara.

Establecer y mantener la alianza terapéutica. Como se señaló previamente en este capítulo, la alianza terapéutica es un concepto elusivo en la psicoterapia de los pacientes borderline. Debido a las relaciones de objeto interno caóticas del paciente, el terapeuta es proclive a ser transformado en un adversario o en un salvador idealizado a lo largo del tratamiento. Es útil que el terapeuta le recuerde al paciente todos objetivos de la psicoterapia cuando el proceso se vuelve particularmente difícil. Un mensaje recurrente puede ser que la terapia no es coercitiva. Es un proceso elegido por el paciente para trabajar en objetivos específicos que provocan sufrimiento. A menudo, los pacientes se olvidan de esos objetivos y repetirlos les ayuda a recordar que el terapeuta es un aliado que está trabajando en colaboración con ellos.

Manejar la escisión entre la psicoterapia y la farmacoterapia. Como se enfatizó en el capítulo 5, la farmacoterapia requiere la misma comprensión psicodinámica que la psicoterapia. Si el mismo psiquiatra se encuentra proveyendo la farmacoterapia y la psicoterapia para el paciente borderline, el clínico debe evitar escindir la medicación como un asunto administrativo que no requiere exploración. Los mismos temas psicodinámi-

cos –transferencia, contratransferencia, y resistencia– que se aplican a la psicoterapia también se aplican a la prescripción. En una encuesta de terapeutas dinámicos muy experimentados en el tratamiento de pacientes borderline (Waldinger y Frank, 1989), los respondedores indicaron que eran más proclives a prescribir cuando se sentían pesimistas acerca de la capacidad de un paciente de trabajar psicoterapéuticamente. También comunicaron que alrededor de la mitad de sus pacientes utilizaban en forma incorrecta la medicación prescripta. Este abuso estaba conectado íntimamente con temas de la transferencia, y los investigadores sugirieron que los terapeutas deben explorar en forma activa las fantasías del paciente acerca de la medicación para prevenir el uso indebido. Puede haber una transferencia idealizada en la medicación como la panacea que resolverá todos los problemas del paciente. La medicación también puede ser percibida como un modo de control sobre la vida del paciente. Los terapeutas que prescriben medicaciones para sus pacientes deben ayudarlos a comprender que los objetivos son discretos, principalmente, modificar síntomas afectivos, impulsivos, o cognitivos de modo tal que faciliten el proceso psicoterapéutico.

Si la farmacoterapia y la psicoterapia están siendo a cargo de dos clínicos diferentes, el riesgo de escindir la medicación de la terapia es aun mayor. Se debe comprender que los dos terapeutas son partes del mismo equipo y que necesitarán discutir el tratamiento abiertamente. El principal incoveniente de la comunicación regular entre el terapeuta y el que prescribe es el hecho de que el tiempo que llevan esas discusiones raras veces es remunerado. Sin embargo, la ausencia de comunicación provee un terreno fértil para la escisión. El paciente puede idealizar al farmacoterapeuta como un médico humano y solícito que intenta aliviar el malestar y el dolor, en contraste con el psicoterapeuta, quien se encuentra empujando al paciente a reflexionar y comprender material emocional doloroso. De manera opuesta, el médico que prescribe puede ser visto como aquél que se saca al paciente de encima en 15 minutos, mientras que el psicoterapeuta toma su tiempo para escuchar y comprender. Si faltan las discusiones frecuentes acerca de la transferencia escindida entre ambos, el tratamiento puede volverse bastante caótico.

Desde una perspectiva del manejo clínico y del riesgo, ambos terapeutas necesitan decidir si su relación es de consulta, de supervisión, o colaborativa (Meyer y Simon, 1999a). En la relación de consulta, un clínico puede ofrecer una opinión a otro sin asumir ninguna responsabilidad del cuidado actual del paciente. En un modelo de supervisión, un clínico es responsable de supervisar y dirigir todos los aspectos del tratamiento del paciente. La mayoría de esas relaciones, sin embargo, son colaborativas, esto es, ambos, el farmacoterapeuta y el psicoterapeuta comparten la responsabilidad y son profesionalmente interdependientes. En esas situaciones, el farmacoterapeuta y el psicoterapeuta, como otros miembros de un equipo terapéutico,

deben tener un acuerdo claro acerca de cual de ellos está asumiendo la responsabilidad global primaria del tratamiento y de la seguridad del paciente (Gabbard, 2000). Este clínico es designado como la autoridad final sobre decisiones acerca de la hospitalización, la introducción o suspensión de una modalidad terapéutica en particular, y el monitoreo de la seguridad. Por lo general, este individuo debe ser un psiquiatra, dado que se necesita bastante experiencia y conocimiento para esta forma de responsabilidad.

Independientemente de cual de los profesionales de la salud mental es designado como la autoridad final en el equipo terapéutico, los terapeutas deben discutir de manera explícita varios asuntos (Meyer y Simon, 1999b). El paciente debe prestar su consentimiento para que el psicoterapeuta y el psicofarmacológico discutan el tratamiento como sea necesario. Cada uno de los clínicos también debe acordar informarle al otro acerca de cualquier cambio significativo que está siendo contemplado en el tratamiento. Ambos terapeutas deben ponerse de acuerdo acerca de quién tomará las llamadas de emergencia durante las noches o fines de semana respecto de una posible hospitalizacion, o quién es responsable de la cobertura durante las vacaciones, y quien se comunicará con grupos externos. Para manejar la potencial escisión, el farmacoterapeuta y el psicoterapeuta deben entender que cuando el paciente comienza a menospreciar a uno de ellos, el que recibe esa información debe contactar al otro para ver qué está sucediendo y no tomar la información en su sentido literal y actuar en consecuencia. Finalmente, el farmacoterapeuta y el psicoterapeuta deben tener un acuerdo de que cualquiera puede decidir terminar su participación en el tratamiento si se siente que la colaboración no está funcionando. En estos casos es necesaria la notificación previa de modo que se pueda encontrar un reemplazo para el terapeuta saliente. Sin embargo, antes de que se tome esa medida drástica, los terapeutas pueden querer una entrevista con un consultor para ver si hay forma de trabajar esas diferencias (véase cap. 6).

Ayudar al paciente a reapropiarse de los aspectos del self que son renegados y/o proyectados en otro lugar. Dado que la escisión y la identificación proyectiva son mecanismos de defensa primarios de los pacientes con trastorno borderline de la personalidad, la experiencia de ser incompleto o fragmentado es un fenómeno central en la psicopatología borderline. Los pacientes pueden renegar de conductas que ocurrieron un mes atrás como si otra persona fuera responsable de esa conducta. Esta falta de autocontinuidad también emerge en la forma de cambios fuertes, semana a semana, de cómo estos pacientes se presentan al terapeuta. La tarea del terapeuta es conectar estos aspectos fragmentados del self del paciente e interpretar las ansiedades subyacentes conectadas con reapropiarse e integrar las representaciones del self dispares en una totalidad coherente. De

modo similar, las representaciones internas del self y de objeto del paciente son proyectadas al terapeuta y a otros individuos. De tiempo en tiempo, los terapeutas intentan ayudar a los pacientes borderline a comprender que están situando inconscientemente aspectos de sí-mismos en otros como un modo de intentar controlar aquellas partes dolorosas de sí mismos. Mucho de este esfuerzo implica la interpretación del temor de los pacientes de que si integran los aspectos buenos y malos de sí mismos y de otros, el odio intenso que ellos albergan destruirá cualquier remanente de amor. Los terapeutas deben ayudarlos a reconocer que el odio es una emoción omnipresente que debe ser integrada y templada con amor de manera que la agresión sea aprovechada en direcciones más constructivas. Como se señaló en otro lugar, "Nosotros ayudamos a los pacientes a vivir dentro de su propia piel, exactamente dentro de la dialéctica creada por el amor y el odio y por la vida y la destructividad" (Gabbard, 1996, pág. 231).

Monitorear los sentimientos contratransferenciales. En toda esta discusión acerca de la psicoterapia el tema central es la contratransferencia. Contener las partes proyectadas del paciente y reflexionar acerca de la naturaleza de estas proyecciones ayudarán al terapeuta a comprender el mundo interno del paciente (Gabbard y Wilkinson, 1994). Más aún, la atención continua de los propios sentimientos previene el acting-out contratransferencial. Cada terapeuta tiene límites personales con respecto a cuánto odio e ira se pueden tolerar. Si el terapeuta monitorea de cerca los sentimientos contratransferenciales, este límite puede ser manejado en forma constructiva más que en forma destructiva. Por ejemplo, un terapeuta puede utilizar los sentimientos contratransferenciales de modo terapéutico diciéndole a su paciente: "Tengo la sensación de que está intentando que me enoje con usted en vez de permitirme ayudarlo. Veamos si podemos comprender qué es lo que está sucediendo aquí". De modo alternativo, el terapeuta puede necesitar establecer límites a los bombardeos verbales del paciente basado en reacciones contratransferenciales como la siguiente: "Realmente no siento que yo pueda trabajar con usted de manera afectiva si continúa gritándome. Creo que es importante que trate de controlar su enojo para que pueda expresarlo sin gritarme". Los terapeutas deben ser reales y genuinos con los pacientes borderline, porque de lo contrario incrementarán la envidia hacia ellos como figuras de santidad que son básicamente no humanos (Searles, 1986).

El siguiente ejemplo clínico de una sesión de psicoterapia con la señorita CC, una paciente borderline de 22 años, ilustra algunos de los principios de la técnica recién descritos:

> La señorita CC llega a su sesión luego de haber faltado a la sesión anterior. Comienza la sesión hablando con un tono jocoso y engan-

chando al terapeuta en bromas acerca de un libro que está en el estante de la biblioteca.

Señorita CC: Hey, tiene un libro nuevo.

Terapeuta: No, ese libro ha estado siempre ahí.

Señorita CC: No, no ha estado. Yo lo hubiera notado antes.

Terapeuta: Oh, estoy muy seguro que ha estado ahí. Pero realmente me gustaría cambiar el tema y saber más acerca de por qué no pudo asistir la última vez.

(El terapeuta se engancha en forma espontánea al principio con las bromas pero finalmente retorna a la cuestión seria de la ausencia de la paciente a la última sesión.)

Señorita CC: No me sentía con ganas de venir a terapia. No quería ocuparme de los sentimientos que aparecían aquí.

Terapeuta: ¿Recibió mi llamado en su contestador?

(El terapeuta, preocupándose acerca del riesgo suicida del paciente, había llamado a la paciente a su casa cuando no se presentó a la sesión.)

Señorita CC: Sí. Yo estaba ahí cuando usted dejó el mensaje en el contestador.

Terapeuta: ¿Por qué no levantó el teléfono?

Señorita CC: Oh, no levanté ninguna de mis llamadas. No quería hablar con nadie.

Terapeuta: ¿Recuerda que le pedí que devolviera mi llamado?

Señorita CC: Sí, lo sé, pero estaba demasiado avergonzada para llamarlo.

Terapeuta: ¿Qué se imaginó acerca de cómo yo podía reaccionar a eso?

(El terapeuta estimula la función reflexiva al invitar a la paciente a explorar sus fantasías acerca de la contratransferencia del terapeuta.)

Señorita CC: Realmente no pensé mucho acerca de eso.

(La paciente demuestra falta de función reflexiva acerca de sus estados internos o en otros.)

Terapeuta: ¿Le preocupaba que yo pudiera estar intranquilo de que usted se lastimara?

Señorita CC: Sí, creo que me preocupé acerca de eso. Lo siento, no lo haré otra vez.

Terapeuta: Me gustaría ir más allá de sus disculpas y ver si podemos comprender qué es lo que sucede en su mente en esos momentos, porque realmente afecta nuestra capacidad de trabajar juntos cuando no viene a su sesión.

(El terapeuta pone en claro que una de las condiciones necesarias para hacer viable la terapia es que el paciente asista a las sesiones en forma regular.)

Señorita CC: Estaba solo dentro de mí misma en ese momento. Estaba como con "mieditis".

Terapeuta: ¿Acerca de qué?

Señorita CC: No lo sé.

Terapeuta: Bueno, no aceptemos el "no lo sé". Tratemos de ver qué razones pueden haber.

(La paciente no quiere reflexionar acerca de sus estados internos, pero el terapeuta la estimula a elaborar más allá de ese rechazo.)

Señorita CC: Bueno, me siento como si todos se van a olvidar de mí. A nadie le va importar lo que yo haga o cuáles son mis necesidades.

Terapeuta: Pero estuvo diciéndome que no puede tolerar la forma en que sus padres se inmiscuyen en su vida y merodean alrededor de usted todo el tiempo.

Señorita CC: Lo sé, pero ese es el motivo por el cual yo siempre estoy arruinándolo todo.

Terapeuta: ¿Se imagina que si se deja de arruinarlo todo y se vuelve responsable, entonces nadie le prestaría ninguna atención?

(El terapeuta formula una interpretación o explicación posible de la conducta de la paciente en la forma de una pregunta para que la paciente se entretenga y reflexione, más que realizar una declaración de hechos forzada).

Señorita CC: Sólo pienso que todos van a olvidarse de mí.

Terapeuta: Se me ocurre algo respecto de esto, tal vez usted se olvida de las personas cuando no las tiene cerca y por eso se preocupa que otros pueden hacer lo mismo con usted.

(El terapeuta interpreta su preocupación basada en la conciencia de la pobre constancia objetal o memoria evocativa de la paciente.)

Señorita CC: No puedo acordarme de las personas. No puedo recordar su cara cuando no estoy con usted. No puedo ni siquiera recordar la cara de mis padres o de mi hermano. Es como si no estuvieran en mi mente. Jamás pude.

Terapeuta: Entonces puedo imaginar que es muy duro para usted pensar cómo las personas reaccionan frente usted cuando usted está lejos de ellos. Como el último jueves, cuando faltó a nuestra sesión. En ese momento probablemente era difícil para usted imaginar que yo estaba sentado aquí, preocupado por saber donde estaría usted y por qué no había llamado.

(El terapeuta le comunica enfáticamente su comprensión de las dificultades de la paciente con la mentalización y la memoria evocativa.)

Señorita CC: No pensé para nada en eso. Lo que pasa es que me canso de estar en tratamiento. Hay otra cosa que no le he dicho. He dejado de tomar mi Prozac.

Terapeuta: ¿Cuándo?

Señorita CC: Casi una semana.

Terapeuta: ¿Por qué no lo discutió conmigo para que pudiéramos hablar acerca de si era conveniente hacer eso o no?

(La frustración contratransferencial del terapeuta emerge a medida que comienza a identificarse con el padre vigilante que quiere coercionar al paciente a realizar todo lo que él diga.)

Señorita CC: Sabía que me iba decir que no.

Terapeuta: Sin embargo todavía no tengo claro por qué dejó la medicación.

Señorita CC: Es que quiero ser una paciente. Me gusta la terapia, está bien, pero no quiero tomar medicación.

Terapeuta: Creo que lo que me molesta más de todo esto es que no me habló acerca de lo que estaba pensando hacer. Es similar a no presentarse el jueves, no llamarme, no devolver mis llamados cuando la llamé. Parece haber una parte de usted que me ve como un adversario y no quiere colaborar conmigo en las principales decisiones, como dejar de tomar el Prozac o venir a terapia.

Señorita CC: Es como si todos estuvieran pendientes de cada uno de mis movimientos. Todos tratan de pescarme haciendo algo indebido.

Terapeuta: Bueno, si me experimenta así, entiendo por qué no quiere el tratamiento.

(El terapeuta explora la transferencia negativa que emerge y el rol de adversario en el cual ha sido ubicado en el reparto como modo de promover una alianza terapéutica y retornar a los objetivos originales de la terapia.)

Creo que es importante que recordemos que usted está aquí porque quiere conseguir superar sus deseos suicidas y llevar una vida más productiva.

Tratamiento en internación y hospitalización parcial

En el capítulo 6 se describen los principios del tratamiento psicoanalíticamente informado de internación y hospitalización parcial. Además, el manejo de la escisión, un ingrediente esencial en el trabajo con los pacientes borderline, también se discute en ese capítulo. Los lectores deberán remitirse al capítulo 6 para los principios básicos del tratamiento institucional de los pacientes borderline. Aquí se verán otros puntos específicos para los pacientes con personalidad borderline.

En el hospital, los pacientes borderline puedan perturbar la unidad ya que su caos interno es externalizado en el ambiente. Algunos se vuelven pacientes "especiales" y que crean problemas contratransferenciales intensos relacionados con la escisión y la identificación proyectiva (Burnham, 1966, Gabbard, 1986; Main, 1957). Otros son extraordinariamente odiosos y atacan malvadamente a todos los miembros del equipo que intentan ayudarlos (Gabbard, 1989b), creando una sensación de futilidad en el equipo. Aun otros pueden ser pasivamente oposicionistas y rechazar participar en cualquier aspecto del plan terapéutico (Gabbard 1989a). Aunque estos pa-

cientes pueden parecer refractarios al tratamiento, algunos pueden finalmente ser tratables a través de la atención cuidadosa de las dinámicas individuales del paciente y la contratransferencia del equipo.

Existen muchos prejuicios acerca del tratamiento hospitalario de los pacientes borderline, muchos basados en datos pobres y no sólidos. Algunos clínicos creen los pacientes borderline no deben ser hospitalizados porque eso promueve la regresión y la dependencia. No hay datos firmes que apoyen esta premisa, pero al menos un estudio controlado ha demostrado que el tratamiento hospitalario puede ser bastante beneficioso para pacientes con trastornos graves de la personalidad. En Gran Bretaña, Dolan y col. (1997) examinaron un grupo de 137 pacientes consecutivos con trastornos graves de la personalidad derivados y a 1 año de postratamiento en el Henderson Hospital. Setenta de ellos fueron derivados y fueron admitidos y 67 no. Los investigadores notaron una reducción significativamente mayor en los puntajes del Borderline Syndrome Index (BSI) en el grupo admitido en el hospital con respecto al grupo que no fue admitido. Además, los cambios en los puntajes del BSI se encontraban correlacionados positivamente en forma significativa con todo el tratamiento hospitalario.

El paciente que requiere una hospitalización breve en el curso de la psicoterapia es probable que esté en una crisis que incluya una regresión psicótica, conducta autodestructiva, o impulsos suicidas. Puede haber grados variables de alboroto en el proceso psicoterapéutico también. Dado que el objetivo de la hospitalización a corto plazo es la restauración rápida de las defensas del paciente y el funcionamiento adaptativo, el equipo de internación debe transmitir expectativas contrarregresivas. Los terapeutas en la unidad deben comunicar a estos pacientes que ellos pueden controlar los impulsos a pesar de sus negativas. Aun cuando los controles externos como la contención física y la medicación antipsicótica, puedan ser necesarios por momentos, el objetivo es ayudar a estos pacientes a tomar la responsabilidad del autocontrol. El yo debilitado del paciente puede ser suplementado por una estructura firme, consistente, un cronograma regular, consecuencias claras para la actuación impulsiva, y un patrón predecible de encuentros grupales e individuales con los miembros del equipo y otros pacientes.

La tendencia usual de los pacientes borderline recientemente admitidos es esperar, que se responda a la demanda, de sesiones individuales prolongadas con los miembros del equipo de enfermeros. Cuando a los enfermeros se los obliga arrinconándolos a responder a estos pedidos, el paciente se deteriora por lo general, en proporción directa al monto de tiempo ocupado en estas sesiones de "terapia" uno-a-uno. Los pacientes borderline muestran mejores resultados cuando el equipo de enfermería puede establecer encuentros regulares y estructurados breves de 5 a 10 minutos.

Los miembros del equipo en la estructura de la unidad y el ambiente en sí mismo funcionan como yoes auxiliares para los pacientes borderline. Más

que intentar un trabajo exploratorio o interpretativo, el equipo de la unidad puede ayudar a estos pacientes a identificar los precipitantes de sus crisis, demorar la descarga de los impulsos a través de la búsqueda de alternativas, anticiparse a las consecuencias de sus acciones, y clarificar su relaciones de objeto interno (como se describe en cap. 6). Otra función de la hospitalización breve es brindar una visión más adecuada del mundo interno del paciente. Finalmente, el equipo de la unidad puede con frecuencia asistir al psicoterapeuta en comprender la naturaleza de una crisis o impasse si ocurre en la psicoterapia del paciente. Además de abordar cualquier proceso de escisión (como se describe en cap. 6), el equipo de la unidad puede ayudar al terapeuta validando la competencia del terapeuta y su valor como clínico (Adler, 1984). Desde la perspectiva de la psicología del self de Adler, las enfermeras de la unidad y otro personal puedan representar funciones de objeto del self tanto para el paciente como para el terapeuta (Adler, 1987).

Debe haber también una norma en la unidad que desaliente a guardar secretos. Cualquier cosa que un paciente diga a un miembro del equipo debe ser compartido con otros miembros del equipo en las reuniones. El equipo de la unidad debe ser capaz de decir "no" en forma repetida al paciente de un modo pragmático, cuidando que no exprese malicia. De otro modo, el paciente puede no ser capaz de integrar el hecho de que figuras de cuidados "buenas" son las mismas personas que incrementan medidas restrictivas (esto es, intervenciones "malas"). Esta integración de las representaciones internas del self y de objeto es otro objetivo primario del tratamiento de internación prolongada.

Los límites aplicados a un paciente se deben siempre basar en una comprensión empática de la necesidad del paciente de límites más que en cualquier intento de control sádico, que es como el paciente generalmente ve esas restricciones.

La conducta suicida y automutilante es con frecuencia un problema significativo dado que los pacientes borderline intentan controlar el equipo terapéutico entero del mismo modo que han controlado a su familia y seres queridos con esa conducta. Los miembros del equipo deben enfatizar que en última instancia cada paciente es responsable de controlar esa conducta y lo cierto es que nadie puede prevenir que cometa suicidio. Los pacientes borderline con frecuencia se cortan superficialmente a sí mismos con ganchos de papel, latas de bebidas, bombas de luz, y otros objetos que se encuentran generalmente disponibles en los hospitales. Mientras que el daño real de esos rasguños superficiales puede ser mínimo, el equipo de la unidad debe investigar cuidadosamente los orígenes de la mutilación. ¿Se encuentra conectado con episodios de despersonalización o disociación? ¿Hay una historia de abuso sexual infantil? ¿Corresponde probar con fluoxetina? ¿Es la conducta primariamente manipulativa un esfuerzo por ganar la atención por parte del equipo?

El paciente borderline crónicamente suicida puede engendrar intensos sentimientos contratransferenciales en los miembros del equipo, quienes perciben los gestos e intentos como manipulativos y por ende comienzan a reaccionar a las amenazas suicidas del paciente con una falta de preocupación. El equipo de internación debe saber que los que intentan suicidarse son 140 veces más proclives a cometer suicidio que los que no lo intentan (Tuckman y Youngman, 1963), y que groseramente del 10 al 20% de todos los que intentan suicidarse al final se matan (Dorpat y Ripley, 1967).

Terapia familiar

La modificación terapéutica del mundo de objetos interno del paciente borderline requiere por lo habitual un proceso psicoterapéutico individual intensivo. El trabajo con la familia, sin embargo, es con frecuencia un adyuvante esencial al plan terapéutico global. El uso de la terapia familiar formal es mucho menos común que una o varias intervenciones familiares en el curso del tratamiento (Brown, 1987). El tratamiento de internación, por ejemplo, provee al clínico la oportunidad de encontrarse con la familia del paciente y de comprender aquellas interacciones como comparadas y contrastadas con una recapitulación del mundo de objetos internos en el ambiente a través de la escición y la identificación proyectiva. En la psicoterapia ambulatoria, el proceso individual puede ser socavado por los esfuerzos contraterapéuticos de los miembros de la familia, quienes se sienten amenazados por cualquier cambio en el paciente. Las intervenciones familiares o, en casos severos, la terapia familiar puede ser entonces requerida para un tratamiento individual exitoso.

El primer paso de la intervención familiar es identificar el rol que las interacciones familiares juegan en la patogenia y el mantenimiento de la sintomatología del paciente borderline. Como se describió en el capítulo 5, la escisión y la identificación proyectiva son mecanismos extremadamente comunes que sirven para mantener una homeostasis patológica en el sistema familiar. Por ejemplo, un padre puede defenderse de representaciones del self o de objetos internos malos y proyectarlas sobre un adolescente o joven, quien luego se identifica con estas proyecciones y se vuelve el miembro sintomático de la familia.

Al diagnosticar patrones familiares, los terapeutas deben evitar imponer sus propios constructos teóricos en la familia. Por ejemplo, aunque ciertos modelos psicodinámicos (Masterson y Rinsley, 1975) pueden presuponer sobreprotección por parte de la madre, la investigación empírica (Gunderson y Englund, 1981; Gunderson y col., 1980) ha sugerido que los padres sobreprotectores son menos que los desatentos. Los padres desatentos de los pacientes borderline son ellos mismos necesitados y, por ende,

con frecuencia fracasan en proveer a sus niños la guía en formas de reglas o "estructura".

En familias donde la sobreprotección es un patrón general, la intervención familiar debe respetar las necesidades de cada miembro de la familia por los otros miembros. Los padres pueden sufrir psicopatología borderline ellos mismos y pueden estar terriblemente amenazados por el temor de "perder" a su hijo borderline por el tratamiento. Los clínicos pueden tomar seriamente la posibilidad de que una mejoría significativa en el paciente pueda resultar en una grave descompensación de uno de los padres, quien será arrastrado al pánico debido a la separación percibida (Brown, 1987). En estos casos, un terapeuta de familia debe ayudar a la familia a tratar con los dilemas creados por el cambio en el paciente como también en el sistema de familia como un todo. El terapeuta debe conscientemente evitar cualquier intento de "apartarlos" al paciente borderline de su familia. Esos esfuerzos serán, para la familia y el paciente, como un ataque muy amenazador que simplemente los llevará a encerrarse e incrementar su enriedo. Los terapeutas de familia producen mejores resultados cuando ellos asumen una posición neutral, no juiciosa con respecto al cambio, empatizando con la necesidad de la familia de mantenerse junta debido a la estabilidad inherente en la sobreprotección (Jones, 1987). Los cambios en el sistema deben venir de *adentro* y no ser impuestos por los profesionales de la salud mental, quienes tradicionalmente ponen un alto valor en la separación y autonomía.

Otro principio fundamental en el trabajo con la familia de los pacientes con trastorno borderline de la personalidad es evitar ponerse del lado del paciente en cuanto a las calumnias que dice de sus padres como si estuviera de acuerdo con cada informe monstruoso. En un estudio en el que se compara la percepción de los pacientes con trastorno borderline de la personalidad de sus familias con las percepciones de sus padres y aquellas de familias estándar, Gunderson y Lyoo (1997) encontraron que los pacientes borderline percibían a sus relaciones de familia con una luz mucho más negativa que lo que hacían sus padres o las familias convencionales. Los padres tienden a estar de acuerdo uno con el otro pero no con su hijo borderline. Este cisma en la familia debe ser tomado seriamente. Los clínicos deben tener presente que el relato del paciente borderline puede ser teñido por su propia disposición psicológica y reconocer también que la visión de los padres debe ser tomada con mucho cuidado. Muchos padres tendrán una respuesta defensiva durante una evaluación y sentirán que están siendo acusados por las dificultades de sus hijos. En la mayoría de los casos, la verdad yace en algún lugar entre esos puntos de vista, y la percepción de cada uno de los lados tiene alguna validez. Gunderson y Lyoo también defendieron el trabajo psicoeducacional con la familia de los pacientes con trastorno borderline de la personalidad para ayudarlos a apreciar las complejidades de la patología borderline.

Psicoterapia de grupo

La psicoterapia de grupo puede también ser un adyuvante beneficioso a la psicoterapia individual de los pacientes borderline. Como Ganzarain (1980) y Horwitz (1977) han notado, todos los grupos son propensos a emplear las defensas borderline de escisión y de identificación proyectiva. La psicoterapia de grupo brinda al individuo borderline una oportunidad de comprender estas defensas a medida que éstas ocurren en un contexto grupal. La mayoría de los contribuyentes a la bibliografía de la psicoterapia de grupo de los pacientes borderline, sin embargo, sugieren que el paciente borderline es tratado con mayor efectividad en grupos de pacientes que sufren neurosis o trastornos de personalidad de nivel superior (Day y Semrad, 1971; Horwitz, 1977; Hulse, 1958; Slavson, 1974).

Del mismo modo, el consenso de la bibliografía es que los pacientes borderline en psicoterapia de grupo necesitan psicoterapia individual en forma concomitante (Day y Semrad, 1971; Horwitz, 1977; Hulse, 1958; Slavson, 1964; Spotnitz, 1977). La dilución de la transferencia en la psicoterapia de grupo beneficia de manera significativa tanto al paciente borderline como al terapeuta. La intensa rabia que es movilizada ordinariamente en los pacientes borderline cuando son frustrados en tratamiento puede entonces ser diluida y dirigida hacia otras figuras aparte del terapeuta individual. De igual modo, las fuertes reacciones contratransferenciales a los pacientes borderline pueden ser diluidas por la presencia de otras personas.

Horwitz (1977) señaló que el psicoterapeuta individual puede cumplir una función fundamental de apoyo cuando la ansiedad del paciente borderline aumenta en respuesta a la confrontación dentro del contexto grupal. El terapeuta individual idealmente puede ser alguien diferente del terapeuta de grupo, porque "es antiterapéutico para el terapeuta de grupo ver a pacientes en forma individual mientras no ve a otros pacientes en forma privada también" (pág. 415). Horwitz también identificó rasgos caracterológicos abrasivos como una indicación para psicoterapia de grupo en adición a la psicoterapia individual. Y observó que los pacientes borderline parecen ser más deseosos de aceptar la confrontación y la interpretación acerca de esos rasgos por sus compañeros en la psicoterapia de grupo más que por un terapeuta. Ellos también pueden encontrar más fácil aceptar las interpretaciones de sus terapeutas como parte de un tema centrado en el grupo que cuando las interpretaciones los señalan como individuos únicos.

Hay datos empíricos que corroboran la impresión clínica vigente de que el tratamiento de grupo puede ser bastante útil para los pacientes borderline. Aunque no es una modalidad psicodinámica, la terapia conductista dialéctica (Linehan y col., 1991) utiliza a los grupos como una piedra fundamental y ha sido útil para reducir la automutilación y las conductas suicidas. En un estudio controlado aleatorizado de psicoterapia grupal in-

terpersonal versus terapia dinámica individual, Munroe-Blum y Marziali (1995) encontraron que 25 sesiones semanales de terapia de grupo de 90 minutos seguidas por cinco sesiones dos veces a la semana previas a la terminacion resultaron en mejoría significativa. El análisis en los 12 y 24 meses de seguimiento mostró mejoría significativa en todos los resultados principales. Más aún, a los pacientes del grupo les fue tan bien como a aquellos en terapia individual.

A pesar de las ventajas de trabajar en un contexto grupal, los terapeutas encontrarán ciertas dificultades inherentes en la psicoterapia de grupo de pacientes borderline. Esos pacientes pueden fácilmente volverse el chivo expiatorio debido a su psicopatología más primitiva y su mayor tendencia a expresar afectos en un modo directo. El terapeuta puede ser requerido para apoyar al paciente borderline cuando el chivo expiatorio emerge como un tema grupal. Más aún, los pacientes borderline pueden también experimentar un aumento de sus sentimientos de privación al competir con el grupo por la atención y cuidado del terapeuta. Por último, los pacientes borderline tienden a mantener cierta distancia en la psicoterapia grupal debido a su apego primario al terapeuta individual.

Bibliografía

Adler G: The myth of the alliance with borderline patients. Am J Psychiatry 47:642-645, 1979

Adler G: Issues in the treatment of the borderline patient, in Kohut's Legacy: Contributions to Self Psychology. Edited by Stepansky PE, Goldberg A. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1984,pp 117-134

Adler G: Borderline Psychopathology and Its Treatment. New York, Jason Aronson, 1985

Adler G: Discussion: milieu treatment in the psychotherapy of the borderline patient: abandonment and containment. Yearbook of Psychoanalysis and Psychotherapy 2:145157, 1987

Adler G, Rhine MW: The selfobject function of projective identification: curative factors in psychotherapy. Bull Menninger Clin 52:473-491, 1988

Akiskal HS, Chen SE, Davis GC, et al: Borderline: an adjective in search of a noun. J Clin Psychiatry 46:41-48, 1985

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

Andrulonis PA: Disruptive behavior disorders in boys and the borderline personality disorder in men. Ann Clin Psychiatry 3:23-26, 1991

Atwood GE, Stolorow RD: Structures of Subjectivity: Explorations in Psychoanalytic Phenomenology. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1984

Baker L, Silk KR, Westen D, et al: Malevolence, splitting, and parental ratings by borderlines. J Nerv Ment Dis 180:258-264, 1992
Barasch A, Frances A, Hurt S, et al: Stability and distinctness of borderline personality disorder. Am J Psychiatry 142:1484-1486, 1985
Baron M, Gruen R, Asnis L, et al: Familial transmission of schizotypal and borderline personality disorders. Am J Psychiatry 142:927-934, 1985
Bateman A, Fonagy P: The effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. Am J Psychiatry 156: 1563-1569, 1999
Boyer LB: Working with a borderline patient. Psychoanal Q 46:386-424, 1977
Brown SL: Family therapy and the borderline patient, in The Borderline Patient: Emerging Concepts in Diagnosis, Psychodynamics, and Treatment, Vol 2. Edited by Grotstein JS, Solomon MF, Lang JA. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1987, pp 206-209
Burnham DL: The special-problem patient: victim or agent of splitting? Psychiatry 29: 105-122, 1966
Casement PJ: On Learning From the Patient. London, Tavistock, 1985
Cloninger CR, Svrakic DM, Pryzbeck TR: A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 50:975-990, 1993
Coccaro EF, Kavoussi RJ: Fluoxetine and impulsive aggressive behavior in personaliq disordered subjects. Arch Gen Psychiatry 54:1081-1088, 1997
Coccaro EF, Siever LJ, Klar HM, et al: Serotonergic studies in patients with affective and personality disorders: correlates with suicidal and impulsive aggressive behavior. Arch Gen Psychiatry 46:587-599, 1989
Colson DB, Lewis L, Horwitz L: Negative outcome in psychotherapy and psychoanalysis, in Negative Outcome in Psychotherapy and What to Do About It. Edited by Mays DT, Frank CM. New York, Springer, 1985, pp 59-75
Cowdry RW, Gardner DL: Pharmacotherapy of borderline personality disorder: alprazolam, carbamazepine, trifluoperazine, and tranylcypromine. Arch Gen Psychiatry 45: 111-119, 1988
Day M, Semrad E: Group therapy with neurotics and psychotics, in Comprehensive Group Psychotherapy. Edited by Kaplan HI, Sadock BJ. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1971, pp 566-580
Dolan BM, Evans C, Norton K: The Separation-Individuation Inventory association with borderline phenomena. J Nerv Ment Dis 180:529-533, 1992
Dolan B, Warren F, Norton K: Change in borderline symptoms one year after therapeutic community treatment for severe personality disorder. Br J Psychiatry. 171:274-279, 1997
Dorpat TL, Ripley HS: The relationship between attempted suicide and committed suicide. Compr Psychiatry 8:74-79, 1967
Esman AH: Adolescent psychopathology and the rapprochement process, in Rapprochement: The Critical Subphase of Separation-Individuation. Edited by Lax RF, Bach S, Burland JA. New York, Jason Aronson, 1980, pp 295-297
Eyman JR, Gabbard GO: Will therapist-patient sex prevent suicide? Psychiatric Annals 21:669-674, 1991
Fairbairn WRD: An Object-Relations Theory of the Personality. New York, Basic Books, 1954

Figueroa E, Silk KR: Biological implications of childhood sexual abuse in borderline personality disorder. J Personal Disord 11:71-92, 1997

Fonagy P: An attachment theory approach to treatment of the difficult patient. Bull Menninger Clin 62:147-169, 1998

Fonagy P, Target M: Understanding the violent patient: the use of the body and the role of the father. Int J Psychoanal 76:487-501, 1995

Fraiberg S: Libidinal object constancy and mental representation. Psychoanal Study Child 24:9-47, 1969

Frank AF: The therapeutic alliances of borderline patients, in Borderline Personality Disorder: Clinical and Empirical Perspectives. Edited by Clarkin JF, Marziali B, Munroe-Blum H. New York, Guilford, 1992, pp220-247

Frank H, Hoffman N: Borderline empathy: an empirical investigation. Compr Psychiatry 27:387-395, 1986

Frank H, Paris J: Recollections of family experience in borderline patients. Arch Gen Psychiatry38:1031-1034, 1981

Frankenburg FR, Zanarini MC: Clozapine treatment of borderline patients: a preliminary study. Compr Psychiatry 34:402-405, 1993

Fyer MR, Frances AJ, Sullivan T, et al: Comorbidity of borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry 45:348-352, 1988

Gabbard GO: The treatment of the «special» patient in a psychoanalytic hospital. International Review of Psychoanalysis 13:333-347, 1986

Gabbard GO: On "doing nothing" in the psychoanalytic treatment of the refractory borderline patient. Int J Psychoanal 70:527-534, 1989a

Gabbard GO: Patients who hate. Psychiatry 52:96-106, 1989b

Gabbard GO (ed): Sexual Exploitation in Professional Relationships. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989c

Gabbard GO: An overview of countertransference with borderline patients. J Psychother Pract Res 2:7-18, 1993

Gabbard GO: Love and Hate in the Analytic Setting. Northvale, NJ: Jason Aronson, 1996

Gabbard GO: Borderline personality disorder and rational managed care policy. Psychoanalytic Inquiry 17 (suppl):17-28, 1997

Gabbard GO: Treatment-resistant borderline personality disorder. Psychiatric Annals 28: 651-656, 1998

Gabbard GO: Combining medication with psychotherapy in treatment of personality disorders, in Psychotherapy of Personality Disorders (Review of Psychiatry Series; Oldham JM and Riba MB, series eds.), Vol 19. Edited by Gunderson JG, Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Press, 2000, págs. 65-90

Gabbard GO, Wilkinson SM: Management of Countertransference With Borderline Patients. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994

Gabbard GO, Horwitz L, Frieswyk S, et al: The effect of therapist interventions on the therapeutic alliance with borderline patients. J Am Psychoanal Assoc 36:697-727, 1988

Gabbard GO, Horwitz L, Allen JG, et al: Transference interpretation in the psychotherapy of borderline patients: a high-risk, high-gain phenomenon. Harv Rev Psychiatry 2:59-69, 1994

Gabbard GO, Lazar SG, Hornberger J, et al: The economic impact of psychotherapy a review. Am J Psychiatry 154:147-155, 1997
Ganzarain RC: Psychotic-like anxieties and primitive defenses in group analytic psychotherapy. Issues in Ego Psychology 3:42-48, 1980
Gardner DL, Cowdry RW: Alprazolam-induced dyscontrol in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 142:98-100, 1985
Goldberg RL, Mann LS, Wise TN, et al: Parental qualities as perceived by borderline personality disorders. Hillside Journal of Clinical Psychiatry 7: 134-140, 1985
Gorney JE: The negative therapeutic interaction. Contemporary Psychoanalysis 15:2880337, 1979
Grinker RR Jr, Werble B, Drye RC: The Borderline Syndrome: A Behavioral Study of Ego-Functions. New York, Basic Books, 1968
Gunderson JG: Borderline Personality Disorder. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1984
Gunderson JG: Studies of borderline patients in psychotherapy, in Handbook of Borderline Disorders. Edited by Silver D, Rosenbluth M. Madison, CT, International Universities Press, 1992, *pp* 291-305
Gunderson JG: The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. Am J Psychiatry 153:752-758, 1996
Gunderson JG, Chu JA: Treatment implications of past trauma in borderline personality disorder. Harv Rev Psychiatry 1 :75-81, 1993
Gunderson JG, Englund DW: Characterizing the families of borderlines: a review of the literature. Psychiatr Clin North Am 4:159-168, 1981
Gunderson JG, Lyoo K: Family problems and relationships for adults with borderline personality disorder. Harv Rev Psychiatry 4:272-278, 1997
Gunderson JG, Phillips KA: A current view of the interface between borderline personality disorder and depression. Am J Psychiatry 148:967-975, 1991
Gunderson JG, Sabo AN: The phenomenological and conceptual interface between borderline personality disorder and PTSD. Am J Psychiatry 150:19-27, 1993
Gunderson JG, Zanarini MC: Current overview of the borderline diagnosis. J Clin Psychiatry 48 (suppl 8):5-14, 1987
Gunderson JG, Kerr J, Englund DW: The families of borderlines: a comparative study. Arch Gen Psychiatry 37:27-33, 1980
Gunderson JG, Frank AF, Ronningstam EF, et al: Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. J Nerv Ment Dis 177:38-42, 1989
Gunderson JG, Zanarini MC, Kisiel CL: Borderline personality disorder: a review of data on DSM-III-R descriptions. J Personal Disord 5:340-352, 1991
Gunderson JG, Triebwasser J, Phillips KA, et al: Personality and vulnerability to affective disorders, in Personality and Psychopathology. Edited by Cloninger CR. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1999, pp 3-32
Gutheil T: Borderline personality disorder, boundary violations, and patient-therapist sex: medicolegal pitfalls. Am J Psychiatry 146:597-602, 1989
Heard H: Behavior therapies for borderline patients. Paper presented at the 147th annual meeting of the American Psychiatric Association, Philadelphia, PA, 1994

Herman JL, Perry JC, van der Kolk BA: Childhood trauma in borderline personality disorder. Am J Psychiatry 146:490-495, 1989

Hoch P, Polatin P: Pseudoneurotic forms of schizophrenia. Psychiatr Q 23:248-276, 1949

Hoke LA: Longitudinal patterns of behaviors in borderline personality disorder (doctoral dissertation). Boston, MA, Boston University Graduate School, 1989

Hollander E: Managing aggressive behavior in patients with obsessive-compulsive disorder and borderline personality disorder. J Clin Psychiatry 17:28-31, 1999

Horwitz L: Clinical Prediction in Psychotherapy. New York, Jason Aronson, 1974

Horwitz L: Group psychotherapy of the borderline patient, in Borderline Personality Disorders: The Concept, the Syndrome, the Patient. Edited by Hartocollis PL. New York, International Universities Press, 1977, pp 399-422

Horwitz L, Gabbard GO, Allen JG, et al: Borderline Personality Disorder: Tailoring the Psychotherapy to the Patient. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1996

Hulse WC: Psychotherapy with ambulatory schizophrenic patients in mixed analytic groups. Archives of Neurology and Psychiatry 79:681-687, 1958

Johnson JG, Cohen P, Brown J, et al: Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early adulthood. Arch Gen Psychiatry 56:600-606, 1999

Jones SA: Family therapy with borderline and narcissistic patients. Bull Menninger Clin 51:285-295, 1987

Karterut S, Vaglum S, Friss S, et al: Day hospital therapeutic community treatment for patients with personality disorders: an empirical evaluation of the containment function. J Nerv Ment Dis 180:238-243, 1992

Kernberg OF: Structural derivatives of object relationships. Int J Psychoanal 47:236-253, 1966

Kernberg OF: Borderline personality organization. J Am Psychoanal Assoc 15:641-685, 1967

Kernberg OF: Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York, Jason Aronson, 1975

Kernberg OF: Technical considerations in the treatment of borderline personality organization. J Am Psychoanal Assoc 24:795-829, 1976

Kernberg OF, Burstein ED, Coyne L, et al: Psychotherapy and psychoanalysis: final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. Bull Menninger Clin 36:3-275, 1972

Kernberg OF, Selzer MA, Koenigsberg HW, et al: Psychodynamic Psychotherapy of Borderline Patients. New York, Basic Books, 1989

Knight RP: Borderline states. Bull Menninger Clin 17:1-12, 1953

Linehan MM, Armstrong HE, Suarez A, et al: Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Arch Gen Psychiatry 48:1060-1064, 1991

Links PS, Steiner M, Offord DR, et al: Characteristics of borderline personality disorder: a Canadian study. Can J Psychiatry 33:336-340, 1988

Loranger AW, Oldham JM, Tulis EH: Familial transmission of DSM-III borderline personality disorder. Arch Gen Psychiatry 39:795-799, 1982

Mahler MS, Kaplan LJ: Developmental aspects in the assessment of narcissistic and so-called borderline personalities, in Borderline Personality Disorders: The Concept, the Syndrome, the Patient. Edited by Hartocollis PL. New York, International Universities Press, 1977, pp 71-85

Mahler MS, Pine F, Bergman A: The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation. New York, Basic Books, 1975

Main TF: The ailment. Br J Med Psychol 30:129-145, 1957

Maltsberger JT: Countertransference in the treatrnent of the suicidal borderline patient, in Countertransference Issues in Psychiatric Treatment (Review of Psychiatry Series; Oldham JM and Riba MB, series eds). Edited by Gabbard GO. Washirigton, DC, American Psychiatric Press, 1999, pp 27-43

Markovitz P: Pharmacotheraw of impulsivity, aggression, and related disorders, in Impulsivity and Aggression. Edited by Hollander E, Stein DJ, Zohar J. New York, Wiley, 1995, pp 263-287

Masterson JF: Psychotherapy of the Borderline Adult: A Developmental Approach. New York, Brunner/Mazel, 1976

Masterson JF, Rinsley DB: The borderline syndrome: the role of the mother in the genesis and psychic structure of the borderline personality Int J Psychoanal 56:163-177, 1975

McGlashan TH: The borderline syndrome, II: is it a variant of schizophrenia or affective disorder? Arch Gen Psychiatry 40: 1319-1323, 1983

McGlashan TH: The Chestnut Lodge follow-up study, III: long-term outcome of borderline personalities. Arch Gen Psychiatry 43:20-30, 1986

Meares R, Stevenson J, Comerford A: Psychotherapy with borderline patients, I: a comparison between treated and untreated cohorts. Aust N Z J Psychiatry 33:467-472, 1999

Mehlum L, Friis S, Irion T, et al: Personality disorders 2-5 years after treatment a prospective follow-up study. Acta Psychiatr Scand 84:72-77, 1991

Meissner WW: The Borderline Spectrum: Differential Diagnosis and Developmental Issues. New York, Jason Aronson, 1984

Meissner WW: Treatment of Patients in the Borderline Spectrum. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1988

Meyer DJ, Simon RI: Split treatment: clarity between psychiatrists and psychotherapists, part 1. Psychiatric Annals 29:241-245, 1999a

Meyer DJ, Simon RI: Split treatment: clarity between psychiatrists and psychotherapists, part 2. Psychiatric Annals 29:327-322, 1999b

Modell AH: "The holding environment" and the therapeutic action of psychoanalysis. J Am Psychoanal Assoc 24:285-307, 1976

Munroe-Blum H, Marziali E: A controlled trial of short-term group treatment for borderline personality disorder. J Personal Disord 9:190-198, 1995

Najavits LM, Gunderson JG: Better than expected: improvements in borderline personality disorder in a 3-year prospective outcome study. Compr Psychiatry 36:296-302, 1995

Ogata SN, Silk KR, Goodrich S, et al: Childhood sexual and physical abuse in adult patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 147: 1008-1013, 1990

O'Leary KM, Cowdry RW: Neuropsychological testing results in borderline per-

sonality disorder, in Biological and Neurobehavioral Studies of Borderline Personality Disorder. Edited by Silk KR. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994, pp 127-157

Paris J: Does childhood trauma cause personality disorders in adults? Can J Psychiatry 43: 148-153, 1998

Paris J, Frank H: Perceptions of parental bonding in borderline patients. Am J Psychiatry 146:1498-1499, 1989

Paris J, Zweig-Frank H: A critical review of the role of childhood sexual abuse in the etiology of borderline personality disorder. Can J Psychiatry 37:125-128, 1992

Paris J, Brown R, Nowlis D: Long-term follow-up of borderline patients in a general hospital. Compr Psychiatry 28:530-535, 1987

Pfohl B, Stangle D, Zimmerman M: The implications of DSM-III personality disorders for patients with major depression. J Affect Disord 7:309-318, 1984

Plakun EM, Burkhardt PE, Muller JP: 14-year follow-up of borderline and schizotypal personality disorders. Compr Psychiatry 26:448-455, 1985

Rinsley DB: A comparison of borderline and narcissistic personality disorders. Bull Menninger Clin 48:1-9, 1984

Rinsley DB: Notes on the pathogenesis and nosology of borderline and narcissistic personality disorders. J Am Acad Psychoanal 13:317-328, 1985

Rinsley DB: A reconsideration of Fairbairn's "original object" and "original ego" in relation to borderline and other self disorders, in The Borderline Patient: Emerging Concept in Diagnosis, Psychodynamics, and Treatment, Vol 1. Edited by Grotstein JF, Solomon MF, Lang JA. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1987, pp 291-231

Rinsley DB: A review of the pathogenesis of borderline and narcissistic personality disorders. Adolescent Psychiatry 15:387-406, 1988

Rinsley DB: Developmental Pathogenesis and Psychoanalytic Treatment of Borderline and Narcissistic Personalities. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1989

Rogers JH, Widiger TA, Krupp A: Aspects of depression associated with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 152:268-270, 1995

Rosen IR: Relational masochism: the search for a bad enough object. Paper presented at scientific meeting of the Topeka Psychoanalytic Society, Topeka, KS, January 21, 1993

Salzman C, Wolfson AN, Schatzberg A, et al: Effect of fluoxetine on anger in symptomatic volunteers with borderline personality disorder. J Clin Psychopharmacol 15:23-29, 1995

Sandler J: Character traits and object relationships. Psychoanal Q 50:694-708, 1981

Schmideberg M: The borderline patient, in American Handbook of Psychiatry, Vol 1. Edited by Arieti S. New York, Basic Books, 1959, pp 398-416

Searles HF: My Work With Borderline Patients. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1986

Shea MT, Glass Dr, Pilkonis PA, et al: Frequency and implications of personality disorder a sample of depressed outpatients. J Personal Disord 1 :27-42, 1987

Siever LJ, Davis KL: A psychobiological perspective on the personality disorders. Am J Psychiatry 148:1647-1658, 1991

Slavson SR: A Textbook in Analytic Group Psychotherapy. New York, International Universities Press, 1964

Soloff PH: Algorithms for pharmacological treatment of personality dimensions: symptom-specific treatments for cognitive-perceptual, affective, and impulsive-behavioral dysregulation. Bull Menninger Clin 62:195-214, 1998

Soloff PH, Millward JW: Developmental histories of borderline patients. Compr Psychiatry 24:574-588, 1983

Spotnitz H: The borderline schizophrenic in group psychotherapy: the importance of individualization. Int J Group Psychother 7:155-174, 1957

Stevenson J, Meares R: An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 149:358-362, 1992

Stevenson J, Meares R: Borderline patients at 5-year follow-up. Paper presented at the annual Congress of the Royal Australian-New Zealand College of Psychiatrists, Cairns, Australia, May 1995

Stevenson J, Meares R: Psychotherapy with borderline patients, II: a preliminary benefit study. Aust N Z J Psychiatry 33:473-477, 1999

Stone MH: The Borderline Syndromes: Constitution, Personality, and Adaptation. New York, McGraw-Hill, 1980

Stone MH: Psychotherapy of borderline patients in light of long-term follow-up. Bull Menninger Clin 51:231-247, 1987

Stone MH, Stone DK, Hurt SW: Natural history of borderline patients treated by intensive hospitalization. Psychiatr Clin North Am 10:185-206, 1987

Streeter CC, vanReekum R, Shorr RI, et al: Prior head injury in male veterans with borderline personality disorder. J Nerv Ment Dis 183:577-581, 1995

Swartz M, Blazer D, George L, et al: Estimating the prevalence of borderline personality disorder in the community. J Personal Disord 4:257-272, 1990

Swirsky-Sacchetti T, Gorton G, Samuel S, et al: Neuropsychological function in borderline personality disorder. J Clin Psychol 49:385-396, 1993

Tuckman J, Youngman WF: Suicide risk among persons attempting suicide. Public Health Rep 78:585-587, 1963

vanReekum R, Conway CA, Gansler D, et al: Neurobehavioral study of borderline personality disorder. J Psychiatry Neurosci 18:121-129, 1993

Waldinger RJ: Intensive psychodynamic therapy with borderline patients: an overview. Am J Psychiatry 144:267-274, 1987

Waldinger RJ, Frank AF: Clinicians' experiences in combining medication and psychotherapy in the treatment of borderline patients. Hospital and Community Psychiatry 40:712-718, 1989

Wallerstein RS: Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis and Psychotherapy. New York, Guilford, 1986

Walsh F: The family of the borderline patient, in The Borderline Patient. Edited by Grinker RR, Werble B. New York, Jason Aronson, 1977, pp 158-177

Werble B: Second follow-up study of borderline patients. Arch Gen Psychiatry 23:3-7,1970

Westen D, Ludolph P, Misle B, et al: Physical and sexual abuse in adolescent girls with borderline personality disorder. Am J Orthopsychiatry 60.55-66, 1990

Zanarini MC, Frankenburg FR: Pathways to the development of borderline personality disorder. J Personal Disord 11:93-104, 1997

Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenburg FR: Axis I phenomenology of borderline personality disorder. Compr Psychiatry 30:149-156, 1989a

Zanarini MC, Gunderson JG, Marino MF, et al: Childhood experiences of borderline patients. Compr Psychiatry 30:18-25, 1989b

Zanarini MC, Gunderson JG, Frankenurg FR, et al: Discriminating borderline personality disorder from other Axis II disorders. Am J Psychiatry 147: 161-167, 1990

Zanarini MC, Williams AA, Lewis RE, et al: Reported pathological childhood experiences associated with the development of borderline personality disorder. Am J Psychiatry 154:1101-1106, 1997

Zetzel ER: A developmental approach to the borderline patient. Am J Psychiatry 127:867871, 1971

Zweig-Frank H, Paris J: Parents' emotional neglect and overprotection according to the recollections of patients with borderline personality disorder. Am J Psychiatry 148: 648-651, 1991

CAPÍTULO

16

Trastornos de la personalidad del Grupo B

Narcisista

Oh, estás tan enfermo de amor propio, Malvolio, y el mal estado de tu estómago echa a perder tu gusto. Cuando se es generoso, inmaculado, y de disposición franca, se toman por *saetillas** disparadas contra los pájaros lo que tú tomas como balas de cañón.

Olivia en Acto I, Escena V
de *Twelfth Night* de Shakespeare

* en inglés: bird-bolt (flechas de punta roma para matar pájaros).

En la comedia de Shakespeare es claro, para Olivia y para la audiencia, que el amor de Malvolio por sí mismo y su tendencia a experimentar leves desaires como ataques devastadores son indicaciones de que está "enfermo". En la práctica psiquiátrica contemporánea, sin embargo, no es fácil la distinción entre los grados saludables y patológicos de narcisismo. Una cierta medida de amor propio no sólo es normal sino también conveniente. Pero el punto en el continuo de autoconsideración donde el narcisismo saludable se vuelve narcisismo patológico, no es fácil de identificar.

Otro factor confundidor es que ciertas conductas pueden ser patológicamente narcisistas en un individuo mientras que en otro son una simple ma-

nifestación de amor propio saludable. Imaginemos, por ejemplo, a un adolescente de 15 años que se para frente al espejo mientras seca sus cabellos húmedos durante 45 minutos tratando de que cada uno de sus cabellos quede perfectamente en su lugar. La mayoría de nosotros nos reiríamos entre dientes frente a esta imagen y nos daríamos cuenta de que ese tipo de vanidad es enteramente normal en un joven adolescente. Cambiemos ahora a una imagen de un hombre de 30 años que pierde la misma cantidad de tiempo cada mañana frente al espejo con un secador de cabello. Este cuadro visual es un poco más desconcertante, debido a que ese ejercicio de autoabsorción no corresponde a un hombre de esa edad. Si ahora imaginamos a un hombre de 45 años comprometido en la misma actividad, nos volvemos nuevamente caritativos en nuestra actitud, como en el caso del joven adolescente, porque entendemos ese comportamiento como parte de una fase del desarrollo en el ciclo de la vida a la que con frecuencia nos referimos como la crisis de la mitad de la vida. Antes de hacer una determinación definitiva acerca de la salud relativa o la patología de este individuo, sin embargo, querríamos saber un poco más acerca de sus otras actividades.

Este ejemplo ilustra cómo el narcisismo es juzgado de modo diferente de acuerdo con la fase del ciclo de la vida por la cual uno está atravesando. Aun cuando estamos conscientes de estas distinciones del desarrollo, el término *narcisista* es raramente usado como un cumplido para referirse a alguien con una saludable autoestima. Por el contrario el término se usa más de modo peyorativo como un sinónimo de "hijo de perra", especialmente al referirse a colegas y a conocidos a quienes encontramos desagradables. También, es habitual utilizar este término para referirse a alguien cuyo éxito y seguridad envidiamos. Dado que todos luchamos con cuestiones narcisistas debemos siempre ser recelosos del potencial de hipocresía al rotular a otros como narcisistas. Algunos (Lasch, 1979) argumentarán que la historia de la humanidad sugiere que siempre hemos sido egoístas y que no se gana nada al aplicar un rótulo psiquiátrico a esas cualidades.

Para complicar aùn más las cosas, vivimos en una cultura narcisista (Cooper, 1998; Lasch, 1979; Rinsley, 1986; Stone 1998). Somos servilmente devotos de los medios de comunicación electrónicos que crecen con fuerza en imágenes superficiales e ignoran la profundidad y consistencia. Vemos el consumo de bienes materiales como el camino a la felicidad. Nuestro temor a la muerte y al envejecimiento mantiene a los cirujanos plásticos con trabajo. Nos consumimos con el encanto de la celebridad. Libros con títulos como *En busca del número uno* figuran en la lista de los más vendidos. Los deportes de competencia, el gran pasatiempo americano, nos enseñan que ser el número uno es el objetivo más importante.

Uno de los criterios diagnósticos clave para el trastorno narcisista de la personalidad, la explotación interpersonal, es altamente adaptativo en nuestra sociedad. De hecho, la matriz interna de nuestro sistema económi-

co está basada en premiar a aquellos que son capaces de llevar a otros a comprar un producto (Maccoby, 1976; Person, 1986). En el mundo corporativo, "lograrlo" se ha vuelto más importante que los valores de compromiso, lealtad, integridad y calidez interpersonal. Los entrenadores atléticos de los colegios universitarios pueden permitirse un trato indignante a sus atletas siempre y cuando continúen trayendo títulos a casa. El ganar lo justifica todo.

Dado este ambiente cultural, es con frecuencia problemático determinar qué rasgos implican un trastorno narcisista de la personalidad y cuáles son simplemente rasgos adaptativos culturales. Más aún, la diferencia entre una autoestima saludable y una autoestima artificialmente inflada es con frecuencia ambigua. Visualicemos, por ejemplo, a un profesional de la salud mental presentando un trabajo científico a una audiencia de pares. El presentador advierte que cerca de la mitad de la audiencia se está quedando dormida durante su presentación, mientras que otros se están levantando y partiendo. Durante el período de discusión al fin de la presentación, el presentador es severamente criticado por su "pensamiento confuso", por la "familiaridad insuficiente con la literatura", y por "no presentar nada nuevo". Responde estas críticas diciéndose así mismo, "No importa lo que ellos piensen, yo sé que de todos modos soy competente". ¿Cómo evaluamos esta respuesta? Basados en la información de este ejemplo, podemos arribar a una de dos conclusiones: 1) esta persona posee una autoconsideración saludable que no se colapsa simplemente por una experiencia adversa, o 2) la respuesta del presentador es el reflejo de un narcisismo patológico pues es una reacción grandiosa defensiva para compensar la herida devastadora a su autoestima.

Frente a tantas formas variadas que desorientan, diferencias del desarrollo e influencias culturales, ¿qué criterio definitivo puede ser utilizado para diferenciar al narcisismo saludable del patológico? El criterio tan honrado por el tiempo de salud psicológica, amar y trabajar, son sólo parcialmente útiles en responder a esta pregunta. La historia laboral de un individuo puede proveer poca ayuda para hacer esta distinción. Los individuos narcisistas muy perturbados pueden ser muy exitosos en ciertas actividades, como grandes negocios, las artes, la política, la industria del entretenimiento, el atletismo y el teleevangelismo (Gabbard, 1983; Rinsley, 1985, 1989). En algunos casos, sin embargo, la patología narcisista puede ser reflejada en la cualidad superficial que adquieren los intereses personales de uno (Kernberg, 1970), como si el logro y el elogio fueran más importantes que el dominio del campo en sí mismo.

Las formas patológicas del narcisismo se pueden identificar más fácilmente por la cualidad de las relaciones del individuo. El drama de estas personas es que son incapaces de amar. Las relaciones interpersonales saludables son reconocibles por cualidades como empatía y preocupación por los

sentimientos de otros, un interés genuino en las ideas de los otros, la habilidad para tolerar la ambivalencia en las relaciones a largo plazo sin darse por vencido, y una capacidad para reconocer las propias contribuciones a los conflictos interpersonales. Las personas cuyas relaciones se caracterizan por estas cualidades pueden por momentos usar a otros para gratificar sus propias necesidades, pero esta tendencia ocurre en un contexto más amplio de sensibilidad interpersonal más que en un estilo general de tratar con las personas. Por otro lado, la persona con un trastorno narcisista de la personalidad aborda a las personas como objetos a ser utilizados y descartados de acuerdo con sus necesidades, sin consideración por sus sentimientos. Para ellos, las personas tienen una existencia separada o necesidades propias. Es habitual que el individuo con un trastorno narcisista de la personalidad termine una relación luego de un corto tiempo, cuando la otra persona comienza a realizar demandas provenientes de sus propias necesidades. Y algo más importante aun, en realidad esas relaciones no "le sirven" al narcisista para mantener su propio sentido de la autoestima (Stolorow, 1975).

Fenomenología del trastorno narcisista de la personalidad

La literatura psicodinámica sobre el trastorno narcisista de la personalidad es algo confusa porque este rótulo parece aplicarse de igual modo a pacientes con cuadros clínicos bastante diferentes. El DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994) enumera nueve criterios para el diagnóstico del trastorno narcisista de la personalidad (cuadro 16-1).

Estos criterios identifican a ciertos tipos de pacientes narcisistas, específicamente, al individuo arrogante, fanfarrón, "ruidoso", que demanda ser el centro de la atención. Sin embargo, los criterios no logran caracterizar al individuo narcisista tímido, grandioso en silencio, cuya extrema sensibilidad a los desaires lo lleva a una asidua evitación del centro de la atención (Cooper y Michels, 1988).

La literatura identifica algo como un continuo del trastorno narcisista de la personalidad. Kernberg (1970, 1974a, 1974 b, 1998) delineó un tipo de narcisismo envidioso, ambicioso, codicioso, que demanda la atención y el elogio de otros, mientras Kohut (1971, 1977, 1984) describió un tipo narcisísticamente vulnerable propenso a la fragmentación del self. Los diversos tipos de pacientes narcisistas descritos por estos autores pueden ser conceptualizados como ubicándose en dos extremos de un continuo basado en un estilo típico de relación interpersonal. Desde un punto de vista descriptivo, los dos extremos opuestos en este continuo pueden ser denominados como el narcisimo *no consciente*, desatento y el narcisismo *hipervigilante* (Gab-

Cuadro 16-1. Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de trastorno narcisista de la personalidad

Un patrón general de grandiosidad (en la imaginación o en el comportamiento), una necesidad de admiración y una falta de empatía, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítem:

1. Tiene un grandioso sentido de autoimportancia (p. ej., exagera los logros y las capacidades, espera ser reconocido como superior, sin unos logros proporcionados)
2. Está preocupado por fantasías de éxito ilimitado, poder, brillantez, belleza o amor imaginarios
3. Cree que es "especial" y único y que sólo puede ser comprendido por, o sólo puede relacionarse con, otras personas (o instituciones) que son especiales o de alto status
4. Exige una admiración excesiva
5. Es muy pretensioso, por ejemplo, expectativas irrazonables de recibir un trato de favor especial o de que se cumplan automáticamente sus expectativas
6. Es interpersonalmente explotador, por ejemplo, saca provecho de los demás para alcanzar sus propias metas
7. Carece de empatía: es reacio a reconocer o identificarse con los sentimientos y necesidades de los demás
8. Frecuentemente envidia a los demás o cree que los demás lo envidian a él
9. Presenta comportamientos o actitudes arrogantes o soberbios

Fuente. Reproducido del DSM-IV (American Psychiatric Association 1994), p. 661. Usado con permiso.

bard, 1989) (cuadro 16-2). Estos términos se refieren específicamente al estilo predominante de interacción de la persona, tanto en la transferencia con el terapeuta como en las relaciones sociales en general.

Los tipos no conscientes y desatentos parecen no tener conciencia alguna de su impacto en los otros. Hablan como si estuvieran dirigiéndose a una gran audiencia, a la que apenas miran y por lo general sus ojos apuntan para otro lado, sin fijar la mirada en ninguna persona. Ellos hablan "hacia" otros, no "a" otros. No se dan cuenta de que son aburridos y que algunas personas van a abandonar la conversación y buscarán compañía en otro lado. Sus conversaciones están repletas de referencias a sus propios logros, y es claro que necesitan ser el centro de atención. Son insensibles a las necesidades de los otros, hasta el punto de que no permiten que otros intrervengan en la conversación. Suelen hablar "solos" sin atender al receptor. El tipo no consciente de trastorno narcisista de la personalidad coincide casi con el cuadro clínico descrito en los criterios del DSM-IV.

Cuadro 16-2. Dos tipos de pacientes con trastorno narcisista de la personalidad

El narcisista no consciente (desatento)	El narcisita hipervigilante
1. No tiene conciencia de las reacciones de otros	1. Es altamente sensible a las reacciones de otros
2. Es arrogante y agresivo	2. Es inhibido, tímido, o incluso pasa inadvertido
3. Abstraído en sí mismo	3. Dirige la atención a otros más que a sí mismo
4. Necesita ser el centro de la atención	4. Rehúye ser el centro de la atención
5. Tiene un "emisor pero no un receptor"	5. Escucha a los otros cuidadosamente buscando indicadores de desaires o críticas
6. Es aparentemente insensible a que sus sentimientos sean heridos por otros	6. Sus sentimientos son fácilmente heridos; son propensos a sentirse avergonzados o humillados

Las cuestiones narcisistas del tipo hipervigilante, por el otro lado, se manifestan de diferentes modos. Estas personas son exquisitamente sensibles a la reacción de los otros. De hecho, dirigen continuamente su atención hacia otros, en contraste con la propia admiración del narcisista no consciente. Como el paciente paranoide, escuchan atentamente a los demás para ver si hay alguna reacción crítica y tienden a sentirse desairados algunas veces. Un paciente narcisista estaba tan pendiente de las reacciones de su terapeuta que cada vez que éste cambiaba de posición la silla o carrspeaba, el paciente lo tomaba como una señal de aburrimiento. Cuando el terapeuta arrancó una hoja seca de una planta que estaba en el escritorio, el paciente se sintió humillado y buscó un nuevo terapeuta. Los pacientes de este tipo son tímidos e inhibidos al punto de autoevanescerse. Ellos esquivan el centro de atención porque están convencidos de que serán rechazados y humillados. En su interior hay un profundo sentimiento de vergüenza relacionado con el deseo secreto de exhibirse de un modo grandioso.

La vergüenza tiene también otros determinantes. Se relaciona con un proceso de autoevaluación en el cual uno se siente inadecuado (esto es, no alcanzando un estándar o ideal de lo que uno debería ser). La sensación de defecto inherente es esencial de la vergüenza (Cooper, 1998). Lewis (1987) distinguió la vergüenza de la culpa. Mientras que las personas culpables pueden sentirse que no están a la altura de un estándar, no tienen la sensación de ser defectuosos de modo irreparable en la forma en que ciertos individuos con trastorno de la personalidad narcisista lo sienten. El sentimiento de ser humillado o dolorosamente expuesto al ser confrontado con

las deficiencias de las capacidades de uno, al reconocer las necesidades insatisfechas, es central en la psicopatología de los individuos con narcisismo patológico. Y muchas de las defensas que esas personas desarrollan son diseñadas para prevenirse de la toma de conciencia de los sentimientos asociados con estas experiencias.

Aunque ambos tipos luchan por mantener su autoestima, abordan esa cuestión de modos extremadamente diferentes. Los narcisistas no conscientes intentan impresionar a otros con sus logros mientras se aíslan de la herida narcisista chequeando las respuestas de otros. Los narcisistas hipervigilantes intentan mantener su autoestima evitando las situaciones vulnerables y a través del estudio intenso de otros para resolver cómo comportarse. Ellos atribuyen de manera proyectiva su propia desaprobación de sus fantasías de grandiosidad hacia otros (Gabbard, 1983). Esta tipología está bastante relacionada con la distinción de Rosenfeld (1987) entre los pacientes narcisistas de "piel gruesa" y "piel fina" y con las categorías de Broucek de *egotista* y *disociativo*. Sin embargo, mientras que el narcisista no consciente es casi idéntico al tipo egotista, el paciente hipervigilante no proyecta su grandiosidad a un otro idealizado, como en el caso del tipo disociativo de Broucek, pero sí lo retiene dentro y lo considera al otro como un perseguidor.

A pesar de las fallas de los criterios del DSM-IV para representar a la variante hipervigilante del trastorno narcisista de la personalidad, hay evidencia empírica para la distinción entre no consciente e hipervigilante. Wink (1991) llevó a cabo un análisis de los principales componentes de seis escalas de narcisismo del Minnesota Multiphasic Personality Inventory (MMPI) y encontró dos factores ortogonales: una dimensión Vulnerabilidad-Sensibilidad y una dimensión Grandiosidad-Exhibicionismo. Él concluyó que estos dos conjuntos relativamente no correlacionados, a los que se refirió como narcisismo *abierto* y narcisismo *encubierto*, confirmaban la existencia de dos formas patológicas diferentes de narcisismo. Aunque ambas formas compartían los rasgos de desconsideración por los otros, autoindulgencia y arrogancia, el grupo Vulnerabilidad-Sensibilidad estaba caracterizado como introvertido, defensivo, ansioso y vulnerable a los traumas de la vida, mientras que el grupo Grandiosidad-Exhibicionismo era extravertido, seguro de sí mismo, exhibicionista y agresivo.

Una mayor evidencia empírica para los dos subtipos del trastorno narcisista de la personalidad provino de un estudio de 701 estudiantes del colegio universitario (Hibbard, 1992). Los sujetos llenaron cuestionarios que contenían ocho escalas para medir el narcisismo, las relaciones de objeto, el masoquismo y la vergüenza. El narcisismo formó dos subgrupos distintos, un estilo narcisísticamente vulnerable y un estilo "fálico", grandioso. El afecto de la vergüenza fue central en la división de estos grupos, se correlacionaba positivamente con el estilo vulnerable y negativamente con el estilo grandioso.

Aunque estos dos tipos pueden ocurrir en forma pura, muchos pacientes se presentan con una mezcla de rasgos fenómenológicos de ambos tipos. Entre estos dos extremos del continuo se encontrarán muchos individuos narcisistas que son mucho más suaves socialmente y que poseen un gran encanto interpersonal.

Comprensión psicodinámica

En las últimas tres décadas, la principal controversia alrededor de la comprensión teórica del trastorno narcisista de la personalidad ha dado vueltas alrededor de los modelos de Kohut y Kernberg (Adler, 1986; Glassman, 1988; Heiserman y Cook, 1998; Josephs, 1995; Kernberg, 1974a, 1974b, 1998; Ornstein, 1974a, 1998). Dado que la teoría de la psicología del self de Kohut se desarrolló en el capítulo 2, aquí sólo haremos una revisión esquemática.

Kohut (1971, 1977, 1984) creyó que los individuos narcisísticamente perturbados tienen una detección en el desarrollo en un estadio en donde requieren respuestas específicas de las personas en su ambiente para mantener la cohesión del self. Para Kohut esto era el resultado de las fallas empáticas de los padres. Específicamente, los padres no respondieron a las muestras de exhibicionismo del niño, apropiadas en cada fase del desarrollo con aprobación y admiración; no ofrecieron experiencias de gemelaridad y no proveyeron al niño modelos dignos de idealización. Estas fallas se manifiestan en la tendencia del paciente a establecer una transferencia especular, gemelar o idealizada.

Kohut postuló una teoría del doble eje (fig. 2-5, cap. 2) para explicar cómo las necesidades narcisistas y las necesidades relacionadas con los objetos pueden coexistir en el mismo individuo. A través de nuestras vidas, argumentó Kohut, necesitamos respuestas de objetos del self de las personas que nos rodean. En otras palabras, en cierto nivel todos consideramos a otros no como personas separadas sino también como fuentes de gratificación para el self. La necesidad de las funciones de tranquilización, validación de los objetos del self no se supera. El objetivo del tratamiento es moverse de la necesidad de objetos del self más arcaicos hacia una capacidad para usar objetos del self más maduros y apropiados.

Un caso clínico puede ayudar a ilustrar cómo la teoría de la psicología del self se manifiesta en una situación clínica.

> La señorita DD era una mujer soltera de 26 años que buscó tratamiento cuando la relación de cuatro años con su novio terminó. El rechazo fue para ella "devastador". Aunque negaba específicamente cualquier pen-

samiento suicida, decía que ya no se sentía viva sin él. Aunque ya había pasado un año desde la ruptura, era incapaz de encaminar su vida. Permanecía sentada sin hacer nada, sintiéndose vacía y sola. Continuaba yendo al trabajo, pero luego regresaba a su casa cada noche y se sentaba en su departamento con la mirada perdida o mirando la televisión. Durante la jornada laboral se sentía desapegada de cualquier actividad que llevaba a cabo, como si estuviera en "piloto automático". Hablaba repetidamente de la necesidad de estar "enchufada" con su novio para sentirse viva. Extrañaba con desesperación las caricias en sus cabellos que la calmaban cuando volvía ansiosa del trabajo. De manera patética planteaba: "Sin él, no soy nada. No me puedo tranquilizar a mí misma". Carecía de los síntomas necesarios para el diagnóstico de episodio depresivo mayor descrito en el Eje uno, pero se describía como deprimida y vacía.

Tuvo varias sesiones durante algunas semanas y manifestó que comenzaba a "sentirse viva otra vez". DD planteó que se sentía "enchufada" a su terapeuta. Ella tendía a malinterpretar los comentarios de su terapeuta sintiendo que estaba punto de rechazarla en cualquier momento. Le preguntó si podían incrementar el número de sesiones de dos a cinco veces a la semana para poder verlo todos los días. El terapeuta, por el contrario, creía que todo lo que estaba haciendo era escuchar. Le comentó a su supervisor: "No creo que ella esté interesada en nada de lo que digo. Ella está perfectamente satisfecha si yo simplemente le brindo toda mi atención".

Las formulaciones teóricas de Kernberg (1970, 1974a, 1974b, 1984, 1998) difieren claramente de formulaciones de Kohut (cuadro 16-3). Las mayores diferencias teóricas en sus conceptualizaciones del trastorno narcisista de la personalidad pueden relacionarse con las poblaciones diferentes de pacientes que estudiaron. La muestra de Kohut consistía en pacientes ambulatorios con un funcionamiento bastante bueno que podían permitirse el psicoanálisis. En general, ellos eran profesionales y describían sentimientos vagos de vacío de depresión y problemas particulares en sus relaciones. Luchaban para mantener su autoestima profesional, y tendían a sentirse desairados por otros (Kohut, 1971). Kernberg, por el otro lado, ha trabajado siempre en hospitales, y ha basado su marco referencial conceptual en una mezcla de pacientes internados y ambulatorios. En sus descripciones clínicas los pacientes son más primitivos, más arrogantes, más agresivos (con frecuencia con rasgos antisociales), y más abiertamente grandiosos (aunque la grandiosidad puede alternar con la timidez) que los descritos por Kohut.

Kohut (1971) diferenció los trastornos narcisistas de la personalidad de los trastornos borderline. Para él, el paciente borderline no alcanzó la suficiente cohesión del self para ser analizado. Su diagnóstico de personalidad narcisista estaba basado en el desarrollo de la transferencia especular o

Cuadro 16-3. Comprensión dinámica del trastorno narcisista de la personalidad; Kohut versus Kernberg

Kohut	Kernberg
1. Basa la teoría en personas con relativamente buen funcionamiento cuya autoestima es vulnerable al desaire Todos pacientes ambulatorios	1. Basa la teoría en una mezcla de pacientes internados y ambulatorios, la mayoría son primitivos, agresivos y arrogantes, con grandiosidad altiva coexistiendo con timidez
2. Diferencia la personalidad narcisista de los estados borderline	2. Define la personalidad narcisista como de una subcategoría sorprendentemente similar de personalidad borderline (mientras que la mayoría tiene mejor funcionamiento yoico que los pacientes borderline, algunos funcionan en un nivel abiertamente borderline)
3. No define el mundo interno de la personalidad narcisita porque el énfasis es en la internalización de las funciones faltantes	3. Delinea defensas primitivas y relaciones de objeto típicas de la personalidad borderline
4. Define al "self" normal y arcaico como uno que está detenido en su desarrollo	4. Define al self como una estructura altamente patológica compuesta por la fusión del self ideal, el objeto ideal y el self real.
5. Ve al self como no defensivo	5. Ve al self grandioso como *defensivo* frente a la investidura o dependencia de otros
6. Se focaliza principalmente en aspectos libidinales/idealizados, con agresión, conceptualizados como *secundarios* a la herida narcisista	6. Enfatiza la envidia y la agresión
7. Acepta la idealización literalmente como una fase normal del desarrollo y un modo de construir una estructura psíquica faltante	7. Ve a la idealización como defensiva frente a la rabia, envidia, desdén y desvalorización

idealizada en el contexto de un análisis de prueba. En contraste, Kernberg (1970) vio la organización defensiva de la personalidad narcisista como sorprendentemente similar al trastorno borderline de la personalidad. De hecho, la vio como uno de los varios tipos que operan en un nivel de organización borderline de la personalidad (véase cap. 15). Él diferenció el trastorno narcisista de la personalidad de la personalidad borderline sobre la base del self integrado pero patológicamente grandioso. Esta estructura

es una fusión del self ideal, el objeto ideal y el self real. Esta fusión resulta en la devaluación destructiva de las imágenes de los objetos. Los pacientes con trastorno narcisista de personalidad se identifican con sus imágenes de self idealizadas para negar su dependencia en objetos externos (otras personas) como también de las imágenes internas de esos objetos. Y además niegan los rasgos inaceptables de sus propias imágenes del self proyectándolos en los otros.

El self patológicamente grandioso explica la paradoja del relativamente buen funcionamiento yoico en presencia de defensas primitivas (escisión, identificación proyectiva, omnipotencia, devaluación, idealización y negación) típicas del paciente borderline. En otras palabras, mientras que los pacientes borderline tienden a tener representaciones del self alternantes que los hace ver muy diferentes de día en día, los pacientes narcisistas tienen un nivel de funcionamiento más suave, basado en un self patológico integrado. Además, la personalidad borderline es mucho más proclive a tener problemas relacionados con las debilidades yoicas, como el pobre control de los impulsos y la baja tolerancia a la ansiedad. Estas debilidades yoicas son mucho menos comunes en las personalidades narcisistas debido a la estructura de self con un funcionamiento más parejo. Sin embargo, Kernberg también agregó que algunos pacientes narcisistas funcionan en un nivel abiertamente borderline. Estos pacientes tienen la grandiosidad y la altanería de la personalidad narcisista con el pobre control de los impulsos y las relaciones de objeto caleidoscópicas de los pacientes borderline. Este grupo requiere en ocasiones hospitalización. (El tratamiento en la internación para estos pacientes es similar al de los paciente borderline presentado en el capítulo 15. El tratamiento de internación de los pacientes narcisistas con rasgos antisociales serios se describe en el capítulo 17.)

La descripción detallada de la constelación defensiva del paciente narcisista y las relaciones de objeto interno provistas por Kernberg contrasta con la tendencia de Kohut de dejar indefinido el mundo interno del paciente narcisista. Kohut enfatizó la internalización de funciones faltantes en las personas en el ambiente y por eso estaba menos preocupado acerca de la estructura intrapsíquica del paciente. Él conceptualizó el self narcisista, sin embargo, como un self arcaico "normal" que está simplemente congelado en el desarrollo, en otras palabras, el paciente es un niño en el cuerpo de un adulto. A diferencia de Kohut, para Kernberg (1974a, 1974b) el self narcisista es una estructura altamente patológica que de ninguna manera se asemeja al desarrollo normal del self de los niños. Señaló que la exposición exhibicionista del self de los niños es encantadora y simpática, en contraste con la ambición y la demanda del self patológico del narcisista.

Otra diferencia en sus visiones del self se relaciona con el funcionamiento defensivo del self. Kohut concibió al self como esencialmente no defensivo (esto es, un self que se desarrolla en forma normal y que simple-

mente se quedó atascado). Kernberg vio el self patológicamente grandioso como defensivo frente a la investidura en otros, y especialmente contra la dependencia de otros. Esta característica puede manifestarse en sí misma como una seudo autosuficiencia en donde el paciente niega cualquier necesidad de dependencia mientras que al mismo tiempo está intentando impresionar y ganar la aprobación de otros. Los pacientes narcisistas con frecuencia insisten, por ejemplo, en que no les importa que sus terapeutas se tomen vacaciones.

Para Kohut la personalidad narcisista es probablemente más caritativa que para Kernberg. Él se centró sobre todo en el anhelo infantil por ciertas respuestas parentales. La agresión es vista como un fenómeno *secundario* (esto es, la rabia narcisística como reacción por la falta de gratificación de las necesidades especulares y de idealización) . En ese sentido, Kohut vio a la agresión como una respuesta enteramente comprensible frente a las fallas parentales. Para Kernberg la agresión era un factor más primario. Niveles desmesuradamente elevados de agresión llevan al paciente narcisista a ser destructivo contra otros. Según Kernberg (1970), la etiología de esta agresión puede ser o constitucional o ambiental. Pero se sabía que surgía adentro y era más que una reacción comprensible a las fallas de los otros. Una manifestación de agresión del paciente narcisista es la envidia crónica intensa (Kernberg, 1974b), que induce al paciente a estropear y destruir las cosas buenas de los otros. Aunque Kohut no vio que la envidia tenía un rol central, Kernberg describió a estos pacientes como comparándose a si mismos con otros en forma constante, sólo para encontrarse atormentados con un sentimiento de inferioridad y anhelos de poseer lo que tienen los otros. La desvalorización de los otros para tratar con su propia envidia está asociada con un vaciamiento del mundo interno de representaciones de objeto que deja al paciente con una sensación de vacío interno (Kernberg, 1998). Ese vacío sólo puede ser compensado a través de la admiración constante y el elogio de lo demás y un control omnipotente sobre las personas de manera tal que su funcionamiento libre y autónomo y el placer no genere más envidia.

Kohut y Kernberg consideraron a la idealización de manera bastante diferente. Para Kohut la idealización en la transferencia es la reviviscencia de una fase normal del desarrollo. Más que una postura defensiva, para él era como un modo de construir una estructura psíquica faltante. Fundamental para comprender a Kohut es la noción de que el individuo narcisista es incompleto sin un objeto del self. Para Kernberg, la idealización es una defensa frente a una variedad de sentimientos negativos, incluyendo rabia, envidia, desprecio y desvalorización.

A la luz de estas diferencias puntuales entre Kohut y Kernberg, debe quedar claro que Kernberg estaba describiendo pacientes que se aproximan más al tipo no consciente, mientras que Kohut parecía estar más escribiendo acerca de pacientes que están más cerca del tipo hipervigilante. Los pa-

cientes narcisistas descritos por Kernberg aparecen frecuentemente teniendo nada más que las formas más superficiales de relación de objeto. Si el paciente es hombre, puede tener un síndrome "Don Juan" en el cual sistemáticamente seduce a las mujeres y las descarta cuando la idealización se torna en desvalorización. Al ver a las mujeres sólo como conquistas, no tiene capacidad para empatizar con sus experiencias internas. Ese paciente parece tener poco interés en lo que otros dicen a menos que el contenido sea halagador. Aunque es más común que estos pacientes sean hombres, las mujeres pueden sufrir patología narcisista similar.

> La señorita EE era una actriz extraordinariamente encantadora. Su gran éxito como actriz se debía a que en el escenario era tan carismática que provocaba muchos elogios y aplausos del público. Sin embargo, recurrió a un tratamiento porque varias relaciones con hombres le habían hecho pensar que quizá nunca encontraría un compañero adecuado. Ella describía una rápida pérdida del interés en cada amante luego de un período inicial de idealización. Se quejaba de que los hombres se preocupaban más de sus asuntos y no le prestaban la suficiente atención. Su última relación se había roto porque su novio explotó y le dijo: "¡Ningún hombre jamás podrá darte la atención que deseás. Lo que vos querés es lo que una madre le da a su bebé!". Este comentario le impactó y comenzó a pensar que la psicoterapia podría ayudarla. Ella estaba describiendo básicamente una dificultad para entender la subjetividad de sus amantes en la cual sus necesidades e intereses no la incluían.

La controversia Kohut-Kernberg aún está latente, con defensores en ambos lados que sostienen que su experiencia clínica valida su propia perspectiva teórica favorita. En la práctica, algunos pacientes narcisistas parecen encajar más en un marco que en el otro. La amplia gama de pacientes abarcados por el término *trastorno narcisista de la personalidad* puede demandar más que una sola perspectiva teórica que provea explicación. Un esfuerzo de investigación para validar los dos constructos encontró datos coherentes en ambas teorías pero sugirió que la explicación más moderada era ver el modelo de Kohut como un caso especial de la teoría más general de la psicología del yo-relaciones objetales de Kernberg (Glassman, 1988).

El debate teórico entre Kohut y Kernberg con frecuencia oscurece otras contribuciones creativas a la comprensión del trastorno narcisista de la personalidad. En una serie de trabajos, Rinsley (1980, 1984, 1985, 1989) vinculó el origen del trastorno narcisista de la personalidad con el marco de la teoría del desarrollo de Mahler (Mahler y col., 1975). Él postuló que mientras el paciente borderline sufre una detención en el desarrollo de ambos subprocesos de separación e individuación que alcanza el pico durante la subfase de acercamiento (véanse caps, 2 y 15), el paciente narcisista puede ser caracterizado como teniendo una *disociación* de los dos subprocesos: al-

canza la individuación pero la separación se detiene. Este escenario del desarrollo determina un niño "seudomaduro" que tiene el mensaje de que se le permite separarse psicológicamente de su madre sólo con la condición de que todos sus logros posteriores se relacionen con ella. La explicación de Rinsley resuena con la observación de Kernberg de que en ciertas áreas el paciente narcisista puede funcionar de manera tranquila constante e incluso puede ser capaz de alcanzar logros sorprendentes en el trabajo, mientras sigue sufriendo relaciones de objeto muy problemáticas.

Rothstein (1980) intentó comprender el trastorno narcisista de la personalidad de acuerdo con el modelo estructural de Freud (véase cap. 2). Él definió al narcisismo como "una sentida cualidad de perfección" que es un aspecto universal de la psiquis humana. Este estado perfecto puede ser integrado con un yo saludable o patológico; la naturaleza del yo determina si el narcisismo es patológico o saludable.

Modell (1976) utilizó la metáfora de un capullo para describir la sensación de no relación con el ambiente del individuo narcisista. Este capullo es como una ilusión de autosuficiencia omnipotente, reforzada por fantasías de grandiosidad, que pueden ser iniciadas por una madre con una visión grandiosa y exagerada de las capacidades de su niño. Modell creía que una fachada no comunicativa y de no relación refleja un temor a la fusión del cual el paciente debe defenderse. La tarea del terapeuta debe ser crear un ambiente sostenedor (Winnicott, 1965) para permitir que el desarrollo avance como en el tratamiento de los trastornos esquizoides de la personalidad (descrito en cap. 14).

Abordajes terapéuticos

Psicoterapia individual y psicoanálisis

Técnica

Ambos, Kernberg y Kohut, creyeron que el psicoanálisis es el tratamiento de elección para la mayoría de los pacientes con trastorno narcisista de la personalidad. Debido a limitaciones prácticas de tiempo y dinero, muchos de estos pacientes también se ven en psicoterapia expresiva-de apoyo con una predominancia de técnicas expresivas en sesiones de una o dos veces por semana. Las sugerencias técnicas específicas de Kohut y Kernberg reflejan sus diferentes conceptualizaciones teóricas.

Para Kohut, la empatía era la piedra fundamental de la técnica (Ornstein, 1974b, 1998). Los terapeutas deben enpatizar con el intento del pa-

ciente de reactivar una relación parental fracasada obligando al terapeuta a satisfacer las necesidades del paciente de afirmación (la transferencia especular), de idealización (la transferencia idealizada), o de ser como el terapeuta (la transferencia gemelar). La emergencia de estas transferencias de objetos del self no debe ser interpretada prematuramente. El énfasis de Kohut de empatizar con el paciente como una víctima de las fallas empáticas de otros no implica una técnica predominantemente de apoyo. Destacó que el analista o el terapeuta debe interpretar, más que gratificar activamente, la búsqueda del paciente de ser tranquilizado (Kohut, 1984). Una intervención típica puede sonar de esta manera: "Es doloroso que a uno no lo traten como uno siente que merece ser tratado".

A pesar de la insistencia de Kohut de que su abordaje técnico no se apartaba radicalmente de la técnica psicoanalítica clásica, sus sugerencias, como describieron sus supervisados (Miller,1985) revelaron diferencias fundamentales de esa técnica. Aconsejaba a los analistas a tomar siempre el material analítico de un modo "literal", tal cual el paciente lo experimentaba. El terapeuta puede de esta manera evitar repetir las fallas empáticas de los padres, quienes con frecuencia tratan de convencer al niño de que sus sentimientos reales son *diferentes* de aquellos que el niño describe. Kohut indicó que, si el abordaje literal no da frutos, uno puede siempre invertir el material o buscar significados ocultos debajo de los sentimientos "cercanos a la experiencia". Este abordaje está íntimamente relacionado con la visión de Kohut de "resistencia" como una actividad psíquica que salvaguarda la cohesividad del self (véase cap. 2).

Kohut era agudamente sensible a las evidencias de la fragmentación del self del paciente en la sesión analítica o terapéutica. Cuando esas fragmentaciones ocurren, el terapeuta debe centrarse en los eventos precipitantes más que en el contenido de la fragmentación en sí misma (Miller, 1985; Ornstein, 1974a). Por ejemplo, luego de que uno de los supervisados por él estornudó en una sesión analítica y el paciente encontró dificultad en continuar, Kohut le aconsejó al analista a que centrara la atención en la naturalidad de la respuesta del paciente a tal estímulo por ser inesperado más que en la sensibilidad especial del paciente a ese estímulo (Miller, 1985). Este foco está correlacionado con una premisa general de la psicología del self de que los terapeutas deben estar continuamente sintonizados en cómo reviven los traumas infantiles con sus pacientes. Kohut creía que el paciente siempre tienen razón; si el paciente se siente lastimado o desinflado, es razonable asumir que el analista o un terapeuta ha cometido un error. Él señaló que los pacientes con frecuencia se sienten expuestos y avergonzados cuando el analista presta atención a los lapsus linguae, por eso él no insistía en la interpretación de los actos fallidos. Kohut estaba siempre sensible a la propensión del paciente narcisista a sentir vergüenza. El terapeuta debe evitar el desvío de la experiencia subjetiva consciente del paciente para

abordar material inconsciente fuera del conocimiento de éste. Las interpretaciones de los motivos inconscientes sólo harán que el paciente se sienta "atrapado", no comprendido y avergonzado.

Kohut enfatizó la importancia de mirar el lado *positivo* de la experiencia del paciente y evitaba escrupulosamente comentarios que pudieran ser vistos como agudamente críticos. Él prestaba atención al progreso del paciente y esquivaba la formulación de preguntas. Creía que comprender era el trabajo del terapeuta, no del paciente (Miller, 1985).

Kohut afirmó que el objetivo del tratamiento psicoanalítico y psicoterapéutico del trastorno narcisista de la personalidad es ayudar al paciente a identificar y buscar los objetos del self apropiados. Creía que los profesionales de la salud mental tienden a sobrevalorar la separación y la autonomía. Estaba preocupado acerca de que los terapeutas usaran un tono moralista para expresar a los pacientes la expectativa de que ellos *deberían* volverse más independientes.

El abordaje técnico de Kohut ha sido criticado en muchos puntos. Su reducción de toda la psicopatología a fallas empáticas por parte de los padres ha sido criticada como sobresimplificada por su "culpabilización de los padres" y por estar fuera del principio psicoanalítico central de la sobredeterminación (Curtis, 1985; Stein, 1979). Su énfasis en permanecer "cerca de la experiencia" en la técnica terapéutica también ha sido desafiada como poseedora del potencial de pasar por alto cuestiones inconscientes importantes que deben ser abordadas durante el tratamiento (Curtis 1985).

Kernberg (1974a, 1974b) observó algunos fenómenos transferenciales similares a los observados por Kohut, pero él creía que había que utilizar diferentes abordajes técnicos. Por ejemplo, conceptualizó la transferencia especular e idealizada de una manera más moderada (cuadro 16-4). Para él, el self grandioso del paciente está proyectado y reintroyectado alternadamente de manera tal que una figura idealizada está siempre en la habitación mientras la otra figura es denigrada y a la sombra de la persona idealizada. Él también vio la idealización como una operación defensiva frecuente que implica la escisión. En otras palabras, debido a que la idealización del terapeuta puede ser la forma del paciente de defenderse frente a sentimientos escindidos de desprecio, envidia y rabia, el terapeuta debe interpretar la idealización como una defensa más que simplemente aceptarla como una necesidad del desarrollo normal, como defendió Kohut.

El abordaje de Kernberg es en general mucho más confrontacional que el de Kohut. Convencido de que la ambición y la demanda típica del trastorno narcisista de la personalidad no son simplemente aspectos del desarrollo normal, Kernberg creyó que estos rasgos deben ser confrontados y examinados desde el punto de vista del impacto en los otros. Mientras Kohut enfatizó el lado positivo de la experiencia del paciente, Kernberg creyó que los desarrollos tempranos de transferencia negativa deben ser sistemá-

ticamente examinados e interpretados. Específicamente, Kernberg enfatizó que el terapeuta debe prestar atención a la envidia y a como ésta impide al paciente recibir y reconocer la ayuda. Cuando los pacientes reciben algo positivo del terapeuta, eso con frecuencia aumenta su envidia porque genera sentimientos de inadecuación o de inferioridad en respuesta a la capacidad del terapeuta de comprensión y cuidado. Una muestra de interpretación puede sonar de la siguiente manera: "Para evitar sentimientos dolorosos de envidia, usted puede necesitar desechar mis comentarios considerándolos ridículos o sin sentido".

Cuadro 16-4. Técnica psicoterapéutica; Kohut versus Kernberg

Kohut	Kernberg
1. Ve la transferencia idealizada o especular como dos polos diferentes del self bipolar (Kohut 1977) o tripolar (Kohut 1984)	1. Ve a la transferencia especular e idealizada como aspectos de la transferencia relacionadas con la proyección y reintroyección del self grandioso del paciente
2. Acepta la idealización del paciente como una necesidad normal del desarrollo	2. Interpreta la idealización como una defensa
3. Empatiza con los sentimientos del paciente entendiéndolos como una reacción comprensible a las fallas de los padres y otros	3. Ayuda al paciente a ver sus propia contribución a los problemas en las relaciones
4. Acepta los comentarios de los pacientes literalmente, ve las resistencias como actividades psíquicas saludables que salvaguardan el self	4. Confronta e interpreta la resistencia como maniobras defensivas
5. Ve el lado positivo de la experiencia del paciente	5. Examina los aspectos positivos y negativos de la experiencia del paciente (si sólo se enfatiza la experiencia positiva del paciente éste puede desarrollar un mayor temor a la rabia y envidia interna)
6. Llama la atención al progreso del paciente	6. Pone la atención en la envidia y en cómo impide que el paciente reconozca y reciba ayuda
7. Tiene como objetivo del tratamiento ayudar a que el paciente adquiera la capacidad de identificar y buscar objetos del self apropiados	7. Tiene como objetivo del tratamiento que el paciente desarrolle culpa y preocupación, e integre la idealización y confianza con la rabia y desdén

Aunque Kernberg es con frecuencia malinterpretado como focalizándose exclusivamente en la transferencia negativa, de hecho defendió un examen sistemático de los desarrollos tanto positivos como negativos de la transferencia (Kernberg 1974b). Advirtió que los terapeutas que sólo abordaban los aspectos positivos de la transferencia pueden incrementar inconscientemente los temores de sus pacientes de su propia envidia o rabia. Un paciente que cree que el terapeuta no puede manejar esos aspectos suyos puede entonces escindirlos y mantenerlos fuera del proceso terapéutico.

Kernberg también difiere significativamente de Kohut en los objetivos del tratamiento. Mientras que la técnica de Kohut implica que la esencia de la cura no está en la esfera cognitiva, Kernberg creía que una comprensión cognitiva a través del proceso interpretativo es crucial para el éxito terapéutico. El objetivo del tratamiento para Kernberg (1970) incluiría desarrollar culpa y preocupación por otros, como también integrar la idealización y la confianza con la rabia y el desprecio (esto es, integrar los aspectos "buenos" de la experiencia con los aspectos "malos").

Para Kernberg, las personas con trastorno narcisista de la personalidad eran los pacientes más difíciles de tratar debido a que sus esfuerzos por tratar de derrotar al terapeuta. Para que el tratamiento y el terapeuta sean efectivos, estos pacientes deben tratar con sus intensos sentimientos de envidia de que otros tienen las buenas cualidades que a ellos les faltan. El paciente usa defensivamente la denigración y el control omnipotente para mantener al terapeuta distante. Kernberg creía que para que el tratamiento fuera viable, estas maniobras defensivas debían ser continuamente confrontadas. Un paciente con rasgos significativamente antisociales (que son comunes en pacientes narcisistas) pueden ser simplemente intratables. (Los factores que determinan la tratabilidad de los pacientes antisociales se discuten en el capítulo 17 con cierto detalle.) Sin embargo, algunos factores sugieren un pronóstico favorable (Kernberg, 1970): cierta habilidad para tolerar la depresión y el duelo, más culpa que tendencias paranoides en la transferencia, cierta capacidad para sublimar pulsiones primitivas, relativamente buen control de los impulsos y buena motivación. Los pacientes que buscan terapia o análisis simplemente con el propósito de su entrenamiento o porque ellos piensan que les conferirá prestigio a los ojos de otros pueden presentar una resistencia formidable que contribuye a un pronóstico favorable.

En ese grupo de pacientes recién mencionados que operan en un nivel abiertamente borderline, Kernberg (1984) sugirió que en verdad una psicoterapia de apoyo es un tratamiento mucho más efectivo que la terapia expresiva o el análisis. Es probable que este abordaje se deba combinar con una internación si las debilidades yoicas, como la falta el control de los impulsos, son muy graves. Se indica terapia de apoyo en los trastornos narcisistas de la personalidad cuando hay excesiva crueldad o sadismo, marcados rasgos antisociales, prácticamente no existe un compromiso con otras

personas, son intensas las reacciones paranoides hacia los otros y hay una propensión a la rabia crónica que es siempre racionalizada como la culpa del otro. En estos procesos de apoyo, Kernberg (1984) sugirió que los pacientes pueden beneficiarse al "robar" cualidades positivas de su terapeuta. Debido a que esta identificación con el terapeuta puede ayudar a los pacientes a funcionar mejor, el proceso es mejor si se queda sin interpretar.

Las críticas al abordaje de Kernberg argumentan que interfiere con el desarrollo natural de la transferencia de los objetos del self. Algunos incluso han sugerido que confrontar agresivamente la agresión oral de los pacientes puede determinar un deterioro de su funcionamiento (Brandschaft y Storolow, 1984). Para ellos, el cuadro borderline de rabia, desdén y denigración es un producto de la herida narcisista inducida por las "intervenciones críticas" del terapeuta. De este modo las diferencias en los tipos de pacientes descritos por Kernberg y Kohut pueden ser vistas como el resultado parcial de factores iatrogénicos (Adler, 1986).

Los psicoterapeutas que se enfrentan con la tarea formidable de tratar a pacientes narcisistas deben evitar "uno u otro" un abordaje de las teorías de Kernberg y Kohut. Más que obsesionarse acerca de cuál es la "correcta", los terapeutas deben dedicarse a escuchar cuidadosamente a sus pacientes, observando los desarrollos de la transferencia y contratransferencia y sobre todo notar sus respuestas a intervenciones de prueba. De esta manera, los terapeutas pronto alcanzarán una conclusión tentativa acerca de qué modelo teórico y técnico es más útil para un paciente particular. Algunos simplemente no tolerarán más que un abordaje empático, cercano a la experiencia basado en el modelo de Kohut. Cualquier desviación de ese patrón de intervenciones se encontrará con "cierres" prolongados, con el paciente rehusando hablar y sintiéndose incomprendido, o inclusive decidiendo abandonar abruptamente la terapia.

En otros casos, el paciente puede sentirse comprendido por interpretaciones de la envidia y el desdén y puede entonces responder mejor a la técnica de Kernberg. Algunos pacientes narcisistas no desarrollan transferencia de los objetos del self descritas por Kohut, pero en cambio se presentan al terapeuta con denigración y rabia continuas. En algunos casos, el terapeuta debe interpretar y confrontar esos ataques verbales abiertos o el paciente encontrará difícil o imposible continuar con el tratamiento. Mitchell (1988) señaló que es erróneo considerar el abordaje de Kohut como más empático que el de Kernberg. Ambos responden prácticamente a diferentes dimensiones del paciente.

Incluso otros pacientes pueden beneficiarse de una combinación de estrategias técnicas. Aunque los puristas pueden argumentar que las dos teorías son incompatibles, el paciente no es consciente de las teorías. Más aún, el terapeuta trata pacientes, no teorías. Muchos requieren el abordaje de la psicología del self a la técnica temprana en su tratamiento porque ayuda a

construir una alianza terapéutica basada en la sensación de que el terapeuta comprende y empatiza con la experiencia de victimización. Una vez que se establece la alianza, el terapeuta puede comenzar a confrontar a los pacientes con sus propias contribuciones a sus dificultades interpersonales, como las expectativas desmedidas que otros no pueden satisfacer. Hablando de modo práctico, la patología narcisista raramente puede ser conceptualizada como que la falta es por completo de los padres o del paciente. Lo habitual es que ambas partes contribuyeron a la dificultad, y una terapia amplia deberá abordar estos problemas desde los dos ángulos. En realidad, la mayoría de los analistas y otros clínicos orientados dinámicamente operan en algún punto medio entre los dos extremos (Gabbard, 1998; Mitchell, 1988). Josephs (1995) sugirió que aunque la empatía por las necesidades del paciente de objetos del self arcaicos es necesaria al principio, debe finalmente ser equilibrada por la interpretación de la función defensiva de las transferencias de los objetos del self.

Por último, no debemos asumir que la etiología y la patogenia de la patología narcisista del carácter siempre encajará prolijamente en los marcos teóricos de Kohut y Kernberg. En marcado contraste con los padres con fallas empáticas, algunos padres de los pacientes narcisistas tienden a ser abiertamente indulgentes. Ellos parecen estimular la grandiosidad a través de un patrón de excesiva especularidad. Esos padres elogian a sus hijos sin cesar, haciéndolos sentir verdaderamente especiales y dotados. Cuando estos niños crecen, se sienten frustados en forma repetida porque los otros no los tratan como lo hicieron sus padres. En otros casos, el incesto madre-hijo o variantes de ese tipo pueden producir un cuadro narcisista del tipo hipervigilante (Gabbard y Twemlow, 1994). Estos pacientes tienen una visión grandiosa de sí mismos como privilegiados para ocupar ciertas posiciones especiales en relación con los demás, en combinación con una tendencia paranoide para anticipar la represalia o el abandono percibido por las transgresiones edípicas. En consecuencia, los terapeutas pueden beneficiarse al tomar un abordaje heurístico (véase cap. 4) con los pacientes narcisistas; la terapia debe ser un esfuerzo colaborativo en el cual el paciente y el terapeuta descubren juntos los orígenes de las dificultades del primero sin forzar el material rígidamente para encajar en una teoría o en la otra.

Contratransferencia

A pesar del marco teórico del terapeuta, ciertos problemas contratransferenciales previsibles surgen en el tratamiento de los pacientes narcisistas. Algunos de estos problemas tienen bastante magnitud e intensidad como para socavar irrevocablemente la situación del tratamiento. Por eso, nunca será excesivo insistir en el manejo óptimo de los patrones de contratransferencia.

Hay poco cuestionamiento acerca de si la psicoterapia como carrera provee una oportunidad para gratificar los deseos de ser amado, necesitado e idealizado (Finell, 1985). El terapeuta en el medio de una transferencia idealizada de un paciente narcisista puede sentirse tan gozoso de sus demostraciones de afecto que puede aliarse con el deseo del paciente de excluir el odio y el enojo de la terapia. Algo típico en el tratamiento de los pacientes narcisistas es que al principio idealizan al actual terapeuta y desvalorizan a todos los terapeutas previos. En vez de ver este proceso como una maniobra defensiva, los terapeutas, a los que les encanta la idealización, pueden limitarse a aceptar que poseen dones únicos que los otros terapeutas no tenían.

Las cuestiones narcisistas no son exclusivas del trastorno narcisista de la personalidad. Atañen a todos los pacientes y a todos los terapeutas. Los terapeutas que no pueden reconocer y aceptar sus propias necesidades narcisistas, y luego usarlas para brindar un tratamiento efectivo, pueden en cambio renegarlas y externalizarlas. Estas defensas contribuyen a una visión errónea del paciente como el único portador del narcisismo en la díada paciente-terapeuta.

Otro problema contratransferencial que suele surgir en el tratamiento de los pacientes narcisistas es el aburrimiento. Esto con frecuencia surge de un sentimiento de que el paciente está desatento o no está consciente de la presencia del terapeuta. Durante períodos prolongados, el terapeuta debe tolerar la sensación de que el paciente lo está usando como una caja de resonancia. Esto es típico de los pacientes narcisistas no conscientes que se sostienen como si estuvieran hablando a una audiencia e ignorando al terapeuta como una persona con pensamientos y sentimientos propios.

> El señor FF recurrió a una terapia luego de tres intentos previos fallidos. Su último tratamiento había durado tres años en otra ciudad. El señor FF denigraba esta experiencia terapéutica como una "total pérdida de tiempo" y no podía ni siquiera recordar el nombre de su anterior terapeuta. (Estos dos signos, una incapacidad para recordar y la total desvalorización de una experiencia terapéutica previa son con frecuencia claves diagnósticas de la patología narcisista del carácter.) Él dijo que el "doctor como se llame" lo interrumpía mucho y no era un buen oyente. FF habló mucho acerca de su necesidad de un terapeuta verdaderamente "especial". Especulaba incluso acerca de que no había nadie en la ciudad que pudiera entenderlo realmente.
>
> A medida que FF continuaba divagando a lo largo de varias semanas, su terapeuta empezó a temer cada sesión. Advirtió que se ponía a pensar en sus planes para esa noche, en su estatus financiero, en su escrito inconcluso y una variedad de otras cuestiones que no tenían que ver con FF y sus problemas. También se dio cuenta de que miraba el reloj a cada rato ansioso porque terminara la sesión. Cuando hacía alguna intervención, FF a menudo ignoraba sus comentarios y decía: "Sólo déjeme

terminar esta cadena de pensamientos primero", o "Oh, sí, ya me dí cuenta de eso".

Después de un período de vacaciones de tres semanas, el terapeuta reanudó sus sesiones con FF. En la primera sesión, el paciente comenzó justo por donde había dejado en la última sesión, como si el tiempo no hubiera pasado. El terapeuta, exasperado por su sensación de que él no tenía ninguna importancia para el señor FF, dijo: "Actúa como si nos hubiéramos visto ayer. ¿Estas tres semanas de separación no han significado nada para usted?". FF detectó un tono crítico, sarcástico en la voz del terapeuta y replicó: "Usted tiene el mismo problema que mi último terapeuta. Está siempre incluyéndose en todo. Yo no le pago para que hable de sus sentimientos. Estoy aquí para hablar de mí mismo".

Todos nosotros tenemos la necesidad de ser necesitados, y por ende es difícil para los terapeutas tolerar la "existencia satelital" (Kernberg, 1970) que muchos pacientes narcisistas les asignan. Este sentimiento de exclusión puede representar un proceso de identificación proyectiva (Adler, 1986; Finell, 1985) en el cual el paciente excluye al terapeuta tal como él se sintió excluido por sus propios padres. Debido a que el paciente narcisista tiende a tratar al analista como una extensión de sí mismo, tiende a evocar en el analista ciertos estados que reflejan sus propias luchas internas (Groopman y Cooper, 1995). En otras palabras, un aspecto del paciente es proyectado sobre el terapeuta, quien se identifica con este self antes de ayudar al paciente a reintroyectarlo. La contención de este aspecto proyectado del paciente puede ser lo más importante del tratamiento psicoterapéutico en los pacientes narcisistas. Comprender este patrón puede ayudar al terapeuta a evitar aislarse del paciente, a confrontarlo sádicamente, o a sentirse herido y abusado por el paciente.

La variedad hipervigilante de la personalidad narcisista lleva al terapeuta a luchar con problemas contratransferenciales de sentirse controlado. Cuando el paciente lee cada movimiento como una indicación de aburrimiento o rechazo, el terapeuta puede sentirse obligado a sentarse quieto y a focalizar la atención en él en todo momento. Las intervenciones diseñadas para abordar esta interacción pueden tratar de modo productivo con este desarrollo contratransferencial. Un terapeuta que trabaja según la perspectiva de Kernberg puede decir: "Usted parece tener una expectativa no realista de que puede controlar a otros y hacerlos comportar como si fueran extensiones de usted mismo sin permitirles responder desde adentro de acuerdo con sus propias necesidades". Una intervención de la psicología del self podría consistir en "Usted se siente herido cuando carraspeo o me acomodo en mi asiento porque cree que no le presto toda mi atención". Mas allá de los pro y los contra de estos dos ejemplos, el punto principal es que estos comentarios implican una interacción conductual asociada con una respuesta contratransferencial al reino verbal, donde

puede ser discutido abiertamente como una cuestión entre el terapeuta y el paciente.

Finalmente, el terapeuta tendrá que luchar a menudo con sentimientos contratransferenciales en respuesta a la intensa desvalorización por parte del paciente.

> La señorita GG era una paciente con funcionamiento narcisista en un nivel abiertamente borderline que había sido hospitalizada por abuso de drogas. Demandaba barbitúricos para su insomnio y se enfureció cuando el médico del hospital se rehusó a prescribirlos. Cada vez que el doctor realizaba su recorrida diaria, GG recitaba a su doctor varios defectos: "Sos sólo un residente, por eso no sabes cómo tratar a los pacientes. Cuando intentes comenzar tu práctica luego de la residencia, no tendrás ningún paciente porque no sabés cómo tratar a las personas. En vez de escucharme, practicás la psiquiatría siguiendo los libros. No sabés ni siquiera cómo vestirte. Sos un hazmerreír como médico". El doctor preguntó: "¿Por qué siente tanto odio por mí?". GG respondió: "¿Odio? ¡Sos tan despreciable que no vale la pena odiarte!".
>
> Estos ataques verbales son muy habituales en los pacientes narcisistas. Después de cierto tiempo, el médico se siente inútil e impotente y también herido y enojado. Estos pacientes engendran un fuerte odio contratransferencial que puede llevar a comentarios vengativos o decisiones mal aconsejadas, como una forma de apartarse del paciente. Aunque como terapeutas podemos tolerar cierto monto de abuso, todos tenemos un límite que sólo nosotros podemos determinar. Cuando se traspasa ese límite, el terapeuta puede necesitar confrontar el desprecio del paciente violentamente señalándole cómo sus ataques están destruyendo sus posibilidades de recibir un tratamiento efectivo.

Psicoterapia de grupo

La psicoterapia dinámica de grupo con trastornos narcisistas de la personalidad está plena de dificultades si es el único tratamiento utilizado (Azima, 1983; Horner, 1975; Wong, 1979,1980; Yalom, 1985). Los pacientes narcisistas no conscientes pueden disfrutar de contar con una audiencia en la psicoterapia de grupo, pero también pueden sentirse mal porque el terapeuta escucha y atiende a otras personas en el grupo. Un paciente con estas características abandonó la terapia de grupo porque nunca obtuvo el suficiente "tiempo en el aire". El paciente narcisista hipervigilante puede ser herido ante la simple sugerencia de la terapia de grupo. La derivación en sí misma es experimentada como un rechazo o como una indicación de que el terapeuta no está interesado en el paciente. Para la mayoría de los pacientes narcisistas la psicoterapia de grupo es una situación en la cual su ser único y especial será pasado por alto. Ellos tienden a adjudicar un énfasis extraor-

dinario al terapeuta de grupo dada su necesidad de gratificación narcisista por el grupo (Roth, 1998). Cuando los pacientes narcisistas entran en la terapia de grupo, con frecuencia monopolizan las discusiones del grupo y ocupan el rol del "asistente del médico", haciendo observaciones acerca de los problemas de otras personas pero negando sus propios problemas (Wong, 1979).

A pesar de los problemas inherentes en los contextos grupales para los pacientes narcisistas, hay claramente algunas ventajas. En los grupos, los pacientes narcisistas deben confrontar y aceptar el hecho de que otros tienen necesidades y que ellos mismos no pueden esperar ser el centro del atención todo el tiempo. Más aún, los pacientes narcisistas pueden también beneficiarse de las respuestas que otros proveen acerca del impacto de sus rasgos de carácter en los otros. Pueden provocar efectos terapéuticos en miembros del grupo al activar sentimientos latentes de envidia y de ambición en aquellos que tienen otras formas de alteraciones caracterológicas (Azima, 1983).

Algunos autores han sugerido que la combinación de psicoterapia grupal e individual puede beneficiar a los pacientes narcisistas más que cada uno de los abordajes por separado (Horwitz, 1977; Wong, 1979, 1980). Pocos grupos pueden absorber las intensas demandas de atención del paciente narcisista, pero si el proceso individual comenzó antes, el paciente puede hacer menos demandas en el grupo.Wong (1979, 1980) recomendó específicamente un período preparatorio relativamente largo de terapia individual con un abordaje técnico que siga a Kohut de modo tal que se establezca una alianza terapéutica sólida para el momento en que el paciente entra al grupo. Este período preparatorio también otorga al paciente tiempo para explorar fantasías personales acerca de la psicoterapia de grupo. Wong recomendó usar el mismo terapeuta tanto para la psicoterapia individual como para la del grupo. Aun con la combinación, sin embargo, el terapeuta debe activamente sostener al paciente si los otros miembros del grupo comienzan a utilizar al miembro narcisista como chivo expiatorio. El terapeuta de grupo puede ayudar a los otros pacientes a empatizar con las necesidades del paciente narcisista a ser reconocido y admirado.

Como se expuso en el capítulo 5, la psicoterapia de grupo puede servir para diluir transferencias negativas intensas. Este principio es ciertamente aplicable a los pacientes narcisistas y los otros pacientes en el grupo con frecuencia ayudan a señalar las distorsiones implicadas en la desvalorización o idealización del terapeuta. De modo similar, las reacciones contratransferenciales que son tan problemáticas en el tratamiento de los pacientes narcisistas pueden también ser diluidas en la terapia de grupo (Wong, 1979). Sin embargo, es recomendable tener sólo un paciente narcisista a la vez en un grupo heterogéneo, para que el impacto de la demanda de estos pacientes no abrume a los otros miembros.

Trastorno narcisista de la personalidad durante todo el ciclo de la vida

Los pacientes narcisistas que llegan al tratamiento como adultos jóvenes por lo habitual se quejan acerca de la cualidad de sus relaciones íntimas. Pueden haber tenido pasiones repetidas que son de duración corta e insatisfactoria. Luego del lustre inicial, la relación se desgasta, la idealización del compañero se vuelve en desvalorización o aburrimiento, y ellos se retraen y buscan nuevos compañeros con quienes puedan satisfacer sus necesidades de admiración, afirmación, amor incondicional y sintonización perfecta. Este modelo de chupar a las personas hasta que se secan y descartarlas como valvas vacías puede al fin volverse cansador. Estos pacientes con frecuencia se acomodan y se casan a los 30 o 40 años.

No es sorprendente que patrones característicos de dificultad ocurran en los matrimonios de pacientes con trastorno narcisista de la personalidad. Ellos pueden buscar por primera vez terapia de pareja bajo el velo de problemas sexuales, depresión o conducta impulsiva (Lansky, 1982). Bajo la presentación encubierta a menudo se encuentra el temor de ser avergonzado o humillado por el cónyuge (esto es, un temor a la fragmentación del self, en términos de la psicología del self). Un esposo narcisista, por ejemplo, puede culpar a su esposa de intentar humillarlo en forma deliberada más que reconocer de que tiene un problema al ser muy vulnerable, dependiente y extraordinariamente necesitado de respuestas de objetos del self, como la de especularidad, por parte su esposa. Este mismo esposo puede en ocasiones alcanzar un estado de rabia narcisística crónica, en el cual mantiene un resentimiento y odio intratables hacia su esposa porque ella no lo trata como él pretende. Esos matrimonios pueden ser altamente refractarios a la terapia de pareja porque el cónyuge narcisista percibe la herida como tan dañina que el perdón está fuera de cuestionamiento y nada de lo que el cónyuge ofensor pueda hacer podría reparar los desagravios.

A pesar de que los pacientes narcisistas prefieren casarse a medida que pasan los años, tienden a encontrar el proceso de envejecimiento como muy angustiante. En muchos casos, estos pacientes son físicamente atractivos o encantadores en el campo interpersonal y han alcanzado cierto grado de éxito durante su juventud. Sin embargo, aunque pueden posponer enfrentarse al vacío que sienten internamente, al final no pueden escapar de él. Kernberg (1974b) señaló:

> Si consideramos que a lo largo del ciclo de la vida ordinario, la mayoría de las gratificaciones ocurren en la adolescencia y en la temprana juventud y que aun a pesar de que los triunfos y gratificaciones narcisistas son alcanzados a lo largo de la vida adulta, el individuo debe finalmente en-

> frentar los conflictos básicos alrededor del envejecimiento, de la enfermedad crónica, las limitaciones físicas y mentales, y por sobre todo, las separaciones, las pérdidas y la soledad; entonces, debemos concluir que la eventual confrontación del self grandioso con la naturaleza frágil, limitada y transitoria de la vida humana es inevitable (p. 238).

Muchos pacientes narcisistas no envejecen bien. Las fantasías grandiosas de juventud y de belleza sin fin se hacen trizas por las vicisitudes del envejecimiento. Para probar su juventud y vigor pueden frenéticamente buscar asuntos extramaritales con compañeras con la mitad de su edad o iniciar actividades equivocadas como la de correr maratones. También son comunes las dramáticas conversiones religiosas en las cuales el narcisista evita el duelo a través de una fuga maníaca hacia la sombra de un objeto idealizado (Dios).

Mucho del placer en la mitad de la vida y en la vejez implica el placer indirecto del éxito de las personas más jóvenes, como los hijos de uno (Kernberg, 1974b). Una de las tragedias que enfrentan las personas con trastorno narcisista de la personalidad es que son robados de esta fuente de placer dada su envidia y su desesperación. Estos sentimientos pueden traer a los pacientes al tratamiento por primera vez cuando ya están entrando a los cuarenta. Al enfrentarse con una sensación de haberse perdido algo y el sentimiento de que su vida está en un curso equivocado, pueden finalmente volverse favorables al tratamiento. Con frecuencia se encuentran solos, sin ninguna relación de sostén, y con un sentimiento devastador de no ser amados. Ellos se ven asimismo confirmando las advertencias de Benjamin Franklin: "El que se ama a sí mismo no tendrá rivales".

Algunos pacientes con altos niveles de narcisismo patológico pueden responder favorablemente a ciertos eventos de la vida, de manera tal que hay razón para la esperanza. Ronningstam y col. (1991) comunicaron cambios en el narcisismo durante un período de tres años en un estudio del seguimiento de 20 pacientes con trastorno narcisista de la personalidad. Mientras que el 40% permaneció sin cambios, el 60% mostró mejoría significativa. El examen de los eventos de la vida para los pacientes mejorados sugirió que tres tipos de experiencias habían producido una diferencia en su orientación narcisística. Nueve pacientes habían presentado *logros correctivos*, conduciendo a un aumento en la aceptación de un concepto más realista de self junto con una disminución de las fantasías exageradas. En cuatro de los pacientes, *una relación correctiva* había sido instrumental en la reducción del narcisismo patológico. Esta observación llevó a los investigadores a concluir que algunas defensas narcisistas no se encuentran tan atrincheradas como parecen estarlo en ciertos individuos que son diagnosticados con trastorno narcisista de la personalidad. Por último, en tres pacientes ocurrieron *desilusiones correctivas* que los ayudaron a obtener una evaluación más realista de sí mismos.

Los pacientes narcisistas proveen enormes desafíos para los terapeutas. Kernberg (1974b) argumentó que los esfuerzos, sin embargo, son bien válidos porque aun cuando son parcialmente exitosos, ayudarán a atenuar los estragos de la segunda mitad de la vida. Si, a través del tratamiento, los pacientes narcisistas pueden alcanzar algún grado de empatía, pueden reemplazar parcialmente su envidia con admiración, y comenzar a aceptar a los otros como individuos separados con sus propias necesidades, entonces serán capaces de evitar terminar sus vidas en una amarga soledad.

Bibliografía

Adler G: Psychotherapy of the narcissistic personality disorder patient: two contrasting approaches. Am J Psychiatry 143:430-436, 1986

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

Azima FJC: Group psychotherapy with personality disorders, in Comprehensive Group Psychotherapy, 2nd Edition. Edited by Kaplan HI, Sadock BJ. Baltimore, MD, Williams & Wilkins, 1983, pp 262-268

Brandschaft B, Stolorow R: The borderline concept: pathological character or iatrogenic myth? In Empathy II. Edited by Lichtenberg J, Bornstein M, Silver D. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1984, pp 333-357

Broucek FJ: Shame and its relationship to early narcissistic developments. Int J Psychoanal 63:369-378, 1982

Cooper AM: Further developments in the clinical diagnosis of narcissistic personality disorder, in Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications. Edited by Ronningstam EF. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp 53-74

Cooper AM, Michels R: Book review of *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised* (DSM-III-R by the American Psychiatric Association). Am J Psychiatry 145:1300-1301, 1988

Curtis HC: Clinical perspectives on self psychology. Psychoanal Q 54:339-378, 1985

Finell JS: Narcissistic problems in analysts. Int J Psychoanal 66:433-445, 1985

Gabbard GO: Further contributions to the understanding of stage fright: narcissistic issues. J Am Psychoanal Assoc 31:423-441, 1983

Gabbard GO: Two subtypes of narcissistic personality disorder. Bull Menninger Clin 53:527-532, 1989

Gabbard GO: Transference and countertransference in the treatment of narcissistic patients, in Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications. Edited by Ronningstam EF. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp 125-146

Gabbard GO, Twemlow SW: The role of mother-son incest in the pathogenesis of narcissistic personality disorder. J Am Psychoanal Assoc 42:159-177, 1994

Glassman M: Kernberg and Kohut: a test of competing psychoanalytic models of narcissism. J Am Psychoanal Assoc 36:597-625, 1988

Groopman L, Cooper AM: Narcissistic personality disorder, in Treatments of Psychiatric Disorders, 2nd Edition, Vol 2. Edited by Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, pp 2327-2343

Heiserman A, Cook H: Narcissism, affect, and gender: an empirical examination of Kernberg's and Kohut's theories of narcissism. Psychoanalytic Psychology 15:74-92, 1998

Hibbard S: Narcissism, shame, masochism, and object relations: an exploratory correlational study. Psychoanalytic Psychology 9:489-508, 1992

Horner AJ: A characterological contraindication for group psychotherapy. J Am Acad Psychoanal 3:301-305, 1975

Horwitz L: Group psychotherapy of the borderline patient, in Borderline Personality Disorders: The Concept, the Syndrome, the Patient. Edited by Hartocollis PL. New York, International Universities Press, 1977, pp 399-422

Josephs L: Balancing Empathy and Interpretation: Relational Character Analysis. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1995

Kernberg OF: Factors in the psychoanalytic treatment of narcissistic personalities. J Am Psychoanal Assoc 18:51-85, 1970

Kernberg OF: Contrasting viewpoints regarding the nature and psychoanalytic treatment of narcissistic personalities: a preliminary communication. J Am Psychoanal Assoc 22: 255-267, 1974a

Kernberg OF: Further contributions to the treatment of narcissistic personalities. Int J Psychoanal 55:215-240, 1974b

Kernberg OF: Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven, CT, Yale University Press, 1984

Kernberg OF: Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: theoretical background and diagnostic classification, in Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications. Edited by Ronningstam EF. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp 29-51

Kohut H: The Analysis of the Self: A Systematic Approach to the Psychoanalytic Treatment of Narcissistic Personality Disorders. New York, International Universities Press,1971

Kohut H: The Restoration of the Self. New York, International Universities Press, 1977

Kohut H: How Does Analysis Cure? Edited by Goldberg A. Chicago, IL, University of Chicago Press, 1984

Lansky MR: Masks of the narcissistically vulnerable marriage. International Journal of Family Psychiatry 3:439-449, 1982

Lasch C: The Culture of Narcissism: American Life in an Age of Diminishing Expectations. New York, WW Norton, 1979

Lewis HB (ed): The Role of Shame and Symptom Formation. Hillsdale, NJ, Lawrence Erlbaum, 1987

Maccoby M: The Gamesman: The New Corporate Leaders. New York, Simon & Schuster, 1976

Mahler MS, Pine F, Bergman A: The Psychological Birth of the Human Infant: Symbiosis and Individuation. New York, Basic Books, 1975

Miller JP: How Kohut actually worked. Progress in Self Psychology 1: 13-30, 1985

Mitchell SA: Relational Concepts in Psychoanalysis: An Integration. Cambridge, MA, Harvard University Press, 1988

Modell AH: "The holding environment" and the therapeutic action of psychoanalysis. J Am Psychoanal Assoc 24:285-307, 1976

Ornstein PH: A discussion of the paper by Otto F. Kernberg on "Further contributions to the treatment of narcissistic personalities." Int J Psychoanal 55:241-247, 1974a

Ornstein P: Psychoanalysis of patients with primary self-disorder: a self psychological perspective, in Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications. Edited by Ronningstam EF. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp 147-169

Ornstein PH: On narcissism: beyond the introduction, highlights of Heinz Kohut's contributions to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. Annual of Psychoanalysis 2:127-149, 1974b

Person ES: Manipulativeness in entrepreneurs and psychopaths, in Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes. Edited by Reid WH, Dorr D, Walker JI, et al. New York, WW Norton, 1986, pp 256-273

Rinsley DB: The developmental etiology of borderline and narcissisistic disorders. Bull Menninger Clin 44:127-134, 1980

Rinsley DB: A comparison of borderline and narcissistic personality disorders. Bull Menninger Clin 48:1-9, 1984

Rinsley DB: Notes on the pathogenesis and nosology of borderline and narcissistic pers ality disorders. J Am Acad Psychoanal 13:317-328, 1985

Rinsley DB: The adolescent, the family, and the culture of narcissism: a psychosocial commentary. Adolescent Psychiatry 13:7-28, 1986

Rinsley DB: Notes on the developmental pathogenesis of narcissistic personality disorder Psychiatr Clin North Am 12:695-707, 1989

Ronningstam E, Gunderson J, Lyons M: Changes in pathological narcissism. Am J Psychiatry 152:253-257, 1995

Rosenfeld H: Impasse and Interpretation: Therapeutic and Anti-Therapeutic Factors in the Psychoanalytic Treatment of Psychotic, Borderline, and Neurotic Patients. Edited by Tuckett D. London, Tavistock, 1987

Roth BE: Narcissistic patients in group psychotherapy: containing affects in the early group, in Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications. Edited by Ronningstam EF. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp 221-237

Rothstein A: The Narcissistic Pursuit of Perfection. New York, International Universities Press, 1980

Stein MH: Book review of *The Restoration of the Self* by Heinz Kohut. J Am Psychoanal Assoc 27:665-680, 1979

Stolorow RD: Toward a functional definition of narcissism. Int J Psychoanal 56:179-185, 1975

Stone MH: Normal narcissism: an etiological and ethological perspective, in Disorders o Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications. Edited by Ronningstam EF. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp 7-28

Wink P: Two faces of narcissism. J Pers Soc Psychol 61 :590-597, 1991

Winnicott DW: The Maturational Processes and the Facilitating Environment:

Modell AH: "The holding environment" and the therapeutic action of psychoanalysis. J Am Psychoanal Assoc 24:285-307, 1976

Ornstein PH: A discussion of the paper by Otto F. Kernberg on "Further contributions to the treatment of narcissistic personalities." Int J Psychoanal 55:241-247, 1974a

Ornstein P: Psychoanalysis of patients with primary self-disorder: a self psychological perspective, in Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications. Edited by Ronningstam EF. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp 147-169

Ornstein PH: On narcissism: beyond the introduction, highlights of Heinz Kohut's contributions to the psychoanalytic treatment of narcissistic personality disorders. Annual of Psychoanalysis 2:127-149, 1974b

Person ES: Manipulativeness in entrepreneurs and psychopaths, in Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes. Edited by Reid WH, Dorr D, Walker JI, et al. New York, WW Norton, 1986, pp 256-273

Rinsley DB: The developmental etiology of borderline and narcissisistic disorders. Bull Menninger Clin 44:127-134, 1980

Rinsley DB: A comparison of borderline and narcissistic personality disorders. Bull Menninger Clin 48:1-9, 1984

Rinsley DB: Notes on the pathogenesis and nosology of borderline and narcissistic pers ality disorders. J Am Acad Psychoanal 13:317-328, 1985

Rinsley DB: The adolescent, the family, and the culture of narcissism: a psychosocial commentary. Adolescent Psychiatry 13:7-28, 1986

Rinsley DB: Notes on the developmental pathogenesis of narcissistic personality disorder Psychiatr Clin North Am 12:695-707, 1989

Ronningstam E, Gunderson J, Lyons M: Changes in pathological narcissism. Am J Psychiatry 152:253-257, 1995

Rosenfeld H: Impasse and Interpretation: Therapeutic and Anti-Therapeutic Factors in the Psychoanalytic Treatment of Psychotic, Borderline, and Neurotic Patients. Edited by Tuckett D. London, Tavistock, 1987

Roth BE: Narcissistic patients in group psychotherapy: containing affects in the early group, in Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications. Edited by Ronningstam EF. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp 221-237

Rothstein A: The Narcissistic Pursuit of Perfection. New York, International Universities Press, 1980

Stein MH: Book review of *The Restoration of the Self* by Heinz Kohut. J Am Psychoanal Assoc 27:665-680, 1979

Stolorow RD: Toward a functional definition of narcissism. Int J Psychoanal 56:179-185, 1975

Stone MH: Normal narcissism: an etiological and ethological perspective, in Disorders o Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications. Edited by Ronningstam EF. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp 7-28

Wink P: Two faces of narcissism. J Pers Soc Psychol 61 :590-597, 1991

Winnicott DW: The Maturational Processes and the Facilitating Environment:

Studies in the Theory of Emotional Development. London, Hogarth Press, 1965

Wong N: Clinical considerations in group treatment of narcissistic disorders. Int J Group Psychother 29:325-345, 1979

Wong N: Combined group and individual treatment of borderline and narcissistic patients: heterogeneous versus homogeneous groups. Int J Group Psychother 30:389-404,1980

Yalom ID: The Theory and Practice of Group Psychotherapy,3rd Edition. New York, Basic Books, 1985

CAPÍTULO

17

Trastornos de la personalidad del Grupo B

Antisocial

Si bien los pacientes antisociales son probablemente los más extensamente estudiados de todos aquellos con trastornos de la personalidad, son también los pacientes que los clínicos tienden a evitar más. En la situación terapéutica, estos pacientes pueden mentir, estafar, robar, amenazar, e incluso actuar con irresponsabilidad y engaño. Ellos han sido referidos como "psicópatas," "sociópatas" y "trastornos de carácter"–términos que, en psiquiatría, han sido tradicionalmente equiparados con ser intratables. Algunos pueden incluso argumentar que deben ser considerados como "criminales" y no deben ser incluidos bajo la visión de la psiquiatría. La experiencia clínica sugiere, sin embargo, que el rótulo antisocial es aplicado a un espectro amplio de pacientes, que oscilan desde los totalmente intratables hasta aquellos que son tratables bajo ciertas condiciones. La existencia de este último grupo garantiza una comprensión detallada de estos pacientes de manera tal que aquellos posibles de ser agrupados puedan recibir el mejor tratamiento posible.

En su obra clásica *The Mask of Sanity,* Hervey Cleckley (1991/1976) proveyó la primera descripción clínica extensa de estos pacientes. Como su título lo implica, Cleckley vio al psicópata como un individuo que no estaba abiertamente psicótico pero cuyo comportamiento era tan caótico y tan pobremente sintonizado a las demandas de la realidad y de la sociedad que indicaban una psicosis subyacente. Mientras que los psicópatas parecían ser capaces de relacionarse superficialmente a otras personas, por otra parte

eran completamente irresponsables en todas sus relaciones y no tenían consideración por los sentimientos o preocupaciones de otros.

El término *psicópata* adquirió un significado peyorativo durante las décadas posteriores a la aparición del trabajo fundamental de Cleckley. El término *sociópata* fue utilizado por un tiempo, como un reflejo ostensible de los orígenes sociales más que psicológicos de algunas de las dificultades enfrentadas por estos individuos. Para el tiempo en que el Segundo Manual Diagnóstico y Estadístico (DSM II) fue publicado por la American Posychiatric Asociation en 1978, el término *personalidad antisocial* se volvió la nomenclatura preferida. Con el arribo del DSM-III en 1980, el trastorno antisocial de la personalidad se había apartado considerablemente de las descripciones originales de Cleckley. Aunque los criterios del DSM-III proveyeron más detalles diagnósticos que para cualquier otro trastorno de la personalidad, estrecharon el foco del trastorno a una población criminal probablemente conectada con grupos socioeconómicos más bajos, oprimidos y desaventajados (Halleck 1981; Meloy 1988; Modlin 1983).

Cuando los criterios del DSM-III fueron aplicados a delincuentes encarcelados, los investigadores encontraron que la mayoría de dichas poblaciones (50%-80%) tenían trastorno antisocial de la personalidad diagnosticable (Hare 1983; Hart y Hare 1998). Se obtuvieron resultados llamativamente diferentes cuando los investigadores utilizaron los criterios diagnósticos que se asemejaban a la tradición de Cleckley, en los cuales la psicopatía era enfatizada. Por ejemplo, si se utilizaba Hare Psychopathy Checklist – Revised (PCL-R), sólo el 25% de la población de delincuentes encarcelados calificaba como psicópatas (Hare 1991; Hare y col. 1991). En un estudio de 137 mujeres dependientes a la cocaína en búsqueda de un tratamiento (Rutherford y col. 1999), más de un cuarto de las mujeres tenía trastorno antisocial de la personalidad diagnosticable por criterios del DSM, pero sólo un 1.5 % fueron diagnosticadas con un nivel moderado de psicopatía por el PCL-R. Este instrumento está basado en escalas clínicas tomadas por expertos más que en auto-informes e incluye puntos como la irresponsabilidad; impulsividad; falta de objetivos realistas a largo plazo; conducta sexual promiscua; problemas en la conducta desde temprana edad; estilo de vida parasitario; crueldad y falta de empatía; afecto superficial; falta de culpa o remordimiento; necesidad de estimulación y proclividad al aburrimiento; sensación grandiosa de autovalía; y elocuencia asociada al encanto superficial. El grupo de trabajo en el Eje II del Task Force del DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) intentó otorgar deliberadamente mayor énfasis a los rasgos de personalidad asociados con psicopatía y también trató de simplificar el conjunto de criterios sin cambiar sustancialmente el cuadro clínico descrito por el diagnóstico (Widiger y col. 1996).

Sin embargo, a pesar de las mejoras en los criterios de DSM-IV (cuadro 17-1), algunos problemas persisten. Aunque los rasgos psicopáticos son de

alguna manera más evidentes en el nuevo conjunto, los criterios todavía reflejan constructos conductuales más que psicodinámicos. Algunos de los criterios de psicopatía más dinámicamente orientados evaluados en el ensayo, como "autovaloración inflada y arrogante" y "falta de empatía" no lograron aparecer en la lista final. El término *psicópata* ha crecido en popularidad en los años recientes como un término diagnóstico que implica características psicodinámicas e incluso biológicas que no son captadas en los criterios de DSM-IV de trastorno de personalidad antisocial (Hart y Hare 1998; Meloy 1988, 1995; Person 1986; Reid y col. 1986). Meloy (1988) usó este término para describir personas con una total ausencia de empatía y un estilo interacción sadomasoquista basado en el poder más que en el apego emocional. Person (1986) vio la psicopatía como un "trastorno de impulsos en el cual el alivio de la ansiedad a corto plazo es más importante que cualquier consecuencia a largo plazo" (p. 266). Estas visiones psicodinámicas son clínicamente útiles porque una persona puede ser un psicópata sin reunir los criterios del DSM-IV para trastorno antisocial de la personalidad. A la inversa, una persona puede reunir los criterios del DSM-IV para trastorno antisocial de la personalidad pero no ser un psicópata.

Cuadro 17-1. Criterios del DSM IV para el diagnóstico de trastorno antisocial de la personalidad

A. Un patrón general de desprecio y violación de los derechos de los demás que se presenta desde la edad de 15 años, como lo indican tres o más de los siguientes ítem:
   1. fracaso para adaptarse a las normas sociales en lo que respecta al comportamiento legal, como lo indica el perpetrar repetidamente actos que son motivo de detención
   2. deshonestidad, indicada por mentir repetidamente, utilizar un alias, estafar a otros para obtener un beneficio personal o por placer
   3. impulsividad o incapacidad para planificar el futuro
   4. irritabilidad y agresividad, indicados por peleas físicas repetidas o agresiones
   5. despreocupación imprudente por su seguridad o la de los demás
   6. irresponsabilidad persistente, indicada por la incapacidad de mantener un trabajo con constancia o de hacerse cargo de obligaciones económicas
   7. falta de remordimientos, como lo indica la indiferencia o la justificación de haber dañado, maltratado o robado a otros
B. El sujeto tiene al menos 18 años
C. Existen pruebas de un trastorno de la conducta que comienza antes de la edad de 15 años
D. El comportamiento antisocial no aparece exclusivamente en el transcurso de una esquizofrenia o un episodio maníaco

Fuente. Reproducido del DSM IV (American Psychiatric Association 1994), pp. 649-650. Usado con permiso.

Un problema final con los criterios del DSM-IV es que no son particularmente útiles en determinar quiénes son tratables. Con los pacientes antisociales, el clínico debe determinar primero y ante todo si un paciente en particular es tratable bajo las circunstancias presentes. Este dilema puede ser conceptualizado viendo al paciente antisocial como una subcategoría del trastorno narcisista de la personalidad (Kernberg 1984, 1998; Meloy 1988, 1995; Reid 1985). Por cierto, hay un continuo de patología antisocial que va desde la psicopatía más primitiva en su forma pura, pasando por el trastorno narcisista de la personalidad con rasgos antisociales egosintónicos y llegando a los pacientes narcisistas que son simplemente deshonestos en la transferencia (Kernberg 1984, 1998).

Los clínicos se encontrarán con muchos pacientes con rasgos antisociales. El psiquiatra dinámico debe abordar cada paciente con este continuo narcisista en su mente. Usando la comprensión dinámica (expuesta posteriormente en este capítulo) relacionada a la patología narcisista y antisocial, los clínicos pueden realizar una decisión informada dinámicamente acerca de si un paciente es tratable y qué condiciones garantizan el esfuerzo terapéutico. En este capítulo el término *psicópata* es usado estrechamente para connotar ese subgrupo de pacientes captados por los criterios del Hare PCL-R y las descripciones psicodinámicas de Meloy (1988, 1995) y Person (1986). "Pacientes antisociales" será utilizado genéricamente para describir a los pacientes a lo largo del continuo que muestran grados variables de conducta antisocial.

Epidemiología

Se ha acumulado un considerable cuerpo de conocimiento con respecto a la epidemiología del trastorno antisocial de la personalidad (Cadoret 1986), que tiene una prevalencia a lo largo de la vida en la población de Estados Unidos del 2 al 3 %. Las personas con este trastorno son más comúnmente halladas en las ciudades centrales empobrecidas, y muchos de ellos abandonan la secundaria antes de la graduación. Existe una tendencia a declinar en la vida de los individuos antisociales (Person 1986), quienes tienden a ganar y perder dinero de manera cíclica hasta que se "consumen" en la mitad de la vida, con frecuencia acompañados de un alcoholismo severo y debilidad (Hallaeck 1981).

Hay una correlación sorprendente entre la patología de carácter antisocial y el abuso de sustancias (Cadoret 1986; Halleck 1981; Meloy 1988; Modlin 1983; Reid 1985; Vaillant 1983). El pensamiento actual acerca de la interrelación de ambas es que con frecuencia coexisten pero que cada una tiene una etiología separada (Cadoret 1986; Reid 1985; Vaillant 1983).

También es bien sabido, por supuesto, que la actividad criminal está íntimamente vinculada al abuso de sustancias (Holden 1986). Más aún, se ha encontrado que el 52 al 65% de los delincuentes abusan de sustancias.

Se asume generalmente que la mayoría de los pacientes con problemas antisociales son hombres, y ciertamente la razón hombre-mujer dentro del trastorno antisocial de la personalidad varía de 4:1 a 7.8:1 (Cadoret 1986). Los lazos familiares entre psicopatía y trastorno por somatización (histeria) han sido extensamente documentados (Cadoret 1978; Cloninger y Guze 1975; Cloninger y col. 1984; Woerner y Guze 1968). Una explicación propuesta para esta correlación es que los individuos con tendencias de personalidad histérica o histriónica desarrollarán personalidad antisocial o trastorno por somatización de acuerdo a su género (Lilienfeld y col. 1986).

La psicopatía puede y de hecho ocurre en pacientes femeninas, a pesar de que es mucho más común que ocurra entre hombres. Los clínicos pueden pasar por alto el diagnóstico en las mujeres debido a los estereotipos de los roles sexuales. Una mujer seductora y manipuladora que exhibe conducta antisociales considerables es mucho más proclive a ser rotulada como histérica, histriónica o borderline. Una paciente de 19 años fue hospitalizada por conductas antisociales extensas, incluyendo el asesinato de un hombre que ella dijo estaba intentando violarla. Durante la internación también robaba, mentía, y socavaba el tratamiento de otros pacientes. Un día, convenció a dos pacientes hombres a que abrieran su ventana con una palanca para ayudarla a escapar. Luego de viajar por el país con ellos (utilizando las tarjetas de crédito de sus padres) los abandonó sin dinero en el aeropuerto. Su tratamiento alcanzó un momento decisivo cuando prendió luego a su habitación amenazando la seguridad de todos en la unidad hospitalaria. Dado que esta paciente era atractiva, seductora, y poseía encanto interpersonal, sus tratantes seguían otorgándole el beneficio de la duda. Algunos incluso veían su conducta como el reflejo de una "depresión" más que de una patología antisocial. Más aún, alcanzaba los criterios de personalidad antisocial del DSM-IV y los criterios psicodinámicos para psicopatía.

Sin embargo, esta tendencia a maldiagnosticar a las mujeres antisociales puede estar cambiando (Reid 1985) a medida que la mujer gana libertad social. Cuanto más las mujeres modifiquen sus estilos de vida en la dirección de patrones tradicionalmente masculinos, más de ellas serán diagnosticadas con trastorno antisocial de la personalidad.

Comprensión psicodinámica

Una amplia comprensión del trastorno antisocial de la personalidad debe comenzar con el reconocimiento de que los factores biológicos claramente

contribuyen a la etiología y a la patogénesis del trastorno. Los estudios de gemelos ofrecen evidencia convincente de que los factores genéticos influyen en el desarrollo de la psicopatía (Cadoret 1986). La concordancia para la criminalidad, por ejemplo, es dos o tres veces más alta para los gemelos monocigóticos que en los dicigóticos (Christiansen 1977; Wilson y Herrnstein 1985). De hecho, el trastorno de la personalidad antisocial parece ser un trastorno modelo con el cual examinar la interacción de genes y ambiente. En un estudio de 95 hombres y 102 mujeres adoptados (Cadoret y col. 1995), la presencia de un antecedente biológico de trastorno antisocial de personalidad predijo agresividad adolescente incrementada, trastornos de conducta, y conducta antisocial adulta. Sin embargo, un ambiente hogareño adoptivo adverso, predijo en forma independiente, un incremento en las conductas antisociales adultas. Una predisposición genética al trastorno antisocial de la personalidad interactuó con ambientes hogareños adoptivos problemáticos para incrementar de manera significativa, la agresividad y los trastornos de conducta en los adoptados.

Uno de los estudios más elegantes sobre interjuego entre genes y ambiente sugiere que el ambiente único, *no compartido* con hermanos en la misma familia, puede tener un impacto sustancial en el desarrollo de conducta antisocial. Reiss y col. (1995) estudiaron 708 familias con al menos dos hermanos adolescentes del mismo sexo implicando múltiples variaciones. Noventa y tres familias tenían gemelos monocigóticos, 99 tenían gemelos dicigóticos, 95 tenían hermanos comunes, 181 tenían hermanos completos en familias adoptivas, 110 tenían medios hermanos en familias adoptivas, y 130 eran caracterizadas por hermanos no relacionados genéticamente en familias adoptivas. Se recogieron datos con respecto los estilos de crianza por video y por cuestionarios. Aproximadamente 60% de la varianza en la conducta antisocial adolescente podía ser causada por conducta parental negativa y conflictiva dirigida específicamente al adolescente. Los investigadores sugirieron que características hereditarias de los niños evocaban una crianza severa e inconsistente. Por contraste, los hermanos sin esas características hereditarias no evocaban conductas parentales negativas, y estos hermanos parecían experimentar un efecto protector cuando la conducta parental severa era dirigida a otro hermano.

Otras investigaciones han examinado la interacción entre las complicaciones del nacimiento y los ambientes familiares adversos en el desarrollo del crimen violento. Raine y col. (1996) compararon un grupo de sujetos hombres con factores de riesgo obstétricos, un grupo con factores de riesgo de pobreza y un grupo que tenían déficit neuromotores tempranos y ambientes familiares inestables. Encontraron que aquellos individuos con ambiente familiar y déficit neuromotores tempranos eran significativamente más proclives a volverse criminales y violentos comparado con aquellos que sólo tenían factores de riesgos obstétricos o sólo tenían un contexto de po-

breza. En un informe posterior, Raine y col. (1997) encontraron que el rechazo materno temprano interactuaba con las complicaciones en el nacimiento para predisponer a un sujeto a la violencia.

Se está acumulando evidencia acerca de las características del sustrato biológico de la personalidad antisocial. Los niveles de ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA) son significativamente más bajos en los infantes con historia familiar de trastorno de la personalidad antisocial que en aquellos sin dichas historias familiares (Constantino y col. 1997). También hay sorprendentes conexiones entre la respuesta disminuida del sistema nervioso autónomo y el riesgo para los conducta criminal (Brennan y col. 1997; Raine y col. 1990, 1995). De hecho, la intensa respuesta del sistema nervioso autónomo parece ser protectora contra la conducta criminal en estudios prospectivos de seguimiento en adolescentes. Desde una perspectiva psicodinámica, los individuos que poseen estándares fuertemente internalizados del bien y el mal con frecuencia asociados al superoyó y al ideal del yo pueden experimentar ansiedad y respuesta autonómica aumentada en forma de culpa cuando transgreden aquellos estándares morales. Varios déficit neuropsicológicos en la infancia también parecen predecir el desarrollo del trastorno antisocial de la personalidad. Por ejemplo, los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad poseen un riesgo significativamente mayor para el desarrollo posterior de trastorno antisocial de la personalidad (Mannuzza y col. 1998).

Un estudio prospectivo elegantemente diseñado (J. G. Johnson y col. 1999) demostró que el abandono infantil y el abuso físico (pero no el abuso sexual) predijo una prevalencia aumentada de síntomas antisociales en la edad adulta. Aunque es verdad que las experiencias de abuso infantil pueden predecir síntomas de trastorno antisocial de la personalidad en adultos, la etiología no puede ser reducida a la simple fórmula que las víctimas se vuelven los victimarios. En un estudio (Luntz y Widom 1994), 86% de los niños abusados y abandonados no presentaron trastorno antisocial de la personalidad en edad adulta, mientras que sólo el 7% sin dichas historias lo hicieron. Del mismo modo, en una investigación de 85 mujeres encarceladas (Zlotnick 1999), el abuso infantil no fue asociado con el trastorno de la personalidad antisocial.

Las características hereditarias del niño, con frecuencia debidas a lesión cerebral perinatal, pueden crear dificultades específicas en la crianza. El niño puede ser difícil de calmar y puede carecer de la respuesta afectiva que los padres anhelan ver. En algunos casos, los padres pueden tener tendencias abusivas debidas a su propia psicopatología; en otros, pueden volverse impacientes e irritados en forma creciente con el niño que no responde como ellos desean. Meloy (1988) notó dos procesos separados que con frecuencia tienen lugar en el desarrollo de los individuos antisociales. Uno, es un profundo desapego de todas las relaciones y de las experiencias afectivas

en general. El otro, es un rumbo más dirigido hacia la relación de objeto caracterizado por intentos sádicos para vincularse con otros para ejercer poder y destructividad. Hay también un problema significativo en la internalización de los otros debido a déficit genéticos/biológicos en el niño y debido al ambiente hogareño adverso en el cual el niño nace.

La seria dificultad de la internalización en el psicópata obviamente lleva a una falla masiva en el desarrollo del superyó el sello clásico distintivo, en un sentido dinámico, del psicópata. La ausencia de sentido moral en estos individuos es una de las cualidades escalofriantes que hace que parezcan carentes de resonancia humana. Su único sistema de valores, cualquiera sea su consecuencia, es el ejercicio del poder agresivo; y el único rastro del desarrollo del superyó pueden ser los precursores superyoicos sádicos (u objetos del self no familiares) manifestados por su conducta cruel y sádica (Kernberg 1984).

Los pacientes de nivel superior, que nō encajan en la categoría del psicópata "puro", pueden exhibir un superyó lacunar (A. M. John son 1949). Estos individuos, debido a factores constitucionales y a experiencias ambientales en la crianza relativamente más favorables, tienen alguna apariencia de una conciencia pero con áreas circunscriptas en las cuales el superyó no parece funcionar. Algunos de estos individuos han recibido el estímulo para su conducta antisocial por uno o ambos padres, ya sea de manera sutil o no.

> Allen era un niño de 10 años que fue internado en el hospital por sus padres. Durante la entrevista de admisión con el psiquiatra y el asistente social, su madre y padre describieron una historia larga de conducta agresiva. Con frecuencia, Allen había entrado en riñas en el colegio, se había comprometido en actos menores de vandalismo contra la propiedad de los vecinos, y rehusaba obedecer a sus padres. El padre de Allen describió el incidente que finalmente precipitó la internación de su hijo en el hospital de la siguiente manera: "este tipo viejo estaba conduciendo por delante de nuestra casa, y Allen estaba en el jardín con su arco y flecha. Aunque el tipo estaba conduciendo a 35 millas por hora, Allen fue capaz de disparar una flecha a través del limpiaparabrisas e impactar en el ojo del tipo; ¡Usted tiene que admitir que ese fue un buen tiro! A medida que una sonrisa se insinuaba en los labios del padre de Allen, Allen mostró confusión en su rostro.

Los criminales de guante blanco con frecuencia encajan en esta categoría de superyó lacunar. Su estructura de personalidad narcisista, les ha permitido tener éxito, pero ciertos defectos en su conciencia se vuelven eventualmente manifiestos a través de sus conductas antisociales detectadas por otros. Es importante en este contexto distinguir entre *conducta* antisocial y personalidad antisocial verdadera. La conducta de naturaleza antisocial puede surgir de la presión de los iguales, de conflicto neurótico, o de pen-

samiento psicótico. En estos casos, puede no tener relación con el trastorno antisocial de la personalidad.

Otro aspecto de la patología del superyó más característico del psicópata verdadero que de las variantes narcisistas de nivel superior, es una falta completa de esfuerzo para justificar moralmente o racionalizar la conducta antisocial (Meloy 1988). Cuando son confrontados con su conducta antisocial, los psicópatas son proclives a responder con auto-rectitud, declarando que las víctimas de sus actos antisociales merecían lo que obtuvieron. Los psicópatas pueden también elegir mentir y evitar cualquier responsabilidad por su conducta.

El señor HH era un hombre de 23 años que había sido internado contra su voluntad por orden de la corte a largo plazo. Luego de la admisión, fue visto por un consultor, tuvo lugar el siguiente diálogo:

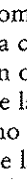
Consultor: ¿qué lo trae al hospital?
Señor HH: me envió la corte.
Consultor: ¿y por qué?
Señor HH: estuve en un accidente automovilístico, y mi mejor amigo murió accidentalmente.
Consultor: ¿cómo ocurrió?
Señor HH: estaba conduciendo por la calle, preocupado en mis asuntos, cuando el tipo delante mío clavó sus frenos. Choqué contra la parte trasera de su automóvil, y la pistola en la guantera se disparó y pegó un tiro a la cabeza de mi amigo.
Consultor: ¿por qué tenía una pistola en su guantera?
Señor HH: Uno tiene que tener una pistola en mi vecindario. Tengo que protegerme. Hay todo tipo de traficantes de drogas alrededor.
Consultor: ¿por qué la corte lo ingresó en un hospital como resultado de un accidente?
Señor HH: buena pregunta.
Consultor: ¿tiene algún problema emocional?
Señor HH: No, soy un tipo alegre y afortunadamente feliz.
Consultor: ¿ha tenido Ud. algún otro problema con la ley?
Señor HH: la otra cosa que pasó tampoco fue mi culpa. Estos amigotes míos arrancaron de un tirón una máquina de cambiar dólares de una lavandería y la dejaron en la entrada de mi casa a modo de chiste. La policía pensó que yo lo había hecho y me arrestó.

Su repudio de la responsabilidad muestra la falta de preocupación acerca de su "mejor amigo" y su completa incapacidad para reconocer cualquiera de sus propios problemas pudieron haber contribuido a su situación. Esta viñeta subraya la dificultad que los terapeutas pueden tener en com-

prometer a los pacientes antisociales en un tratamiento debido a que ellos externalizan todos los problemas.

La conducta psicopática y antisocial es más útilmente caracterizada como una variante primitiva del continuo del trastorno narcisista de la personalidad (Kernberg 1984, 1998; Meloy 1988, 1995). El cuadro 17-2 ilustra este continuo. En el extremo inferior del continuo se encuentran los individuos psicopáticos que no pueden imaginar una cualidad ética en otros y que son totalmente incapaces de comprometerse en relaciones no manipulativas. El próximo paso en el continuo implica al narcisismo maligno, caracterizado por un sadismo egosintónico y una orientación paranoide. Las personas en esta categoría difieren de los individuos psicopáticos en que tienen cierta capacidad de lealtad y de preocupación por otros. Ellos pueden también imaginar que las otras personas pueden tener preocupaciones y convicciones morales. La tercera categoría desde el inferior del continuo incluye a los pacientes con trastorno narcisista de la personalidad que muestran conducta antisocial. Estos individuos carecen de las cualidades paranoides y sádicas del narcisista maligno, pero pueden ser despiadadamente explotadores de los otros al servicio de sus propios objetivos. Sin embargo, por momentos ellos experimentan culpa, preocupaciones, y pueden también ser capaces de un planeamiento realista acerca del futuro. Su dificultad en realizar un compromiso en relaciones de objeto profundas se refleja en lo que aparenta ser una conducta antisocial. A medida que uno asciende en la jerarquía del contínuo, se enfrenta con conducta antisocial ocasional en otros trastornos de la personalidad, como en el trastorno borderline, histriónico o paranoide de la personalidad. Estos fenómenos ocurren en individuos con un mayor desarrollo de las estructuras superyoicas. Por encima, los dos niveles del contimnuo, uno encuentra a los individuos con rasgos caracterológicos neuróticos que pueden comportarse de una manera antisocial como producto de un sentimiento inconsciente de culpa, a la espera de ser atrapado y castigado. Todas las variantes de los trastornos narcisista y antisocial de la personalidad pueden presentarse como individuos encantadores y manipuladores de modo tal en que los otros son frecuentemente embaucados.

Cuadro 17-2. Un continuo de la conducta antisocial y psicopática



Conducta antisocial como parte de una neurosis sintomática
Personalidad neurótica con rasgos antisociales
Conducta antisocial en otros trastornos de la personalidad
Trastorno narcisista de la personalidad con conducta antisocial
Síndrome de narcisismo maligno
Trastorno antisocial de la personalidad/psicopatía

Fuente. Basado en Kernberg 1998.

La diferenciación de bases psiconinámicas entre el paciente narcisista tratable de nivel superior y el psicópata puro intratable, es difícil de emprender debido a la tendencia de todos los pacientes antisociales a engañar a los clínicos. Hay muy pocos estudios para guiar al clínico, pero en las siguientes secciones, examinaré algunos de los criterios que han sido encontrados útiles en determinar la factibilidad del tratamiento.

Abordajes terapéuticos

Tratamiento hospitalario

Es muy improbable, de acuerdo a un amplio consenso, que los pacientes con conducta antisocial seria se beneficien de un abordaje terapéutico que contemple exclusivamente la psicoterapia ambulatoria (Frosch 1983; Gabbard y Coyne 1987; Meloy 1995; Person 1986; Reid 1985). Alguna forma de contexto residencial o institucional es necesario para al menos cambios modestos. Si la psicoterapia es usada como tratamiento, debe comenzar mientras el paciente antisocial es contenido por una estructura de observación las 24 horas. Estos individuos orientados a la acción nunca se pondrán en conexión con sus estados afectivos siempre que tengan el desahogo de las conductas para descargar sus impulsos. Es sólo cuando están inmovilizados por un contexto de internación que el equipo terapéutico puede comenzar a verlos desplegar sus emociones como la ansiedad y el vacío (Frosch 1983; Person 1986).

La decisión de hospitalizar a un paciente antisocial en una unidad psiquiátrica general conteniendo pacientes de una variedad de diagnósticos generalmente conduce al arrepentimiento. La conducta disruptiva del psicópata puede interferir groseramente con el tratamiento de otros pacientes y puede llevar a paralizar todos los programas terapéuticos en la unidad. Estos pacientes robarán, explotarán sexualmente y asaltarán a otros pacientes; también mentirán y ridiculizarán a los miembros del equipo, contrabandearán drogas y alcohol en la unidad, ridiculizarán la filosofía del tratamiento, y corromperán a los miembros del equipo induciéndolos a conductas deshonestas y no éticas. Algunos destruirán sistemáticamente cualquier alianza terapéutica que otros pacientes han desarrollado con el equipo terapéutico.

> El señor II era un clérigo de 46 años que fue forzado a tratamiento hospitalario por sus superiores en la iglesia debido a que su conducta estaba generando caos en su congregación. Él había seducido a un número

de mujeres conectadas con su iglesia y se regocijaba "socavándoles su fe" al desafiar los principios básicos de sus creencias. Similares patrones de conducta y relaciones de objeto ocurrieron en el hospital. El señor II permaneció en silencio en la mayor parte de las reuniones grupales, pero insidiosamente "envenenó" el ambiente devaluando a los miembros del equipo en reuniones individuales privadas con los otros pacientes y erosionando sistemáticamente la fe de los pacientes en que el tratamiento podría ser de alguna utilidad. El veía todas sus relaciones con las pacientes femeninas y las terapeutas como conquistas sexualizadas, y aun cuando su actuación sexual fuera bloqueada por la estructura de la unidad hospitalaria, el señor II encontraba otros caminos para dominar y humillar a las mujeres. Con frecuencia bromeaba con otros pacientes acerca de los relativos méritos sexuales de varias enfermeras y médicas en la unidad, y desvalorizaba la competencia de todos los miembros del equipo sin tener en cuenta el género. Su tratamiento terminó cuando planeó y ejecutó una fuga con una paciente internada. Sin embargo, por varios meses luego de su partida, el impacto en la unidad se sentía a través de la duda general de los pacientes acerca del valor del tratamiento –una duda que él había alimentado con sus comentarios y sus acciones.

Psicópatas más sofisticados e inteligentes pueden presentar un problema diferente en el ambiente hospitalario. Dado que son conscientes de que la hospitalizacion es bastante más confortable que la prisión, pueden engañar al equipo terapéutico haciéndolo pensar que se están beneficiando en gran medida del tratamiento. Dichos pacientes pueden ser grandes expertos en cumplidos y convencen al equipo de que deberían ser externados más temprano de lo esperado inicialmente. Los cambios conductuales de los pacientes antisociales que ocurren durante la hospitalización, sin embargo, no continúan generalmente posterior a la externación (Frosch 1983). Estos pacientes con frecuencia simplemente atraviesan las instancias del tratamiento sin ser tocados por el mismo. Cuando vuelven a sus conductas antisociales luego de la externación, el equipo hospitalario puede sentirse indignado por haber sido estafado.

Para evitar malgastar una enorme inversión de tiempo, dinero, y energía los clínicos en el hospital deben determinar qué pacientes antisociales merecen un intento de hospitalización psiquiátrica. Hay un amplio consenso que en los psicópatas verdaderos no pertenecen a unidades de psiquiatría general debida que son incapaces de beneficiarse de dicho tratamiento, probablemente porque tienden a transformar la experiencia en una situación reflejada por el proverbio "el zorro en el gallinero". Las unidades especializadas, como aquellas en los contextos carcelarios (Kiger 1967; Sturup 1988), los programas residenciales comunitarios no médicos (Reid y Salomon 1981) y los programas tipo granja (Reid 1985) han tenido de alguna manera mejor éxito con los pacientes psicopáticos y son general-

mente vistos como la única esperanza para aquellos en esta categoría diagnóstica.

En contextos institucionales especializados, como el Patuxent Institution en Maryland o el Herstedvester en Dinamarca, el tratamiento del psicópata fue enriquecido por la composición homogénea del ambiente. Estos programas contaban altamente con la confrontación por pares en el grupo. Otro psicópatas están familiarizados con las técnicas del "artista especialmente en el engaño" de sus secuaces; cuando éstas son confrontadas consistentemente, su efectividad es neutralizada. Estos programas también emplearon una estructura rigurosa con reglas claras impuestas de modo rígido. Las consecuencias de romper las reglas de cualquier tipo eran implementadas con prontitud sin ningún permiso para negociar o racionalizar por parte de los pacientes (Reid 1985; Yochelson y Samenow 1977).

Una vez que las instituciones de este tipo han establecido control sobre la vida de los pacientes y han bloqueado sus canales usuales para la descarga de afectos displacenteros a través de la acción, estos pacientes pueden comenzar a aceptar su ansiedad y su agresión. Las respuestas consistentes y previsibles del equipo a todas las rupturas en la estructura frustran los esfuerzos usuales por salirse "del sistema". Sin embargo, estos programas dependen de tratamientos decretados por la corte, debido a que los pacientes pueden desear abandonar la institución a medida que los sentimientos adversos afloran lentamente en la conciencia.

Una pequeña submuestra de pacientes con rasgos antisociales, con frecuencia aquellos con trastorno de la personalidad borderline o narcisista, pueden beneficiarse de la hospitalización voluntaria en una unidad psiquiátrica general (Gabbard y Coyne 1987). Sin embargo, diferenciar estos pacientes de los psicópatas puros puede ser difícil debido a las intensas reacciones contratransferenciales evocadas por los pacientes antisociales. Los profesionales de la salud mental, por la naturaleza misma de la elección de su carrera, están inclinados a ser caritativos y amables hacia aquellos que tratan. Son propensos a darle a sus pacientes el beneficio de la duda y a verlos de alguna manera tratables sin importar qué tan resistentes puedan parecer. Esta tendencia puede conducir a que los terapeutas minimicen la extensión de lo despiadado de los pacientes psicopáticos y a que asuman que la conducta antisocial es realmente un "pedido de ayuda". Los miembros del equipo en el hospital en particular con frecuencia tienen una necesidad profundamente arraigada de verse capaces de tratar al paciente más intratable. Pueden incluso realizar pasos extraordinarios para conectarse con un paciente que no tiene interés alguno en relaciones humanas significativas. En su esfuerzo por llegar a estos pacientes pueden entrar en connivencia con la tendencia de los pacientes a minimizar la extensión de su conducta antisocial y su patología superyoica. Un aspecto de esta negación contratransferencial es que los clínicos pueden subdiagnosticar a los psicópatas y de es-

te modo verlos como más tratables de lo que realmente son. Por ejemplo, en un estudio, sólo la mitad de los pacientes que alcanzaron criterios del DSM-III-R para personalidad antisocial (American Psychiatric Association 1987) recibieron ese diagnóstico (Gabbard y Coyne 1987).

El subdiagnóstico puede llevar a ver al paciente como simplemente narcisista más que psicópata, como inmaduro, con una estructura de carácter que "no está todavía cristalizada", o como principalmente un abusador de sustancias. De hecho, el abuso de sustancias puede ser una excusa utilizada por los mismos sicópatas. En algunos casos, el equipo terapéutico está en connivencia con esta excusa al argumentar vehementemente que los crímenes de un paciente ocurrieron sólo bajo la influencia de las drogas y el alcohol de manera tal que el paciente no sea visto como un antisocial. Estos profesionales con frecuencia argumentarán que tratar el abuso de sustancias del paciente eliminará la conducta antisocial problemática. Este punto de vista falla en considerar la extensa superposición entre psicópatía y abuso de sustancias, que fue descrito previamente en este capítulo. Más aún, algunos estudios han demostrado que un diagnóstico de abuso de sustancias comórbido de ninguna manera mejora las perspectivas de cambio psicológico para el psicópata (Gabbard y Coyne 1987; Woody y col. 1985).

Dado que la contaminación contratransferencial dificulta el poder distinguir entre el paciente antisocial tratable del psicópata puro, los criterios objetivos son esenciales para dichas determinaciones. Sentimientos como "la intuición" acerca de pacientes particulares son notoriamente no fiables. Los datos de un estudio de pacientes hospitalizados con rasgos antisociales encontraron que hay tres predictores de resultados terapéuticos razonablemente positivos para estos pacientes en una unidad psiquiátrica general (Gabbard y Coyne 1987) (cuadro 17-3).

Como fue explicado anteriormente en este capítulo, la presencia de diagnóstico en el Eje I de episodio depresivo mayor efectivamente descartará (por definición) la presencia de psicopatía verdadera. Los pacientes que reúnen criterios del Eje I para depresión tienen algún desarrollo del superyó y alguna capacidad, aunque sea mínima, de remordimiento. De modo similar, la presencia de ansiedad representa alguna preocupación acerca de las conductas de uno y sus consecuencias. Finalmente, la presencia de un diagnóstico de psicosis en el Eje I, como manía, sugiere que el tratamiento farmacológico puede mejorar el pronóstico. Es ciertamente bien conocido que los individuos que cursan un episodio maníaco con frecuencia exhiben conducta antisocial. El tratamiento farmacológico no ha sido particularmente efectivo para el psicópata verdadero (Hallec 1981).

El mismo estudio delineó varios predictores de respuesta terapéutica negativa para la misma población (véase cuadro 17-3). Cuando no hay otra forma de mantener a los pacientes psicopáticos comprometidos en el tratamiento, pueden beneficiarse de la hospitalización involuntaria en un con-

texto penal especializado. Los psicópatas que son forzados a buscar tratamiento hospitalario como una alternativa a la prisión, sin embargo, simplemente explotarán la oportunidad de engañar al equipo de la unidad, quienes están predispuestos de alguna manera a ver a estos pacientes como "enfermos" o "perturbados" más que como criminales con necesidad de castigo. Bajo estas condiciones, los pacientes o revolucionarán la unidad o simplemente cumplirán el tratamiento "en la debida forma". Muchos pacientes utilizarán al hospital para "esconderse" de una situación legal irresuelta que requiera su presentación en la corte. Una historia seria de violencia trae malos presagios para el tratamiento debido a que cuando estos pacientes se frustran, pueden recurrir a la violencia ya sea contra los miembros del equipo o contra otros pacientes. Del mismo modo, una perturbación orgánica cerebral seria puede interferir con la capacidad de un paciente para comprender y beneficiarse de las respuestas provistas en un ambiente hospitalario, que a su vez pueden incrementar la frustración.

Es raro que los pacientes antisociales tengan todos los predictores positivos y carezcan de cualquiera de los predictores negativos en el cuadro 17-3. Aunque no hay un paciente antisocial ideal, cada predictor positivo adicional mejora la conveniencia del paciente para el tratamiento hospitalario, y cada predictor negativo empeora la posibilidad de que el tratamiento hospitalario sea favorable (Gabbard y Coyne 1987).

Aún con un perfil relativamente favorable, los pacientes antisociales presentan una serie de dificultades en un ambiente psiquiátrico típico. Sólo la hospitalización a largo plazo tiene una chance de producir cualquier

Cuadro 17-3. Predictores de respuesta terapéutica positiva y negativa en una unidad psiquiátrica general

Respuesta negativa
1. Historia de arresto por delito
2. Historia de mentiras, engaños y estafas
3. Situaciones legales irresueltas al momento de la admisión
4. Historia de condena por delito
5. Hospitalización forzada como una alternativa a la encarcelación
6. Historia de violencia hacia otros
7. Diagnóstico en el Eje I de deterioro orgánico cerebral

Respuesta positiva
1. Presencia de ansiedad
2. Diagnóstico de depresión en el Eje I
3. Diagnóstico de psicosis en el Eje I diferente al de depresión o síndrome orgánico cerebral

Nota. Basado en Gabbard y Coyne 1987.

cambio duradero en estos pacientes. Ellos naturalmente intentan continuar su patrón traducir impulsivamente sus sentimientos en acciones. La piedra fundamental del tratamiento debe entonces ser una estructura controlada rigurosamente. Desde el primer día, los terapeutas deben anticipar y abordar las probables formas de acting-out en el hospital. Ciertas expectativas deben ser detalladas en la admisión. Por ejemplo, se le debe decir al paciente que el abuso de sustancias, la violencia, el robo, y las relaciones sexuales con otros pacientes no serán tolerados. Si el paciente es un adicto, todo el correo debe ser abierto enfrente de los miembros del equipo para ayudar a prevenir el contrabando de drogas. Se debe informar claramente a los pacientes que serán acompañados por el equipo cada vez que dejen la unidad y que permanecerán en ese nivel de responsabilidad por un tiempo considerable. Los llamados telefónicos y el acceso el dinero en efectivo y a las tarjetas de crédito debe ser restringido. El paciente debe ser alertado de que cualquier ruptura a las reglas resultará en consecuencias bien definidas, como el aislamiento en la habitación. Al inicio el tratamiento debe ser visto como transcurriendo a prueba solamente –como en un período de evaluación– para determinar la factibilidad de tratamiento para el paciente. Todas estas condiciones pueden ser escritas como un "contrato" en el momento de la admisión, de manera tal que paciente tendrá una copia a la cual consultar.

Los miembros del equipo deben monitorear con cuidado sus reacciones contratransferenciales, en forma individual y en el contexto grupal. Tres reacciones comunes del equipo son incredulidad, connivencia, y condena (Symington 1980). La incredulidad puede surgir como negación de que paciente es realmente "tan malo". Racionalizar la conducta antisocial como debida a problemas como el abuso de drogas o rebelión adolescente puede causar que los miembros del equipo nieguen la presencia de rasgos antisociales y que en cambio vean al paciente como deprimido o como incomprendido.

Estar en connivencia es una de las formas más problemáticas de la contratransferencia. Un desarrollo común en el tratamiento hospitalario de los pacientes antisociales es que el paciente corrompa a uno o más miembros del equipo. Bajo la creencia de que están ayudando al paciente, los miembros del equipo que son implicados en tales actuaciones contratransferenciales pueden cometer actos ilegales o comportarse de modo no ético. Es sabido que los miembros del equipo han mentido en nombre de estos pacientes; también han falsificado los registros, han sido seducidos a tener relaciones sexuales, y han ayudado estos pacientes a escaparse del hospital. Estos desarrollos contratransferenciales pueden ser comprendidos como parte del proceso de la identificación proyectiva por el cual un aspecto corrupto del self del paciente entra en el terapeuta y transforma la conducta de ese individuo. Los miembros del equipo que son implicados en dichas ac-

ting-out contratransferenciales con frecuencia comunicaban "no actuaba como si fuera yo mismo".

Otra forma de conceptualizar estas connivencias contratransferenciales es que son el resultado de lo que Meloy (1988) definió como *seudo-identificación maligna*. En este proceso, "el psicópata conscientemente imita o inconscientemente estimula un cierto comportamiento para promover la identificación de la víctima con este individuo, incrementando de este modo la vulnerabilidad de la víctima a la explotación" (pág. 139). A través del llanto, remordimiento, o tristeza simulados, el paciente antisocial manipula a los clínicos a empatizar con ellos. La escisión entre el equipo hospitalario ocurrirá si sólo un clínico ve esta auto-presentación simulada del paciente. El miembro del equipo implicado en la seudo-identificación maligna defenderá inflexiblemente al paciente contra los "ataque" de los otros miembros del equipo. Meloy señala que estos afectos simulados en el paciente pueden con frecuencia ser identificados a través de los sentimientos contratransferenciales sádicos frente a la efusión de tristeza por el paciente y por aparentemente rápida compensación, que deja a los observadores con la impresión de que han sido testigos de una teatralización.

La condena es una tercera reacción contratransferencial común. Es con frecuencia manifestada en expresiones de los miembros del hospital acerca de que el paciente es totalmente intratable y que ningún esfuerzo debe ser realizado para establecer una relación terapéutica. Dicha decisión debe ser hecha a través de la evaluación racional de factores objetivos, pero ocurre más frecuentemente como una patada automática al escuchar alguna historia de actividad antisocial. Esta reacción automática puede ser contratransferencial en el sentido estrecho, porque está basada en la experiencia pasada del terapeuta con individuos similares. La condena que surge del trabajo intensivo con el paciente puede ser comprendida como una identificación proyectiva con el introyecto agresivo del paciente.

Otras reacciones contratransferenciales comunes en el tratamiento de pacientes antisociales incluyen sentimientos de desamparo e impotencia debidos a la resistencia del paciente al tratamiento, deseos de destruir al paciente que crecen a partir del enojo, y sentimientos de invalidez y pérdida de la identidad (Strasberger 1986). El equipo terapéutico puede también temer un ataque por estos pacientes, que con frecuencia se muestran amenazantes (ciertos pacientes psicopáticos enfocan un temor intenso de predación en los terapeutas simplemente por el hecho de mirarlos [Meloy 1988.]) El temor al ataque puede llevar a los miembros del equipo a evitar implementar la estructura firme que el paciente tan desesperadamente necesita. Para evitar despertar el enojo o la violencia del paciente, los miembros del equipo pueden racionalizar su estructura permisiva y la indulgencia que le otorgan al paciente. Probablemente una de las contratransferencias más problemáticas es la suposición de la complejidad psicológica en un indivi-

duo psicopático (Meloy 1995). El equipo terapéutico institucional con frecuencia tiene una gran dificultad en aceptar que el psicópata es fundamentalmente *diferente* a ellos. Él no tiene preocupación por los sentimientos o por la seguridad de otros e interactúa con el equipo terapéutico sólo al servicio sus propios intereses. El psicópata puede explotar este punto ciego contratransferencial al presentarse como idéntico a los terapeutas. Esta *gemeletud narcisita* es una estratagema frecuente para alistar a los terapeutas en una connivencia corrupta. Al convencer a los miembros del equipo que ellos y él son fundamentalmente iguales, el paciente gana la confianza de los terapeutas en forma que le permite mayor libertad y poder. Esta sintonización con el equipo terapéutico refleja el sentido de empatía altamente desarrollado por muchos pacientes psicópatas a pesar de la visión tradicional de que estos pacientes son carentes de empatía.

Un aspecto principal del tratamiento hospitalario de los pacientes antisociales debe ser el foco continuo en su proceso de pensamiento imperfecto (Yochelson y Samenow 1976). Cuando se presentan como la víctima por haber sido retenidos a raíz de su conducta, deben ser confrontados con el modo en que son responsables de lo que les ocurre. Los miembros del equipo deben también funcionar como yoes auxiliares en términos de juicio. El equipo debe señalar una y otra vez cómo estos pacientes fracasan en anticiparse a las consecuencias de su comportamiento.

El paciente antisocial tiende a moverse directamente del impulso a la acción. El equipo del hospital debe entonces ayudar a estos pacientes a insertar el *pensamiento* entre el impulso y la acción. En otras palabras, cada vez que un paciente antisocial tiene un impulso, el equipo debe estimular al paciente a pensar acerca de lo que puede resultar de dicha acción. En el tratamiento institucional, los pacientes deben también aprender que los impulsos y las acciones provienen de los sentimientos. Con frecuencia el lenguaje de las emociones es tan extraño a estos pacientes que no pueden identificar sus estados internos.

Todas estas estrategias ponen la atención en el "aquí y ahora", porque explorar los orígenes infantiles de dichos problemas es con frecuencia inútil con los pacientes antisociales. Cualquier intento del paciente antisocial de corromper a los miembros del equipo debe también ser confrontado *así como ocurre*. Si la intervención no es hecha de modo inmediato luego de la conducta de acting-out, el paciente puede desecharlo u olvidarlo.

Un ejemplo clínico de un paciente antisocial tratable ilustrará muchos de los principios descritos aquí.

> El señor JJ era un hombre soltero de 24 años que fue internado en la unidad hospitalaria de largo plazo luego de ser liberado de la prisión, donde pasó cierto tiempo por haber vendido cocaína. La hospitalización no era una condición de libertad, y el señor JJ buscó la internación en for-

ma voluntaria. Dijo que necesitaba cambiar su estilo de vida de manera tal que pudiera dejar de abusar de sustancias destruyendo cualquier oportunidad que tuviera para volverse exitoso. Además de una historia de venta y abuso de cocaína, el señor JJ tenía también una historia de extensa conducta antisocial, incluyendo mentiras, estafas, robos, y haber estado operando como contratista de la construcción sin una licencia. Sus relaciones de objetos eran caracterizadas por patrones de explotación y manipulación. A pesar de que su historia sonaba siniestra, el señor JJ experimentaba ansiedad genuina acerca de su conducta destructiva y estaba motivado a cambiarla. Más aún, dado que no se encontraba bajo la presión de buscar hospitalización, fue visto con probabilidad razonable de mejorar. Desde el punto de vista diagnóstico, el señor JJ era mejor descrito como una personalidad narcisista con rasgos antisociales. La piedra fundamental del plan terapéutico del señor JJ fue un acuerdo contractual entre él y el equipo terapéutico. Este contrato estipulaba que el señor JJ debía adherirse a una estructura específica a fin de ser tratado adecuadamente. Esta estructura incluía: el acompañamiento del equipo a todas las actividades y citas fuera de la unidad, al monitoreo de las llamadas telefónicas, un permiso de 25 dólares por semana sin acceso a tarjetas de crédito, prohibición de las visitas de amigos, asistencia a toda las actividades y reuniones terapéuticas, ninguna conducta violenta, ninguna conducta sexual con otras pacientes, no abuso de sustancias, y la imposibilidad de negociar esta estructura. Al frustrar las salidas para sus impulsos, el equipo forzó al paciente a enfrentar su ansiedad y su vacío interior más que a descargarla a través de conductas de acting-out.

El paciente encontró esta estructura enormemente frustrante y restrictiva, pero parecía comprender que era necesaria. El señor JJ fue confrontado en repetidas ocasiones por los miembros del equipo acerca de su tendencia de externalizar los problemas que ocurrían en sus relaciones con otros dentro de la unidad. Se le dijo que él no era una víctima pasiva bajo la influencia de otros sino, más bien, un contribuyente activo a los problemas que ocurrían con otras personas dentro de la unidad. Como hombre apuesto y encantador, se comportaba seductoramente hacia un número de pacientes mujeres pero luego se quejaba de que no podía satisfacerlas a todas.

El señor JJ también devaluó la estructura terapéutica abiertamente, diciendo que era ridícula y que él no requería dichas restricciones. Generaba considerable compasión por parte de otros pacientes al retratarse como una víctima de un plan terapéutico duro y sádico. Los clínicos que trabajaban para abordar esta manipulación llevaron adelante un gran trabajo grupal dentro de la unidad. En las reuniones grupales, el señor JJ fue confrontado con sus esfuerzos de aparecer como la víctima en vez de un paciente manipulador cuya historia garantizaba la necesidad de dicha estructura rigurosa. Dado que no mencionaba su conducta antisocial en los encuentros terapéuticos, el equipo con frecuencia tenía que recordarle a él y a los otros pacientes, los motivos de su hospitalización. Él había desarrollado una escisión artificial entre su "self malo" que él había de-

jado fuera del hospital, y su "self bueno", que se encontraba en el hospital. Minimizada en forma repetida su pasado antisocial, como parte de una "historia pasada". El equipo terapéutico, por el otro lado, lo confrontaba con la realidad de que *él* había cometido esos actos antisociales y que todavía tenía el potencial para dicha conducta. De este modo las maniobras de escisión del señor JJ fueron enfrentadas, y su "self bueno" y su "self malo" fueron reunidos.

Pronto en varias ocasiones, el señor JJ rompió la estructura establecida utilizando el teléfono para llamar a amigos quienes podían suplirlo con cocaína. Cada vez que esto ocuría, el equipo inmediatamente implementaba restricciones más severas, como el confinamiento en la unidad, sin negociación o discusión. El señor JJ también tenía que abrir su correspondencia frente a un miembro del equipo, quien controlaba que no recibiera droga ni contrabando.

En una ocasión el señor JJ fue capaz de convencer a una técnica de la salud mental (quien lo encontró encantador y atractivo) a que le prestara un dólar para comprar una gaseosa. Luego de comprar la gaseosa, él no le devolvió el cambio. Mientras que la técnica en salud mental abordó su actuación contratransferencial en supervisión, el señor JJ fue confrontado con sus acciones en una reunión terapéutica grupal. El argumentó con profundidad acerca de que era "totalmente ridículo" prestar atención a tal pequeño monto de dinero. Dijo que había estado completamente dispuesto a devolver el cambio, pero que sólo se había olvidado. El equipo terapéutico confrontó su minimización y negación y señaló que estaba repitiendo su conducta fuera del hospital, sólo en una menor escala.

A lo largo del tiempo, el señor JJ comenzó a ganar mayor conciencia psicológica. Fue derivado a psicoterapia dos veces por semana luego de haber comenzado a mostrar una habilidad para reflexionar sobre las confrontaciones del equipo más que responderlas defensiva y automáticamente. Un momento decisivo ocurrió cuando una paciente en su "harén" intentó suicidarse dado que ella no podía tolerar la forma en que la cortejaba mientras que simultáneamente compartía su atención con otras mujeres. Sólo allí fue cuando el señor JJ comenzó a darse cuenta de que sus relaciones explotadoras con las mujeres podían ser altamente destructivas. Eventualmente también se dio cuenta de que carecía de empatía hacia otros y que usaba a las mujeres simplemente para gratificar sus propias necesidades. Para el momento en que dejó el hospital, había comenzado a entender cómo los estados de ansiedad interna lo conducían al abuso de drogas y a otras acciones impulsivas como un modo de "tratar" su ansiedad. De modo específico, se dio cuenta de que estaba extremadamente preocupado acerca de ser rechazado o abandonado por las mujeres, de modo tal que mantenía varias relaciones al mismo tiempo para reducir su vulnerabilidad. Él denominó a esta manipulación como su estrategia de "goma de auxilio".

Luego de la externación, el señor JJ continuó la psicoterapia y se unió a Narcóticos Anónimos. En su encuentro final con su psiquiatra en el hos-

pital, el señor JJ notó que su experiencia de internación fue la primera en la que él verdaderamente se sintió comprendido. En sus propias palabras, "ustedes sabían que era un artista especializado en el engaño". A los cuatro años de seguimiento, el señor JJ permanecía abstinente a la cocaína y a otras drogas y se encontraba trabajando tiempo completo en un campo relacionado a los negocios. Se había vuelto bastante activo en la bolsa de comercio, donde era capaz de sublimar sus tendencias de búsqueda de emoción y toma de riesgo de un modo legal y socialmente aceptable.

El señor JJ es inusual dentro de los pacientes antisociales hospitalizados. Muchos abandonan el tratamiento cuando la frustración se vuelve demasiado grande para tolerar. Un pequeño subgrupo, sin embargo, puede beneficiarse de la hospitalización a largo plazo. Como con los pacientes borderline, el tratamiento institucional combinado con la psicoterapia provee a estos pacientes de la oportunidad de internalizar nuevos patrones de relaciones de objeto. Una razón de la mejoría del señor JJ fue el "suavizamiento" o la modificación de las representaciones agresivas del self y de objeto. Claramente, el enorme costo de dicho tratamiento intensivo no debe ser desperdiciado en pacientes que harán un uso indebido del tratamiento o que no se beneficiarán del mismo.

Psicoterapia individual

La psicoterapia individual ambulatoria de pacientes severamente antisociales, está condenada al fracaso. Los afectos serán descargados a través de la acción debido a que no hay un ambiente de contención en el cual controlar dicha canalización. Además, las mentiras y las decepciones del paciente son tan generales que el terapeuta no tendrá idea de que lo que realmente está ocurriendo en la vida del paciente. En un contexto institucional u hospitalario, hay cierta razón para el optimismo acerca de la psicoterapia con un subgrupo selecto de pacientes antisociales como el señor JJ. Como con el tratamiento hospitalario, la tarea del clínico es determinar qué pacientes merecen el tiempo, energía, y dinero requerido por un proceso terapéutico a largo plazo con resultados inciertos.

En la actualidad no hay un cuerpo sistemático de investigación empírica controlada que ofrezca mucho estímulo para un esfuerzo terapéutico. Meloy (1995) proveyó el axioma general que la severidad de la psicopatía debe ser inversamente proporcional a los esfuerzos terapéuticos. También sugirió que la seguridad del clínico y la disponibilidad de la supervisión deben ser siempre preocupaciones supremas.

El psicópata puro, en sentido dinámico, no responderá a la psicoterapia, y por lo tanto no debería ser intentada (Kernberg 1984; Meloy 1988, 1995;

Woody y col. 1985). Más a lo largo del continuo, el paciente que tiene un trastorno narcisista de la personalidad con severos rasgos antisociales es de alguna manera más favorable a la psicoterapia. Estos pacientes pueden sutilmente revelar dependencia en la transferencia, su conducta antisocial puede tener una cualidad enfurecida acerca de ello, y su "objeto interno ideal" puede de alguna manera ser menos agresivo que en el psicópata puro (Kernberg 1984; Meloy 1988). Ellos pueden intentar racionalizar o justificar su conducta, de este modo reflejando cierto sistema de valor rudimentario. Su capacidad para ser tratado será esencialmente determinada por su habilidad de formar alguna semblanza de apego emocional a los otros y de ejercitar algunas funciones superyoicas rudimentarias.

Los tests psicológicos proyectivos pueden ser de extraordinaria utilidad para evaluar el desarrollo superyoico de los pacientes antisociales y las relaciones de objeto. El Rorschach ha sido utilizado, por ejemplo, para evaluar cuantitativamente la severidad de la patología antisocial (Exner y Weiner 1986). Aunque algunos pacientes pueden exitosamente engañar a los clínicos durante una entrevista simulando culpa o preocupación por otros, tienen mucho mayor dificultad con el estímulo ambiguo de una mancha de tinta, donde no hay respuestas obviamente "correctas".

La presencia de una depresión auténtica parece ser un signo favorable a la psicoterapia como también un predictor positivo a la respuesta terapéutica hospitalaria. En un estudio de pacientes con trastorno antisocial de la personalidad que eran adictos al opio, la presencia de depresión pareció indicar la conveniencia para la psicoterapia aún si continuaba habiendo manifestaciones conductuales de psicopatía (Woody y col. 1985). Los pacientes antisociales en el estudio que no estaban deprimidos tenían malas respuestas a la psicoterapia. Además, la ausencia de la vinculación con otros era el predictor más negativo de respuesta a la psicoterapia.

Los clínicos que evalúan a los pacientes antisociales deben sentirse cómodos de no recomendar tratamiento. Dicha decisión puede ser una determinación perfectamente racional basada en las fortalezas y debilidades del paciente y en el peligro que el paciente pueda presentar para aquellos que lo traten. Este modo de evaluar la factibilidad de tratamiento difiere en gran medida de la respuesta contratransferencial de "patada" descrita anteriormente. Meloy (1988), usando su experiencia extensa en la psicoterapia de psicópatas, ha identificado cinco rasgos clínicos que contraindican absolutamente cualquier intento de psicoterapia (cuadro 17-4). La crueldad sádica hacia otros, la ausencia total de remordimiento, y la falta de apego emocional son los tres factores clave que diferencian al psicópata del paciente narcisista más tratable. Los sentimientos contratransferenciales escalofriantes que llevan a los terapeutas a temer por su seguridad personal puede paralizarlos e impedir cualquier esfuerzo constructivo en el tratamiento. Finalmente, las contraindicaciones paradójicas de inteligencia alta y baja reflejan

Cuadro 17-4. Rasgos clínicos que contraindican cualquier tipo de psicoterapia

1. Una historia de conducta sádica, violencia hacia otros que resultó en lesión seria o muerte
2. Una ausencia total de remordimiento o racionalización de dichas conductas
3. Inteligencia en el rango de muy superior o de retardo mental leve
4. Una incapacidad histórica para desarrollar apegos emocionales a los otros
5. Un intenso temor contratransferencial de predación por parte de clínicos experimentados aún sin una clara conducta precipitante por parte del paciente

Fuente. Basado en Meloy 1988.

la capacidad del paciente extremadamente brillante para frustrar el proceso y la incapacidad cognitiva del paciente torpe para aprehender las intervenciones del terapeuta.

Estafar o engañar a otros es un modo de vida para los pacientes antisociales. Experimentan un sentido poderoso de gozo o de exultación, cuando logran "poner en ridículo" al terapeuta (Bursten 1972; Meloy 1988). La envidia inconsciente de las cualidades positivas del terapeuta con frecuencia conducen a este ciclo repetitivo de decepción. El sentimiento exultante de triunfo frente a una estafa exitosa se enlaza con el desprecio, que sirve como una defensa contra la envidia. La evitación del paciente de una relación significativa con el terapeuta también lo protege de sentimientos de envidia, pero lo deja al paciente sintiéndose vacío.

Si los terapeutas pueden aceptar el hecho de que estos pacientes practicarán la decepción, ellos pueden proceder con la psicoterapia basada en las recomendaciones de aquellos terapeutas que tienen experiencia extensa con esta población (Adler y Shapiro 1969; Frosch 1983; Kernberg 1984; Lion 1978; Meloy 1988, 1995; Person 1986; y Reid 1985; Strasberger 1986; Vaillant 1975). Esta recomendaciones pueden ser destiladas en siete principios básicos de la técnica:

1. *El terapeuta debe ser estable, persistente, y cuidadosamente incorruptible.* Más que con cualquier otro grupo de pacientes, el terapeuta debe ser absolutamente escrupuloso acerca de mantener los procedimientos normales en la terapia (Person 1986). Desviarse de la estructura y del contexto de las horas no es aconsejable. Estos pacientes harán cualquier cosa que puedan para corromper al terapeuta y llevarlo a conductas no éticas o deshonestas. La película de David Mamet *The House of Games* (1987) representa los peligros de intentar ayudar a un paciente antisocial alejándose del rol del terapeuta e involucrándose en la vida del paciente.
2. *El terapeuta debe confrontar en forma repetida y sostenida la negación y minimización de la conducta antisocial por parte del paciente.* La ne-

gación penetrante incluso se infiltran en la elección que hace el paciente de las palabras. Si el paciente dice: "Timé a este tipo", el terapeuta necesita clarificar, "entonces, sos un ladrón". Si el paciente dice, "Yo liquidé a este tío", el terapeuta puede confrontar al paciente respondiendo, "entonces, sos un asesino". Esta técnica de confrontación repetida permite al terapeuta ayudar a estos pacientes a volverse conscientes de su tendencia a externalizar toda la responsabilidad, y ellos pueden entonces comenzar a reconocer y aceptar la responsabilidad de su conducta antisocial.

3. *El terapeuta debe ayudar al paciente a conectar las acciones con sus estados internos.* Del mismo modo que con los pacientes antisociales que se encuentran bajo tratamiento hospitalario, aquellos con psicoterapia individual requieren educación a este respecto.
4. *Las confrontaciones de las conductas en el aquí-y-ahora son más efectivas que las interpretaciones de material inconsciente del pasado.* En particular, la denigración del paciente del terapeuta y la devaluación despreciativa del proceso terapéutico debe ser desafiada en forma repetida.
5. *La contratransferencia debe ser monitorizada en forma rigurosa para evitar el acting- out del terapeuta.* Cualquier connivencia debe ser también evitada, a pesar de la tendencia de "tomar el camino de la menor resistencia".
6. *El terapeuta debe evitar tener excesivas expectativas de mejoría.* Los pacientes antisociales detectaran este *furor curandis* y sentirán un gran placer en frustrar los deseos del terapeuta de cambiarlos. Los terapeutas cuya autoestima depende de la mejoría de sus pacientes no deben tratar pacientes antisociales.
7. *Las condiciones tratables, como los trastornos en el Eje I deben ser identificados y tratados.*

El progreso es sorprendentemente lento con los pacientes antisociales en psicoterapia. De algún modo, estos pacientes experimentan la terapia como una amenaza al self grandioso. Ellos pelearán con su terapeuta en cada paso del camino para evitar abandonar la anhelada grandiosidad. Los terapeutas deben entonces ser conocedores de esta resistencia y darse cuenta de que la cohesión interna del paciente depende de un concepto de sí mismo grandioso (Reid 1985). Por largos períodos en el proceso terapéutico, el terapeuta puede sentirse paralizado por las amenazas abiertas y encubiertas del paciente (Kernberg 1984). Esta intimidación puede quitarles la destreza a los terapeutas y efectivamente paralizar sus esfuerzos. Para evitar volverse las víctimas de los pacientes, los terapeutas deben constantemente estar sintonizados a estos intentos de control.

Es necesario un comentario final acerca de la neutralidad. Los terapeutas que tratan a los pacientes antisociales no pueden razonablemente evitar

mantener una posición neutral considerando las actividades antisociales del paciente. Intentar hacerlo es el equivalente de respaldo silente o estar en connivencia con las acciones del paciente. Más aún, la indignación moral del terapeuta será evidente en el millar de comunicaciones no verbales y de entonaciones vocales, de manera tal que el paciente verá cualquier esfuerzo de neutralidad como hipócrita. Cuando los terapeutas se encuentran impactados frente a conducta antisocial del paciente, deberían simplemente expresarlo (Gedo 1984). La empatía, de acuerdo con el abordaje de la psicología del self, es equivocada y connivente en dichas instancias.

Aun cuando los terapeutas son capaces de navegar a través de los varios obstáculos de la resistencia presentadas por el paciente antisocial, sus intentos de ser efectivos pueden incluso ser contraproducentes. Los terapeutas competentes que son capaces de evitar ser destruidos por el paciente son las personas más proclives de evocar intensa envidia, que puede surgir como enojo hacia el objeto amado o idealizado (esto es, el terapeuta), eventualmente conduciendo a una reacción terapéutica negativa intratable. A pesar de estos traspié, sin embargo, muchos clínicos experimentados creen que los esfuerzos psicoterapéuticos con estos pacientes tienen frecuentemente el suficiente éxito para justificar dicho tratamiento heroico.

Bibliografía

Adler G, Shapiro LN: Psychotherapy with prisoners. Current Psychiatric Therapies 9:99-105, 1969

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1968

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1994

Brennan PA, Raine A, Schulsinger F, et al: Psychophysiological protective factors for male subjects at high risk for criminal behavior. Am J Psychiatry 154:853-855, 1997

Bursten B: The manipulative personality. Arch Gen Psychiatry 26:318-321, 1972

Cadoret RJ: Psychopathology in the adopted-away offspring of biologic parents with antisocial behavior. Arch Gen Psychiatry 35:176-184, 1978

Cadoret RJ: Epidemiology of antisocial personality, in Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes. Edited by Reid WH, Dorr D, Walker JI, et al. New York, WW Norton, 1986, pp 28-44

Cadoret RJ, Yates WR, Troughton E, et al: Genetic-environmental interaction in the genesis of aggressivity and conduct disorders. Arch Gen Psychiatry 52:916-924, 1995

Christiarlsen KO: A preliminary study of criminality among twins, in Biosocial Bases of Criminal Behavior. Edited by Mednick SA, Christiansen KO. New York, Gardner, 1977, pp 89-108

Cleckley HM: The Mask of Sanity An Attempt to Clarify Some Issues About the So-Called Psychopathic Personality, 5th Edition. St. Louis, MO, CV Mosby, 1976 (original work published 1941)

Cloninger CR, Guze SB: Hysteria and parental psychiatric illness. Psychol Med 5:27-31, 1975

Cloninger CR, Sivardsson S. von Knorring A-L, et al: An adoption study of somatoform disorders, II: identification of two discrete somatoform disorders. Arch Gen Psychiatry 41:863-871, 1984

Constantino JN, Morris JA, Murphy DL: CSF 5-HIAA and family history of antisocial personality disorder in-newborns. Am J Psychiatry 154:1771-1773, 1997

Exner JE Jr, Weiner IB: The Rorschach: A Comprehensive System, Vol 1: Basic Foundations, 2nd Edition. New York, Wiley, 1986

Frosch JP: The treatment of antisocial and borderline personality disorders. Hospital and Community Psychiatry 34:243-248, 1983

Gabbard GO, Coyne L: Predictors of response of antisocial patients to hospital treatment. Hospital and Community Psychiatry 38:1181-1185, 1987

Gedo JE: Psychoanalysis and Its Discontents. New York, Guilford, 1984

Halleck SL: Sociopathy: ethical aspects of diagnosis and treatment. Current Psychiatric Therapies 20:167-176, 1981

Hare RD: Diagnosis of antisocial personality disorder in two prison populations. Am J Psychiatry 140:887-890,1983

Hare RD: The Hare Psychopathy Checklist—Revised. Toronto, Ontario, Multi-Health Systems, 1991

Hare RD, Hart SD, Harpur TJ: Psychopathy and the DSM-IV criteria for antisocial personality disorder. J Abnorm Psychol 100:391-398, 1991

Hart SD, Hare RD: Association between psychopathy and narcissism: theoretical views and empirical evidence, in Disorders of Narcissism: Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications. Edited by Ronningstam EF. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp 415-436

Holden C: Growing focus on criminal careers. Science 233:1377-1378, 1986

Johnson AM: Sanctions for superego lacunae of adolescents, in Searchlights on Delinquency: New Psychoanalytic Studies. Edited by Eissler KR. New York, International Universities Press, 1949, pp 225-245

Johnson JG, Cohen PA, Brown J, et al: Childhood maltreatment increases risk for personality disorders during early childhood. Arch Gen Psychiatry 56:600-606, 1999

Kernberg OF: Severe Personality Disorders: Psychotherapeutic Strategies. New Haven, CT, Yale University Press, 1984

Kernberg OF: Pathological narcissism and narcissistic personality disorder: theoretical background and diagnostic classification, in Disorders of Narcissism:

Diagnostic, Clinical, and Empirical Implications. Edited by Ronningstam EF. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1998, pp 29-51

Kiger RS: Treating the psychopathic patient in a therapeutic community. Hospital and Community Psychiatry 18: 191-196, 1967

Lilienfeld SO, VanValkenburg C, Larntz K, et al: The relationship of histrionic personality disorder to antisocial personality and somatization disorders. Am J Psychiatry 143: 718-722, 1986

Lion JR: Outpatient treatment of psychopaths, in The Psychopath: A Comprehensive Study of Antisocial Disorders and Behaviors. Edited by Reid WH. New York, Brunner/Mazel, 1978, pp 286-300

Luntz BK, Widom CS: Antisocial personality disorder in abused and neglected children grown up. Am J Psychiatry 151:670-674, 1994,17N

Mannuzza S, Klein RG, Bessler A, et al: Adult psychiatric status of hyperactive boys grown up. Am J Psychiatry 155:493-498, 1998

Meloy JR: The Psychopathic Mind: Origins, Dynamics, and Treatment. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1988

Meloy JR: Antisocial personality disorder, in Treatments of Psychiatric Disorders, 2nd Edition, Vol 2. Edited by Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, pp 2273-2290

Modlin HC: The antisocial personality. Bull Menninger Clin 47:129-144, 1983

Person ES: Manipulativeness in entrepreneurs and psychopaths, in Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes. Edited by Reid WH, Dorr D, Walker JI, et al. New York, WW Norton, 1986, pp 256-273

Raine A, Venables PH, Williams M: Relationships between central and autonomic measures of arousal at age 15 years and criminality at age 24 years. Arch Gen Psychiatry 47:1003-1007, 1990

Raine A, Venables PH, Williams M: High autonomic arousal and electrodermal orienting at age 15 years as protective factors against criminal behavior at age 29 years. Am J Psychiatry 152:1595-1600, 1995

Raine A, Brennan P, Mednick B, et al: High rates of violence, crime, academic problems, and behavioral problems in males with both early neuromotor deficits and unstable family environments. Arch Gen Psychiatry 53:544-549, 1996

Raine A, Brennan P, Mednick SA: Interaction between birth complications and early maternal rejection in predisposing individuals to adult violence: specificity to serious, early-onset violence. Am J Psychiatry 154:1265-1271, 1997

Reid WH: The antisocial personality: a review. Hospital and Community Psychiatry 36: 831-837, 1985

Reid WH, Solomon G: Community-based offender programs, in The Treatment of Antisocial Syndromes. Edited by Reid WH. New York, Van Nostrand Reinhold, 1981, pp 76-94

Reid WH, Dorr D, Walker JI, et al (eds): Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes. New York, WW Norton, 1986

Reiss D, Hetherington EM, Plomin R, et al: Genetic questions for environmental studies: differential parenting and psychopathology in adolescence. Arch Gen Psychiatry 52: 925-936, 1995

Rutherford MJ, Cacciola JS, Alterman AI: Antisocial personality disorder and psychopathy in cocaine-dependent women. Am J Psychiatry 156:849-856, 1999

Strasberger LH: The treatment of antisocial syndromes: the therapist's feelings, in Unmasking the Psychopath: Antisocial Personality and Related Syndromes. Edited by Reid WH, Dorr D, Walker JI, et al. New York, WW Norton, 1986, pp 191-207

Sturup GK: Treating the Untreatable: Chronic Criminals at Herstedvester. Baltimore, MD, Johns Hopkins University Press, 1968

Symington N: The response aroused by the psychopath. International Review of Psychoanalysis 7:291-298, 1980

Vaillant GE: Sociopathy as a human process: a viewpoint. Arch Gen Psychiatry 32: 17183, 1975

Vaillant GE: Natural history of male alcoholism, V: is alcoholism the cart or the horse to sociopathy? British Journal of Addiction 78:317-326, 1983

Widiger TA, Cadoret R, Hare R, et al: DSM-IV antisocial personality disorder field trial. J Abnorm Psychol 105:3-16, 1996

Wilson JQ, Herrnstein RJ: Crime and Human Nature. New Yorkj Simon & Schuster, 1985

Woerner PI, Guze SB: A family and marital study of hysteria. Br J Psychiatry 114:161-168, 1968

Woody GE, McLellan AT, Luborsky L, et al: Sociopathy and psychotherapy outcome. Arch Gen Psychiatry 42:1081-1086, 1985

Yochelson S, Samenow SE: The Criminal Personality, Vol 1: A Profile for Change. New York, Jason Aronson, 1976

Yochelson S, Samenow SE: The Criminal Personality, Vol 2: The Treatment Process. New York, Jason Aronson, 1977

Zlotnick C: Antisocial personality disorder, affect dysregulation and childhood abuse among incarcerated women. J Personal Disord 13:995, 1999

CAPÍTULO

18

Trastornos de la personalidad del Grupo B

Histérico e histriónico

En la transición del DSM II (American Psychiatric Association 1968) al DSM-III (American Psychiatric Association 1980), el trastorno histérico de la personalidad desapareció de la nomenclatura diagnóstica oficial de la psiquiatría norteamericana. Este cambio eliminó una entidad diagnóstica honrada por el tiempo en la tradición clínica, sólo igualada por otros pocos síndromes psiquiátricos. El DSM-III lo reemplazó con trastorno histriónico de la personalidad, el cual según, sugiere el manual, es sinónimo del trastorno histérico de la personalidad. De hecho, los criterios diagnósticos del trastorno histriónico de la personalidad del DSM-III describían una variante mucho más primitiva, mucho más impulsiva, y mucho menos estable que sonaba remarcadamente similar al trastorno borderline de la personalidad.

A pesar de las modificaciones del DSM-III R (American Psychiatric Association 1987), los criterios diagnósticos del trastorno histriónico de la personalidad no lograban captar a la personalidad histérica bien integrada y de alto funcionamiento bien conocida durante décadas por los clínicos dinámicos. Los estudios utilizando los criterios del DSM-III R continuaban encontrando una superposición entre los diagnósticos de la personalidad histriónica y borderline en el rango del 44 al 95% (Pfohl 1991).

Los criterios del DSM-IV (American Psychiatric Association 1994) (cuadro 18-1) sumaron un nuevo punto, "considera a las relaciones más íntimas de lo que realmente son", basado en conceptos históricos e índices favora-

Cuadro 18-1. Criterios para el diagnóstico del trastorno histriónico de la personalidad

Un patrón general de excesiva emotividad y una búsqueda de atención, que empiezan al principio de la edad adulta y que se dan en diversos contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítem:

1. no se siente cómodo en las situaciones en las que no es el centro de la atención
2. la interacción con los demás suele estar caracterizada por un comportamiento sexualmente seductor o provocador
3. muestra una expresión emocional superficial y rápidamente cambiante
4. utiliza permanentemente el aspecto físico para llamar la atención sobre sí mismo
5. tiene una forma de hablar excesivamente subjetiva y carente de matices
6. muestra autodramatización, teatralidad y exagerada expresión emocional
7. es sugestionable, por ejemplo, fácilmente influenciable por los demás o por las circunstancias
8. considera sus relaciones más íntimas de lo que son en realidad

Fuente. Reproducido del DSM IV (American Psychiatric Association), pp. 657-658. Usado con permiso.

bles de consultores expertos (Pfohl de 991). El nuevo criterio, sin embargo, todavía no llega a aprehender a la personalidad histérica bien integrada y de alto funcionamiento. Debido a que el trastorno histérico de la personalidad de nivel superior y el trastorno histriónico de la personalidad más primitivo son encontrados comúnmente en la práctica clínica, ambos serán considerados en este capítulo en un esfuerzo de realizar distinciones clínicamente útiles.

Histérico vs. histriónico

La naturaleza incondicionalmente ateórica de los criterios de los trastornos de los personalidad en el DSM-IV es particularmente problemática cuando se considera a pacientes con tendencias histéricas o histriónicas. A fin de determinar el tratamiento apropiado para este diverso grupo de pacientes, es mucho más importante una evaluación psicodinámica que el catálogo descriptivo de las conductas abiertas. Una fuente primaria de confusión en la literatura sobre el tema ha sido la tendencia a confiarse en las características conductuales en vez de la comprensión dinámica.

Una posterior fuente de confusión es que el término *histérico* ha sido utilizado no sólo para describir a un trastorno de personalidad sino también para referirse a una enfermedad en gran parte de la mujer, caracterizada por cirugías frecuentes y múltiples quejas somáticas, y para denotar varios sín-

tomas de conversión, como la ceguera o parálisis, que no tienen base orgánica. La primera condición, conocida como la histeria de o el síndrome de Briquet, es actualmente incluida en el trastorno somatoforme en el DSM-IV. Los síntomas de conversión pueden ahora ser encontrados en el Eje I bajo trastorno de conversión. La sintomatología de la conversión histérica es lo que abrió las puertas del inconsciente a Freud y condujo al desarrollo del psicoanálisis. Freud comprendió a los síntomas conversivos como síntomas físicos simbólicos que representaban los deseos instintivos desplazados y reprimidos. Sin embargo, hay un amplio consenso en la psiquiatría moderna acerca de que los síntomas conversivos histéricos y el trastorno de la personalidad histérica no se encuentran relacionados ni clínica ni dinámicamente (Chodoff 1974). Aunque los síntomas de conversión pueden ocurrir en pacientes con trastorno histérico de la personalidad, también pueden ocurrir a lo largo de una amplia variedad de otros diagnósticos del carácter.

Durante la primera mitad del siglo, los conflictos intrapsíquicos asociados con la personalidad histérica fueron considerados como derivados de cuestiones genitales-edípicas del desarrollo. Parte del legado del trabajo de Freud con los síntomas conversivos histéricos fue la visión más generalizada de que la sexualidad reprimida era de suprema importancia en los síntomas neuróticos y en la neurosis del carácter. Los esfuerzos psicoanalíticos clínicamente infructuosos para tratar a estos pacientes llevó a algunos a cuestionar la formulación de Freud. Comenzando con el artículo clásico de Marmor en 1953, la literatura psiquiátrica ha identificado fuertemente las cuestiones pregenitales (particularmente orales) como centrales en la patogénesis del trastorno histérico de la personalidad (Chodoff 1974).

La literatura de las últimas tres o cuatro décadas ha visto una convergencia de opiniones con respecto a la existencia de pacientes histéricas tanto "saludables" y "enfermas" (Baumbacher y Amini 1980-1981; Blacker y Tupin 1977; Chodoff 1974; Easser y Lesser 1965; Horowitz 1995, 1997; Kernberg 1975; Lazare 1971; Sugarman 1979; Wallerstein 1980-1981; Zetzel 1988). Las pacientes histéricas "saludables" son referidas a través de una variedad de nombres, incluyendo "buenas," "fálicas," y "verdaderas". Incluso se han aplicado más rótulos a aquellas en el último grupo: "histéricas orales," "así llamadas histéricas buenas", "histeroides", y "personalidades infantiles". Por razones de claridad , en este capítulo denominaré al grupo más saludable como aquellos con *trastorno histérico de la personalidad* y al grupo más perturbado como aquellos con *trastorno histriónico de la personalidad.*

Definir la exacta interrelación entre personalidad histérica e histriónica es un proceso controversial. Mientras algunos han argumentado que las dos son simplemente graduaciones dentro de un continuo (Blacker y Tupin 1977; Lazare 1971; Wallerstein 1980-1981; Zetzel 1988), otros han visto a los dos grupos tan diferentes como para constituir entidades claramente di-

ferentes (Baumbacher y Amini 1980-1981; Sugarmann 1979). Horowitz (1995,1997) ha notado que los pacientes que exhiben un estilo interpersonal característico de trastorno de personalidad histriónico pueden ser psiquiátricamente saludables, neuróticos, narcisistas, o borderline en términos de la consistencia de su identidad y de la continuidad de su preocupación por los otros significativos. Estos niveles están diferenciados por el nivel de integración del self y de los otros en los esquemas de persona del individuo. Los esquemas de personas "todo buenas" y "todo malas" que son escindidos uno de otro están asociados con los niveles borderline de la personalidad . El paciente histriónico organizado en un nivel narcisísticamente vulnerable tiene un esquema del self más consistente pero más vulnerable a sentirse grandioso o extremadamente empobrecido. Estos individuos también ven a otros como si fueran extensiones de sí mismos. En el modelo de Horowitz el paciente histriónico neuróticamente organizado tiene conflictos internos irresueltos, de larga data, que son actuados en ciclos de relaciones repetitivas maladaptativas en la esfera de la intimidad y el trabajo. A fines de esta exposición, el paciente histriónico organizado neuróticamente será considerado idéntico al paciente con trastorno histérico de la personalidad, mientras que los pacientes que son organizados en un nivel narcisista o borderline serán subsumidos bajo el grupo denominado como trastornos histriónicos de la personalidad.

Lo que parece vincular a las personas histéricas e histriónicas es una superposición en las características conductuales abiertas, como la emocionalidad lábil y superficial, la búsqueda de la atención, la perturbación en funcionamiento sexual, la dependencia y desamparo, y la autodramatización. Estas cualidades han estado asociadas con el uso del término "histérica" por legos para referirse a una *respuesta dramática exagerada*. La paradoja es que estas características son mucho más típicas de las pacientes histriónicas que las pacientes histéricas. Como señaló Wallerstein (1980-1981): "aquellos que conductualmente parecen ser más histéricos en el sentido del tipo de carácter histérico dramático o extravagante son los mismos que parecen menos histéricos en el sentido de la dinámica de la histérica "bueno" o "verdadero" (pág.540). De modo similar Zetzel (1988) observó que las bien denominadas histéricas buenas que parecen floridamente histéricas son con frecuencia confundidas como pacientes histéricas analizables de nivel superior a pesar de tener una organización primitiva y no analizable lo que yo denomino aquí como *personalidades histriónicas*.

La literatura que distingue a los dos grupos puede ser resumida en una lista de las características que diferencian el trastorno histérico de la personalidad del trastorno histriónico de la personalidad (Easser y Lesse 1965; Kernberg 1975; Lazare 1971; Sugarman 1979; Zetzel 1968) (cuadro 18-2). La personalidad histriónica es más florida que la histérica virtualmente en todos los sentidos. Todos los síntomas de los criterios en el DSM-IV son

más exagerados en la persona histriónica. Una mayor labilidad afectiva, mayor impulsividad, y una sexualidad más abierta son todos los sellos distintivos. La sexualidad de estos pacientes con frecuencia es tan directa y tan poco modulada que puede de hecho "bloquear" a los miembros de sexo opuesto. La necesidad demandante, exhibicionista de ser el centro de la atención puede también fracasar en comprometer a los otros debido a su naturaleza despiadada. En este sentido, estas pacientes claramente tienen mucho más en común con las personas que padecen de trastorno narcisista de la personalidad.

Por contraste, las personas que tienen trastorno de personalidad histérica verdadero pueden ser mucho más sutilmente dramáticas y exhibicionistas, y su sexualidad puede ser expresada de una manera más tímida y comprometida. Además, Wallerstein (1980-1981 sugirió que un gran grupo de histéricas de nivel superior no son para nada dramáticas o exageradas. Él describió a estas pacientes como personas que permanecen apartadas,

Cuadro 18-2. Diferenciación entre trastorno histérico de la personalidad y trastorno histriónico de la personalidad

Trastorno histérico de la personalidad	*Trastorno histriónico de la personalidad*
1. Emotividad restringida y circunscripta	1. Emotividad florida y generalizada
2. Exhibicionismo sexualizado y necesidad de ser amado	2. Exhibicionismo avaro, de calidad demandante, oral, que es "frío" y menos comprometido
3. Buen control de los impulsos	3. Impulsividad generalizada
4. Seducción sutilmente atractiva	4. Seducción cruda, inapropiada y distanciante
5. Ambición y competitividad	5. Falta de objetivos y desamparo
6. Relaciones de objeto triangulares maduras	6. Relaciones de objeto diádicas, caracterizadas por adherencia, masoquismo y paranoia
7. Las separaciones de los objetos de amor pueden ser toleradas	7. Angustia de separación abrumadora consecuente al abandono por los objetos de amor
8. Superyó estricto de algunas defensas de obsesivas	8. Superyó laxo y predominancia defensas primitivas, como la escisión y la idealización
9. Los deseos sexuales en la transferencia se desarrollan gradualmente y son vistos como no reales	9. Los intensos deseos sexualizados en la transferencia se desarrollan rápidamente y son vistos como expectativas reales

constrictivas, tímidas, e incluso vergonzozas en el encuentro interpersonal en extremo calladas, quietas y totalmente inhibidas en su conducta e interacción" (p. 540). Señaló persuasivamente que centralizarse en la conducta abierta más que en la dinámica subyacente puede resultar en un mal diagnóstico.

Las pacientes con trastorno histérico de la personalidad son con frecuencia razonablemente exitosas en el trabajo y demuestran ambición como también competitividad constructiva. Este dominio activo puede ser yuxtapuesto con la falta de ambición, desamparo y cualidad dependiente que mantiene a las pacientes histriónicas fuera del éxito excepto en el sentido de que logran manipular pasivamente a los otros para satisfacer sus necesidades. Mientras que la verdadera histérica ha alcanzado relaciones de objeto totales maduras caracterizadas por temas edípicos triangulares y ha sido capaz de formar relaciones significativas con ambos padres, la paciente histriónica está fijada en un nivel diádico más primitivo de relaciones de objeto con frecuencia caracterizadas por adherencia, masoquismo, y paranoia.

Las pacientes histéricas pueden tolerar la separación de su objeto de amor aun cuando pueden identificar a esas relaciones como su área principal de dificultad. Las pacientes histriónicas, por el otro lado, son con frecuencia abrumadas con la angustia de separación cuando están apartadas de sus objetos de amor. El superyó estricto y otras defensas obsesivas de la paciente histérica contrasta con el superyó laxo típico de la paciente histriónica y las defensas predominantemente más primitivas, como la escisión e idealización.

Cuando las pacientes histéricas comienzan psicoterapia o psicoanálisis, los deseos sexualizados en la transferencia se desarrollan gradualmente a lo largo de un tiempo considerable y son generalmente vistos como irreales por las mismas pacientes. Las pacientes histriónicas, por el contrario, desarrollan intensos deseos de transferencia erótica casi inmediatamente y con frecuencia ver estos deseos como expectativas reales. Si sus deseos son frustrados, la paciente puede volverse furiosa con el terapeuta por no ser más gratificante. Zetzel (1988) señaló que la capacidad de la paciente histérica para diferenciar la alianza terapéutica de los sentimientos de transferencia está íntimamente ligada con la habilidad de separar la realidad interna de la externa, una función yoica que está comprometida en la paciente histriónica. Los rasgos distintivos del trastorno histriónico de la personalidad subrayan su relación estrecha con el trastorno borderline de la personalidad. Kernberg (1975), por ejemplo, explícitamente conceptualizó la personalidad infantil como teniendo una organización borderline de personalidad subyacente. Estas pacientes no se defienden frente a la sexualidad genital tanto como frente a la oralidad pasiva y primitiva (Lazare 1971).

La paciente con trastorno histérico de la personalidad, por el otro lado, usualmente se presenta con problemas que giran alrededor de la sexualidad genital per se o alrededor de dificultades con los objetos sexuales en sus vidas. Aunque la mujer histérica ha sido clásicamente descrita como "frígida" o anorgásmica, ellas también puede ser promiscua o completamente orgásmica pero básicamente insatisfecha con sus relaciones sexuales. Puede ser incapaz de establecer un compromiso romántico sexual con un hombre que es apropiado para ella, pero en cambio enamorarse desesperadamente de un hombre no disponible. Otro problema recurrente para la paciente femenina histérica es que los hombres con frecuencia malinterpretan sus acciones como avances sexuales, y que ella se sorprende continuamente por este malentendido –un hecho que refleja la naturaleza *inconsciente* de su seducción.

Género y diagnóstico

A través de la historia de la psiquiatría, la personalidad histérica ha sido asociada con el género femenino. Esta tendencia de pensar acerca del diagnóstico sólo en relación a las mujeres probablemente se vincula más a los estereotipos de los roles sexuales que a la psicodinamia. Halleck (1967) señaló que los hombres carenciados en nuestra sociedad tienden a negar sus propias necesidades y a atacar a aquellos que creen que los han rechazado. Con todo, no se espera que las mujeres en nuestra sociedad, nieguen sus necesidades de dependencia y ellas tienen "pocas oportunidades para expresar la agresión directamente" (p. 753). Las niñas "son más proclives a adaptarse a la de privación buscando personas con quien ligarse...[a ellas] a través de relaciones en las cuales...[las mujeres asumen] un rol altamente dependiente" (p. 753). Otros (Hollander 1971; Lerner 1974) han notado que las características de la personalidad histérica reflejan expectativas culturales de cómo se supone que las mujeres se deben adaptar a la sociedad norteamericana. Otro deslumbrante contribuyente a la tendencia abrumadora de ver a la personalidad histérica como una enfermedad de las mujeres es el hecho que, sólo con pocas excepciones, la literatura del trastorno ha sido escrita enteramente por hombres (Chodoff y Lyons 1958; Luisada y col. 1974).

A pesar de la asociación predominante entre personalidad histérica y femineidad, el trastorno histérico de la personalidad ha sido extensamente documentado en hombres (Blacker y Tupin 1977; Cleghorn 1969; Kolb 1968; Halleck 1967; Luisada y col. 1974; Mac Kinnon y Michels 1971; Malmquist 1971). Las descripciones de los pacientes histéricos hombres caen en dos subtipos amplios: el híper masculino y el pasivo/afeminado.

Aquellos en el subtipo hipermasculino son directamente análogos a la histérica femenina clásica en el hecho de que son caricaturas de la masculinidad. Pueden ser "Don Juanes" que actúan seductoramente hacia las mujeres y pueden incluso involucrarse en conductas antisociales. El subtipo de hombres pasivo/afeminados pueden ser "emperifollados" (MacKinnon y Michels 1971), homosexuales extravagantes o pasivos, heterosexuales impotentes que son temerosos de las mujeres. La misma distinción entre la personalidad histérica de nivel superior y la personalidad histriónica de nivel inferior puede ser realizada en pacientes hombres, basada ampliamente en los mismos criterios usados para distinguir los dos grupos de mujeres.

En un estudio de 27 pacientes hombres con trastorno histérico de la personalidad, Luisada y col. (1974) encontraron que la vasta mayoría eran heterosexuales, pero que todos tenían alguna forma de relación sexual perturbada. La conducta antisocial, como mentir y falta de credibilidad, fueron problemas comunes en el grupo, como lo fueron también el alcohol y el abuso de sustancias. Estos investigadores identificaron que tanto los pasivos/afeminados como los subtipos hipermasculinos presentaban relaciones inestables típicas. Muchos de estos pacientes probablemente recibirían el diagnóstico de trastorno narcisista de la personalidad, algunos con rasgos antisociales, pero como grupo tendían a tener mucho mayor calor y empatía por los demás que los verdaderos narcisistas. Sin embargo, la investigación empírica (Hamburger y col. 1996) ha demostrado altos índices de psicopatía en al menos algunos pacientes con trastorno histriónico de la personalidad.

A pesar de las diferencias manifiestas entre el comportamiento del subtipo pasivo/afeminado y el subtipo hipermasculino, la dinámica subyacente a estas dos variantes de trastorno histérico de la personalidad es sorprendentemente similar. Estas dinámicas y su contribución a la fachada conductual del paciente histérico masculino serán discutidas más adelante en este capítulo.

Estilo cognitivo y mecanismos de defensa

Un aspecto del funcionamiento intrapsíquico que liga a los trastornos de la personalidad histérico e histriónico es el estilo cognitivo. Shapiro (1965) identificó el estilo cognitivo típico de estos trastornos de la personalidad como generalmente "globales, relativamente difusos, y carentes de agudeza, particularmente en detalles precisos. En pocas palabras es un estilo cognitivo "*basado en impresiones*" (p. 111). Cuando un terapeuta le pregunta a un paciente con este estilo cognitivo: "¿Cómo fue su fin de semana?", la res-

puesta es probablemente en el sentido de "simplemente bárbaro " o "realmente horrible", sin ningún material de apoyo. El mismo tipo de respuesta se aplica a figuras significativas de la vida del paciente. Cuando se le preguntó a una paciente histérica que describiera a su padre, ella respondió, "Él es súper!" De modo similar, cuando los pacientes con este estilo cognitivo abordan una tarea, como sería la evaluación psicológica, se inclinan a evitar concentrarse en los hechos, y en cambio responden con un presentimiento. Cuando se le preguntó a un profesional altamente exitoso e inteligente que estimara la población de los Estados Unidos, respondió en forma precipitada, "No sé. Creo que es cerca de 5 mil millones". Cuando una psicóloga lo presionó a que pensara un poco acerca de ello, el hombre reconoció que había dado la población del mundo más que la población de los Estados Unidos. El paciente no era ignorante, pero su estilo cognitivo histriónico hizo que se disgustará de tener que concentrarse en tales detalles. El terapeuta puede enfrentar considerable frustración, por ejemplo, al querer obtener datos históricos del entorno familiar del paciente.

Este estilo cognitivo, global y basado en impresiones está íntimamente conectado con el uso de los mecanismos de defensa por los pacientes histéricos e histriónicos (Horowitz 1977b, 1995, 1997). Ellos inhiben el procesamiento de la información para aplanar las emociones fuertes. La represión, la negación, la disociación, y la supresión, son también estrategias defensivas que reducen el despertar emocional. Estos pacientes pueden decir "Yo no sé" cuando en realidad quieren decir "Yo no debo saber" (Horowitz 1997). En la primer bibliografía acerca de la histeria, este aplanamiento de la conexión emocional fue con frecuencia descrito como la *belle indiference,* refiriéndose a la aparente falta de preocupación de la mujer acerca de sus síntomas conversivos. El estilo cognitivo histérico o histriónico puede dar cuenta de esta falla para integrar o reconocer implicancias, consecuencias, y detalles de la experiencia.

Por el otro lado, esta inhibición del despertar emocional generalmente oscila con exageradas exhibiciones emocionales ideadas para generar respuestas de los otros. Los pacientes histriónicos/histéricos despliegan su atención global y difusamente, pero mucha de su atención focal es acerca de si otros les están prestando atención o no.

Los estados disociativos, como los síntomas de conversión, han sido con frecuencia clasificados como fenómenos histéricos, aun cuando se encuentran en una variedad de diagnósticos. La manifestación más extrema de la disociación es el trastorno de la disociación de la identidad, que implica tanto la escisión –en el sentido de que distintas representaciones del self son mantenidas separadas– y la represión –en el sentido de que la personalidad primaria con frecuencia no tiene recuerdo de esas distintas representaciones del self. Las reacciones de las pacientes histriónicas a sus estallidos emocionales remedan la disociación y el trastorno de identidad disociativo, a pesar

de presentarse en formas atenuadas. Estos pacientes tienen con frecuencia un pobre recuerdo de sus actos, y dicen que fueron como producidos por "algún otro".

Una paciente histriónica que sufría de síntomas disociativos descubrió cortaduras en su mama izquierda pero no recordaba cómo éstas habían llegado allí. Poco después de este descubrimiento, su marido la encontró en el baño a las tres de la mañana; ella estaba en un estado de disociación y se estaba cortando con suavidad su mama izquierda con una hoja de afeitar. Bajo hipnosis con fines diagnósticos, ella dijo, "debo sufrir como sufrió mi madre". Su madre había padecido recientemente una cirugía por cáncer de mama. Esta paciente también ilustra el mecanismo de defensa de la identificación, otra defensa histérica común (MacKinnon y Michels 1971).

Un último mecanismo de defensa que puede ser hallado en pacientes histéricas e histriónicas es la emotividad en sí misma. Al volverse intensa, aunque de modo superficial y aparente, la emotividad puede defender contra afectos más profundos, sinceros y sentidos que la paciente desea evitar (MacKinnon y Michels 1971). La emotividad automática en concierto con el estilo cognitivo global y basado en impresiones sirve para evitar que la paciente histérica tome contacto con cualquier estado o actitudes afectivas hacia sí misma o hacia otros.

Comprensión psicodinámica

Dado que una variedad de conductas evidentes en ambos géneros están incluidas bajo las categorías de trastorno histérico o histriónico de la personalidad, una evaluación psicodinámica cuidadosa es crucial para informar la asignación del tipo de psicoterapia apropiada. Los pacientes del sexo femenino con estilos de personalidades histéricas o histriónicas tienden a encontrar dificultades en dos de los estadios clásicos del desarrollo psicosexual : experimentan relativa deprivación materna durante la etapa oral, y tienen dificultad en resolver la situación edípica y emerger con clara identidad sexual (Blacker y Tupin 1977). Aunque tanto los pacientes histéricos como histriónicos, tienen dificultades con las cuestiones orales y fálico-edípicas, el paciente histriónico obviamente enfrenta mayor dificultad en la etapa temprana, mientras que el paciente histérico está fijado en la última etapa.

En el caso de la paciente histriónica, la falta de crianza materna la lleva a dirigirse a su padre para gratificar sus necesidades de dependencia (Blacker y Tupin 1977; Hollender 1971; MacKinnon y Michels 1971). Ella pronto aprende que la coquetería y los dramáticos despliegues exhibicionistas de

emoción son requeridos para ganar la atención de su padre. A medida que madura, aprende que tiene que reprimir su genitalidad sexual para mantenerse como "la nena de papá". Cuando la pequeña niña crece, la necesidad primitiva característica de todas sus relaciones sexuales puede ser denominada bajo el término de *ecuación pecho-pene*. Con frecuencia se compromete en actividades sexuales promiscuas, que finalmente son insatisfactorias ya que el pene del hombre sirve sólo como sustituto del pecho materno que ella anhela.

La mujer con trastorno histérico de la personalidad ha negociado la etapa oral de desarrollo con razonable grado de éxito. Ella, también, está decepcionada con su madre, pero la decepción ocurre en un estado más avanzado del desarrollo. En la etapa fálica del desarrollo que precede directamente a la situación edípica florida, la niña pequeña debe llegar a la aceptación del hecho de que ella no puede poseer físicamente a su madre como puede su padre. La herida narcisística resultante de esta conciencia de diferencia genital normalmente lleva a la pequeña niña a transferir sus lucha libidinal fálica de su madre a su padre durante la fase edípica del desarrollo.

Como niñas pequeñas, estas mujeres con frecuencia idealizaban a su padre, probablemente como el único hombre que vale la pena tener. Este apego intenso condujo a sentimientos de rivalidad hacia la madre y deseos activos de reemplazarla. En el curso de la terapia o el análisis, muchas pacientes histéricas recuperan fantasías previamente reprimidas de esta naturaleza. Si perciben que se les otorga un especial estatus a sus hermanos debido a su sexo masculino, pueden también desarrollar un gran resentimiento y volverse altamente competitivas con los hombres.

Aunque la anorgasmia ha sido clásicamente asociada con la histeria, la sintomatología sexual es mucho más variada en pacientes con trastorno histérico o histriónico de la personalidad. Algunos pueden tener un funcionamiento sexual relativamente asintomático, pero son desconectados de cualquier sentimiento interno de amor o intimidad durante las relaciones sexuales. Las partes sexuales del cuerpo pueden exhibirse a través del modo provocativo de vestirse, aun cuando hay poco despertar erótico asociado con la conducta provocativa. De hecho , una cocurrencia común en las pacientes histéricas o histriónicas es la sorpresa cuando otros les responden como si fueran seductoras o provocativas. En otras palabras, hay una disociación entre la conducta abiertamente sexualizada diseñada inconscientemente para atraer la atención y la sintonización empática de cómo afectará a otros. Toda sexualidad puede estar teñida con significados incestuosos debido al apego edípico al padre. Estas mujeres también pueden elegir compañeros inapropiados como ulterior defensa contra la renuncia a los anhelos edípicos. Estas dinámicas con frecuencia son encubiertas, sin embargo, y a menudo sólo se vuelven claras luego de una evaluación cuidadosa. Aunque algunas pacientes histéricas pueden tener apegos conscientes abiertos

hacia el padre, otras tendrán reprimida esta dimensión del desarrollo. Su experiencia consciente de su padre puede estar teñida con enojo como una defensa contra el anhelo subyacente. De modo similar, pueden no estar conscientes de sus sentimientos de rivalidad contra su madre, a quien aman conscientemente. La evidencian de las dinámicas histéricas en la paciente mujer pueden provenir, en cambio, de patrones persistentes de relaciones triangulares, como enamorarse de hombres casados, o de desarrollos de lento surgimiento en la transferencia, como una rivalidad intensa con otras pacientes femeninas. Que las dinámicas estén o no reprimidas puede depender de las respuestas del padre a los anhelos edípicos de su hija. Si él ve estos sentimientos como no aceptables, mostrará esta actitud hacia su hija, quien entonces sentirá que ella debe reprimirlos.

La conducta exageradamente teatral típica de estas pacientes con frecuencia se relaciona a una experiencia central de la infancia temprana que implicó no ser reconocidas. En otras palabras, los padres que fueron muy autoabsorbidos, demasiado deprimidos, o demasiado resentidos por las necesidades del desarrollo de sus hijos pueden haber no escuchado al niño y ni reconocido su experiencia afectiva interna. A este respecto, los cuidadores pueden haber ejercido la función contenedora necesaria para ayudar al niño a procesar y metabolizar estados afectivos atemorizantes y sobrecogedores. Como Riesenberg-Malcolm (1996) ha enfatizado, la magnificación o la exageración puede ser un esfuerzo de los pacientes para distanciarse de lo que está sucediendo internamente mientras que al mismo tiempo hacer que otros adviertan las emociones no reconocidas.

Las dinámicas del desarrollo delineadas para la paciente femenina pueden ser similarmente aplicadas al hombre. El paciente histriónico hombre habrá experimentado la deprivación materna se habrá abocado a su padre para su crianza. Si el padre está ausente o no se encuentra emocionalmente disponible, el niño se encuentra con dos alternativas: puede modelarse a partir de su madre y desarrollar una identidad pasiva, afeminada, o (en la ausencia de un rol masculino verdadero) puede imitar varios estereotipos culturales de hipermasculinidad para huir de cualquier ansiedad acerca de afeminamiento y contra-actuar su tendencia regresiva a ser como su madre (Blacker y Tupin 1977).

El paciente varón con trastorno histérico de personalidad se asemeja a su contraparte femenina en que entra al estadio fálico intensamente apegado a su madre. También experimenta sentimientos de inadecuación genital cuando se compara con su padre u otros hombres adultos. La herida narcisística asociada con mayor conciencia genital lo previene –al igual que a algunas mujeres– de entrar en el terreno competitivo del complejo de Edipo. Él permanece apegado a su madre, y sus relaciones heterosexuales son ampliamente relacionadas a los esfuerzos de contra-actuar sus sentimientos subyacentes de inadecuación genital. Está siempre decepcionado con la mu-

jeres, ya que ninguna de ellas puede igualar a su madre. Algunos hombres con esta configuración histérica elegirán un estilo de vida célibe, como el sacerdocio, para mantener, inconscientemente, inquebrantable lealtad a su madre. Otros niños abordarán su percibida inadecuación genital comprometiendose en actividades hipermasculinas, como el fisicoculturismo y la seducción compulsiva de mujeres. De este modo pueden asegurarse a sí mismos que son "realmente hombres" sin nada por lo cual sentirse inferior.

Ningún debate acerca de la histeria femenina sería completo sin una referencia a la seducción y al incesto infantil. Freud originariamente creyó que muchas de estas pacientes histéricas habían sido seducidas por sus padres porque con frecuencia escuchaba estos relatos de sus pacientes. Luego se convenció que muchas de estas denuncias eran fantasías provenientes de deseos edípicos. En el medio del furor acerca de si la visión de Freud era correcta, muchos clínicos han adoptado una posición de uno u otro. O las niñas pequeñas son realmente seducidas, o meramente fantasean la seducción. Esta dicotomía es ulteriormente complicada por el hecho de que muchas mujeres que han sido victimizadas por incesto sin embargo tienen poderosas fantasías y anhelos acerca del autor del incesto. Aun mujeres que nunca han sido violadas por sus padres pueden a pesar de ello albergar poderosos deseos sexuales conscientes o inconscientes por ello. Finalmente, hay un considerable campo intermedio en donde las interacciones erotizadas ocurren, y si bien *no* resultan en incesto abierto, *sí* estimulan fantasías.

En términos de la patogenia del desarrollo del trastorno de la personalidad histriónico e histérico, es mucho más probable encontrar una historia de incesto real en la paciente histriónica. Estas pacientes pueden atravesar sus vidas adultas repitiendo el trauma original a través de la búsqueda de hombres que están prohibidos de una u otra manera, como los terapeutas, hombres casados, o jefes. Pueden estar intentando en forma inconsciente dominar activamente un trauma experimentado pasivamente siendo las que inician más que las que se someten en forma pasiva.

La paciente histérica de nivel superior es mucho menos probable que tenga una historia de incesto abierto pero pudo haber tenido lo que experimentó como una relación especial con su padre. Las pacientes histéricas frecuentemente tienen un padre que fue poco feliz con su esposa y se dirigió a la paciente para la satisfacción y gratificación que no era posible en el matrimonio. La paciente puede percibir un mensaje implícito de que ella debe permanecer leal a su padre por siempre para rescatarlo de un matrimonio infeliz. Los padres en esta situación puede dar signos sutiles o incluso abiertos de desaprobación cada vez que sus hijas muestran interés en otros hombres. En este escenario, la paciente histérica se encontrará rodeada con las dinámicas similares al incesto, sólo de una manera atenuada. Las pacientes histéricas con estas dinámicas y constelaciones familiares pueden encontrarse incapaces de abandonar su dependencia del padre y continuar con sus vidas.

Abordajes terapéuticos

Psicoterapia individual

En general, los pacientes con trastorno histérico de la personalidad responden bien a la psicoterapia individual expresiva o al psicoanálisis. La discusión aquí se centralizará en aquellos pacientes, ya que las estrategias terapéuticas apropiadas a la paciente histriónica de nivel inferior son similares a las utilizadas en el tratamiento del trastorno borderline de la personalidad discutido previamente (Allen 1977) (véase cap. 15). Donde sea conveniente, se expondrán las modificaciones de la técnica requerida para el tratamiento del trastorno histriónico de la personalidad.

Aunque algunas pacientes con trastorno histérico de la personalidad se presentarán con un síntoma discreto, como la disfunción sexual, con mayor frecuencia comienzan la psicoterapia debido a una insatisfacción general con los patrones de sus relaciones. El evento precipitante puede ser la ruptura del matrimonio o de una relación amorosa. Pueden también experimentar sentimientos vagos de depresión o ansiedad relacionados a la desilusión con su compañero actual (MacKinnon y Michels 1971). A diferencia de muchos pacientes con trastornos de la personalidad en el grupo A y B del DSM-IV, la paciente con trastorno histérico de la personalidad fácilmente se vuelve apegada al terapeuta y rápidamente desarrolla una alianza terapéutica en la cual el terapeuta es percibido como útil. El proceso de psicoterapia generalmente transcurrirá adecuadamente si el terapeuta adhiere a varios principios generales.

Principios de la técnica

Una regla de oro en el trabajo expresivo es abordar la resistencia antes de intentar interpretar el contenido subyacente. En el caso de la paciente histérica, este axioma dicta que el estilo cognitivo de la paciente debe ser abordado primero, debido a que está íntimamente comprometido con la configuración defensiva de la paciente. Las pacientes histéricas con frecuencia comienzan la psicoterapia con una expectativa inconsciente de que el terapeuta será capaz de comprenderlas intuitivamente, de un modo no verbal, y globalmente sin detalles de sus mundos intrapsíquicos (Allen 1977). Esta expectativa es frecuentemente vinculada a un deseo conmovedor de que la madre y /o el padre los hubiera reconocido y comprendido en la niñez. De este modo, la expectativa de ser visto, escuchado, y comprendido está cargada de una mezcla de esperanza y desilusión (Reisenberg- Malcolm 1996). Estas pacientes temen que su desempeño será desechado y denigrado por el

terapeuta. Más aún, una reacción contratransferencial frecuente a las exhibiciones exageradas de emotividad es ese tipo de desdén. El terapeuta debe apreciar que algo importante está siendo comunicado en la exhibición magnificada de emoción y que también estos sentimientos exagerados contienen un grano de verdad. Algo desesperado está siendo comunicado al terapeuta; algo como "¡por favor reconózcame!¡ por favor sintonice con mi dolor!"

Aun cuando el terapeuta empatiza con la comunicación afectiva, él o ella deben también transmitirle al paciente que es necesario que dé una explicación más detallada para una comprensión más completa. Este abordaje estimula al paciente a comenzar a articular en palabras lo que ha transmitido en sentimientos. Es útil planear algunas preguntas cuidadosamente: ¿qué teme paciente?¿ qué quiere el paciente? ¿cuáles son los conflictos que el paciente siente? (Horowitz 1997). El terapeuta puede también intentar dar palabras a los sentimientos del paciente basado en lo que él o ella observa. Esta perspectiva externa (Gabbard 1997) podría ayudar a los pacientes a ganar mayor sentido de ellos mismos al internalizar como el terapeuta los ve.

La experiencia interna de la paciente histérica es con frecuencia aquella de una hoja al viento sacudida por estados sentimentales poderosos. Puede haber una completa represión de las ideas que conectan un sentimiento con el otro. Al urgir a la paciente histérica a que reflexione y preste atención en detalle a la realidad interna y externa, el terapeuta ayuda a la paciente a recabar las conexiones ideativas entre los sentimientos. Como Alen (1977) señaló, parte de este proceso implica enseñar a la persona histérica a sentir con mayor profundidad y genuidad. Los sentimientos màs superficiales y aparentes defienden contra afectos más perturbadores y profundos. A medida que la tolerancia de la paciente a los estados sentimentales profundos incrementa, se incrementa, concomitantemente, la habilidad de la paciente a atender a los detalles (Horowitz 1977 a).

A medida que las pacientes histéricas se vuelven capaces de identificar sus sentimientos, actitudes, y estados ideativos, desarrollan un mayor sentido del self como instancia en interacción efectiva con el ambiente más que el self como víctima pasiva del ambiente (Horowitz 1977 a). Las pacientes histéricas con frecuencia experimentan imágenes y fantasías visuales vívidas, pero no las traducirán en palabras a no ser que el terapeuta las asista en este proceso. De este modo, los terapeutas ayudan a sus pacientes a identificar qué es lo que desean y sienten. Las pacientes también aprenden a que tener ciertos pensamientos y sentimientos no es peligroso.

Cuando los pensamientos y sentimientos amenazantes emergen, las pacientes histéricas con frecuencia expresan un deseo de saber todo acerca de la vida del terapeuta. Son altamente sugestionables y si el terapeuta comparte mucho de su vida y sus creencias, sus pacientes rápidamente adoptaran cualidades similares como para agradar a sus terapeutas y de este modo evitar la ardua tarea de tomar contacto con sus propios sentimientos y

creencias. También, de igual modo los terapeutas deben evitar dar una gran cantidad de consejos a sus pacientes histéricas, quienes necesitan aprender que tienen considerables recursos dentro de ellas mismas como para abordar sus problemas.

Las pacientes en terapia a largo plazo encontrarán que el proceso de modificar sus estilos cognitivos lleva a una modificación de las relaciones de objeto también. Como estas pacientes comienzan a prestar mayor atención a sí mismas y a otros en los contextos interpersonales, desarrollan nuevos patrones para percibir las relaciones (Horowitz 1977 a). En vez de verse siempre a sí mismas como las víctimas de otros, las pacientes comienzan a comprender que juegan un rol activo en perpetuar ciertos patrones de relación con otros. Desarrollan una capacidad para comparar los hechos corrientes de una situación interpersonal con los patrones internos que con frecuencia se superponen en las situaciones externas. Finalmente, la representación del self del niño pasivo tan típica de las pacientes histéricas es reemplazada por una representación más madura implicando actividad y sexualidad. Sin embargo, esta transición puede tomar años, porque las pacientes frecuentemente experimentan la pérdida del estilo cognitivo histérico como una amenaza al sentido básico de identidad.

En la psicoterapia del trastorno histérico de la personalidad, el trabajo terapéutico de la transferencia es un vehículo principal para el cambio. Los problemas con los que la paciente se encuentra en las relaciones fuera de la terapia serán reproducidos dentro de la transferencia. Aunque la psicoterapia pueda ser efectiva y gratificante con las pacientes histéricas, el mal manejo de la transferencia, particularmente de la transferencia erótica, es una causa común de fracaso terapéutico.

Manejo de la transferencia erótica

A pesar de la generalidad del fenómeno de la transferencia erótica, no sólo en las pacientes histéricas sino también en otras, muchos terapeutas no reciben entrenamiento adecuado en el manejo terapéutico y efectivo de los sentimientos transferenciales. Una residente de psiquiatría que estaba luchando contra los sentimientos sexuales que un paciente varón tenía hacia ella llevó el problema a su supervisor de psicoterapia, un analista. Él le respondió mientras se rascaba la cabeza, "yo no sé lo que ustedes las mujeres hacen con este problema". Históricamente, un machismo sutil (o no tan sutil) ha prevalecido en los programas de entrenamiento en psicoterapia. Debido a que la vasta mayoría de la transferencia erótica comunicada en la literatura, desde Freud al presente, ha sido de pacientes femeninas que se han enamorado de sus terapeutas o analistas hombres, los supervisores hombres han algunas veces promovido inadvertidamente dentro de sus supervisados hombres una actitud casual, denigratoria, hacia las pacientes femeninas que

desarrollan una transferencia erótica. Un residente varón que estaba comenzando su entrenamiento en psicoterapia le dijo a su supervisor hombre que estaba incierto acerca de cómo aproximarse a su primer paciente de psicoterapia. Su supervisor le informó, "es realmente muy simple. ¿Sabes cómo seducir a una mujer?" El supervisor continuó trazando una analogía entre el proceso de "enganchar" a una paciente a la psicoterapia con el proceso de seducir a una mujer. Esta actitud poco profesional tipifica una tendencia histórica desafortunada de "disfrutar" la transferencia erótica más que de analizarla y comprenderla.

Dado que el término es utilizado vagamente para describir un número diferente de desarrollos transferenciales, una definición clara del fenómeno es relevante a fin de un debate acerca de su manejo. Person (1985) proveyó una definición sucinta que se aplica a la psicoterapia como también al psicoanálisis:

> El término *transferencia erótica* es utilizado en forma intercambiable con el término *amor de transferencia.* Se refiere a una cierta mezcla de sentimientos cariñosos, eróticos y sexuales que un paciente experimenta en referencia a su analista y, de este modo, y como tal, forma parte de una transferencia positiva. Los componentes de la transferencia sexual por sí solos representan una transferencia erótica truncada, una que no ha sido completamente desarrollada o no es completamente experimentada (pág. 161)

En las pacientes histéricas, la transferencia erótica generalmente se desarrolla gradualmente y con considerable vergüenza y embarazo. Los anhelos sexuales por el terapeuta son con frecuencia experimentados como ego-distónicos, y la paciente sabe que la consumación de estos deseos sería inapropiada.

Las pacientes histriónicas y borderline pueden desarrollar un subtipo de transferencia erótica con frecuencia denominada *transferencia erotizada* (Blum 1973). En contraste al amor de transferencia común, la paciente con la angustia de una transferencia erotizada realiza una demanda tenaz y egosintónica de gratificación sexual. Debido a la incapacidad yoica en estas pacientes, sus realidades internas y externas son difusas, y ven sus expectativas de consumación con sus terapeutas como razonables y deseables. Su aparente falta de conciencia del cruce de los límites simbólicamente incestuosos puede provenir de una historia infantil de haber sido victimizadas en seducciones sexuales reales por los padres o por figuras parentales (Blum 1973; Kumin 1985-1986).

El espectro de la transferencia en el rango que va de la transferencia erótica a la erotizada es acertadamente descrita por Person (1985) como "la mina de oro y el campo minado" (pág. 163). Estas transferencias pueden

Cuadro 18-3. Manejo terapéutico de la transferencia erótica

1. Exploración de los sentimientos contratransferenciales
2. Aceptación de la transferencia erótica como un material terapéutico importante a ser comprendido, y no para ser manipulado
3. Evaluación de los múltiples significados de la transferencia en su función como resistencia a profundizar el proceso terapéutico
4. Interpretación de las conexiones entre la transferencia y las relaciones actuales y pasadas

sentar la escena del desvastador acting-out contratransferencial. Las relaciones sexuales entre terapeuta y paciente han estigmatizado severamente las profesiones de la salud mental, han arruinado las carreras de un cierto número de psicoterapeutas, y causado severo daño psicológico a los pacientes que son sus víctimas (Gabbard 1989; Gabbard y Lester 1995; Pope y Bouhoutsos 1986). Las encuestas revelan que tanto como el 10% de los terapeutas hombres se han comprometido en dicho comportamiento (Gabbard 1989), entonces esto no puede ser desechado considerándolo como una aberración ocasional de sólo el terapeuta severamente perturbado. Muchos de estos terapeutas desafortunados parecen estar buscando la cura para ellos mismos mientras también hacen un intento desesperado para curar a sus pacientes (Twemlow y Gabbard 1989).

El aspecto de "mina de oro" de las transferencias eróticas es que proveen al terapeuta con una recapitulación in vivo de una relación pasada en la situación presente de la relación transferencial. Dichas pacientes muestran a sus terapeutas qué contribuciones traen de similares relaciones fuera de la situación terapéutica. De este modo los problemas de un paciente con el amor y la sexualidad pueden ser examinados y comprendidos a medida que se desarrolla en una relación segura en donde el paciente no será explotado o usado. Para extraer el oro en la experiencia sin ser destruido por el campo minado se requiere que los terapeutas se adhieran a cuatro principios de la técnica (cuadro 18-3). Aunque hay diferencias definitivas de género en la expresión de la transferencia erótica, primero abordaré el manejo de la transferencia erótica en general y luego examinaré los aspectos específicos determinados por cada género en este fenómeno.

Exploración a los sentimientos contratransferenciales. Las reacciones contratransferenciales del terapeuta a los sentimientos eróticos del paciente en la transferencia pueden representar: en un sentido restringido de la contratransferencia, una reactivación de una relación en el pasado del terapeuta; en su forma amplia, una identificación con un aspecto proyectado del paciente; o bien una mezcla de ambas (Kumin 1985-1986;

Sandler 1976). Aunque el paciente puede bien representar un objeto prohibido pero sexualmente evocador del pasado del terapeuta, el deseo del terapeuta por el paciente puede también estar vinculado al deseo incestuoso real de una figura parental de la fase del desarrollo del paciente. De este modo el primer paso en el monitoreo de la contratransferencia, de acuerdo con la práctica de la psiquiatría dinámica, es que los terapeutas evalúen el peso relativo de sus propias contribuciones frente a aquellas del paciente. Los terapeutas que intentan manejar la transferencia erótica en psicoterapia intensiva sin una experiencia terapéutica personal, sin embargo, estarán en seria desventaja.

Varios patrones comunes de contratransferencia se relacionan a la transferencia erótica. El primero, común en residentes hombres que se encuentran tratando a pacientes mujeres atractivas, es ver transferencia erótica donde la hay. Los terapeutas hombres pueden responder a su propio despertar sexual repudiándolo proyectivamente y en cambio viéndolo en sus pacientes, a quienes rotulan como "seductoras". En estas circunstancias cuando se los presiona para que den detalles acerca de por qué la paciente es seductora o por qué ella está sexualmente interesada en él, con frecuencia fracasan en presentar evidencia convincente. Aunque esta evitación puede simplemente reflejar la ansiedad de un principiante por tener sentimientos sexuales en la práctica de la psicoterapia, también puede ser una repetición de la respuesta del padre de la paciente a los deseos por su hija. (Gorkin 1985).

Otra posibilidad es que el repudio proyectivo de los sentimientos sexuales propios del terapeuta por la paciente pueda sutilmente influir en que la paciente desarrolle una transferencia erótica. La perspectiva constructivista enfatiza la continua influencia que tiene la subjetividad del terapeuta en la transferencia del paciente. La transferencia erótica, en particular, puede reflejar contribuciones significativas por parte del terapeuta (Gabbard 1996). Estas contribuciones pueden implicar una variedad de factores, incluyendo las expectativas del terapeuta, las necesidades del terapeuta, el punto de vista teórico del terapeuta, la contratransferencia del terapeuta, e incluso elementos cotidianos como el género, la apariencia física, y la edad del terapeuta. Todos estos factores pueden parcialmente determinar cómo el paciente ve al terapeuta, y el autoescrutinio continuo ayudará al terapeuta a descifrar qué proviene del paciente y qué deriva de la influencia del terapeuta en el paciente. Las pacientes con personalidades histéricas e histriónicas son altamente sugestionables, y si creen que el terapeuta quiere que se enamoren en la transferencia, ellas pueden fácilmente complacerlos.

Una segunda reacción contratransferencial es un distanciamiento frío en respuesta a las confesiones que hace el paciente de sus anhelos eróticos por el terapeuta (MacKinnon y Michels, 1971). Para controlar cualquier reac-

ción sexual contratransferencial a los sentimientos del paciente, el terapeuta puede volverse más silente, menos empático, y más distante. Este "enchalecamiento" de todas las emociones ayuda a mantener rígidamente el control de los impulsos sexuales que parezcan amenazantes.

Una tercera reacción contratransferencial común es la ansiedad proveniente del temor de que los sentimientos sexuales –ya sean del paciente o del terapeuta– se vuelvan fuera del control. Esta ansiedad puede conducir al terapeuta a desviar la conversación de las expresiones de amor o de despertar sexual del paciente, o interpretar dichos sentimientos prematuramente como "resistencia", una digresión de la tarea terapéutica. Cuando el terapeuta hombre en forma inapropiada (le dice) a su paciente femenina que él no permitirá que la terapia salga de su camino por los sentimientos de ella hacia él; él la fuerza a que permanezca pegada a los problemas externos a la terapia que la han traído al tratamiento. Dichos intentos ansiosos de eliminar la transferencia erótica puede darle a los pacientes el mensaje de que los sentimientos sexuales son inaceptables y posiblemente desagradables, una visión que con frecuencia refleja los sentimientos de estos pacientes. El disgusto subyacente propio del terapeuta se relaciona con el mensaje encubierto, presente en la transferencia erótica intensa; de que la terapia es inútil de que sólo el sexo o el "amor" pueden curar (Gorkin 1985).

En el cuarto patrón contratransferencial, que puede ser más insidioso que los otros, los terapeutas pueden estimular y fomentar los sentimientos eróticos para su propia gratificación. Estos terapeutas, quienes escuchan con placer voyeurístico los detalles de las fantasías sexuales de sus pacientes, pueden haber sido atraídos a la profesión porque anhelan ser idealizados y amados. Debajo de este deseo, pueden obtener placer sádico al despertar deseos sexuales fútiles en sus pacientes. Este patrón puede con frecuencia ser rastreado en las interacciones infantiles de estos terapeutas, en las cuales se sintieron que fueron excitados por el padre del sexo opuesto sólo para luego ser fueron frustrados. A través del ejercicio de la psicoterapia, estos individuos pueden estar intentando revertir esa situación infantil. Entonces, los terapeutas deben estar alertas de sus propios deseos en la relación terapéutica. Como Kumin (1985-1986) señaló, "tanto la capacidad como la incapacidad del analista de interpretar apropiadamente los deseos del paciente en la transferencia requiere una apreciación no sólo de qué y a quién el paciente desea, pero también qué y a quién el analista desea (pág. 13). Kumin también sugirió que los deseos del terapeuta por el paciente pueden presentar una resistencia más formidable que los deseos del paciente por el terapeuta. Numerosos procesos de psicoterapia se han estancado en la angustia de la intensa transferencia erótica porque el terapeuta ha estado muy ocupado disfrutando del calor de los sentimientos sexuales.

Aceptación de la transferencia erótica como material terapéutico importante para ser comprendido y no para ser manipulado. El terapeuta puede transmitirle al paciente que los sentimientos sexuales o de amor son aspectos aceptables de la experiencia terapéutica. El terapeuta puede hacer un comentario educacional como "en la psicoterapia es probable que Ud. experimente un amplio rango de sentimientos –odio, amor, envidia, despertar sexual, temor, enojo, y alegría– todos los cuales deben ser abordados como temas aceptables de discusión y como portadores de información importante para la terapia". Si bien es verdad que la transferencia erótica puede servir como resistencia a la emergencia de otro material en la terapia, es generalmente un error técnico interpretar inmediatamente dichos sentimientos como resistencia. Para comprender qué es lo que se repite del pasado, debe permitirse el completo desarrollo de la transferencia erótica.

Freud (1914/1958) uso el términō *acting-out* por primera vez para describir la tendencia de un paciente para repetir en acción algo del pasado más que recordarlo y verbalizarlo. Se les puede decir a los pacientes que los sentimientos que se desarrollan en la terapia proveerán importante información acerca de los sentimientos que se desarrollaron en sus otras relaciones del pasado y del presente. Si un paciente insiste en que el terapeuta gratifique los deseos transferenciales, el terapeuta puede señalarle que no gratificar los deseos puede conducir a una mejor comprensión de qué es lo que ocurre en otras relaciones. El terapeuta debe guardar en mente que la transferencia erótica puede ser intensamente displacentera para el paciente (tal como puede ser para terapeuta), no sólo por la frustración que trae pero también porque es avergonzante. El terapeuta puede comunicar empáticamente su comprensión de la vergüenza de la paciente: "sé que es difícil y doloroso para usted tener estos sentimientos y no poder gratificarlos, pero si podemos explorarlos juntos, podremos ser capaces de ayudarla a entender con más profundidad los problemas que la han traído aquí".

Evaluación de los múltiples significados de la transferencia en su función como resistencia. La transferencia erótica es una resistencia en el sentido de que algo está siendo repetido más que recordado y verbalizado. Sin embargo, la resistencia no debe ser equiparada a "algo malo que debe ser removido inmediatamente", como con frecuencia lo es por terapeutas principiantes. Como fue señalado recientemente, la transferencia erótica es también una comunicación importante que debe ser comprendida. Como todos los otros fenómenos mentales, la transferencia erótica es configurada por el principio de múltiple determinación. No debe ser tomada simple y literalmente, pero más bien debe ser explorada a través de las asociaciones, sueños, y recuerdos del paciente por todas sus múltiples significaciones, algunas de las cuales pueden ser inconscientes. En el

contexto psicoterapéutico, hay considerable fluidez de orientación sexual y de género (Gabbard y Wilkinson 1996). Por ejemplo, la transferencia erótica de un paciente varón hacia su terapeuta mujer puede representar anhelos homosexuales pasivos aun cuando la terapeuta es del sexo opuesto (Torras de Be 1987). Debido a que la transferencia erótica también debe ser comprendida en términos de su función en un particular momento en la terapia, el terapeuta debe evaluar qué precedió a su desarrollo y qué lo sucede.

> Un paciente varón comenzó su sesión de terapia con su terapeuta varón diciendo que la explicación que le había dado en la sesión previa lo había ayudado enormemente. Luego de comentar acerca de cuánto la interpretación del terapeuta lo había ayudado a él en el trabajo, el paciente comenzó a contradecir lo que había dicho recientemente, al expresar que sus relaciones se estaban deteriorando. A medida que continuaba hablando, reveló que había estado teniendo fantasías sexuales con el terapeuta y que él creía que el terapeuta sólo podría ayudarlo eyaculando semen en su recto para hacerlo más masculino. El terapeuta señaló que el paciente estaba devaluando la ayuda de los insights que él había recibido en la sesión previa aferrándose a una creencia mágica de que la ligazón sexual era la única forma de ser ayudado. El paciente reconoció que necesitó devaluar la ayuda del terapeuta debido a que se sintió muy inferior al terapeuta, a quien lo veía como "en el monte Olimpo". El terapeuta le explicó que la envidia del paciente había incrementado a medida en que se sintió ayudado. De esta manera, él había sexualizado la transferencia para devaluar la ayuda. (Si los insights del terapeuta no eran particularmente efectivos o útiles, había mucho menos para envidiar.) El paciente respondió que la expresión de sus sentimientos de alivio por la ayuda había coexistido con sentimientos de humillación, ya que tuvo que reconocer que su terapeuta sabía algo que él no sabía, situación que lo hacía sentir vulnerable.

En esta instancia, la transferencia erótica del paciente era una forma de defenderse contra su envidia por la capacidad del terapeuta, devaluándolo. La sexualización en la transferencia puede ser una forma de defenderse contra otros sentimientos también.

> Un paciente varón acudió a su última sesión con su terapeuta mujer. Ésta era la última vez que se verán dado que ella finalizaba su entrenamiento en la residencia. Él comentó que había visto una película la noche anterior en la que una psiquiatra mujer había besado a uno de sus pacientes. Dado que a su criterio el paciente mejoró con el beso de la terapeuta, le preguntó a su terapeuta si ella haría lo mismo con él. Luego de una reacción ansiosa inicial frente al pedido, la terapeuta le preguntó si ese pedido inesperado podía estar relacionado con la finalización de la terapia. El paciente respondió que no quería pensar acerca de ese tema. La terapeu-

ta entonces le señaló que su deseo de sexualizar la relación podía ser una defensa frente al duelo asociado con la terminación.

Sexualizar el fin de una relación es un fenómeno común (en la terapia y en la vida en general). Sirve para evitar el proceso del duelo conectado con la pérdida de una figura importante. En esta viñeta, el deseo del paciente de involucrarse físicamente con su terapeuta puede también ser una forma de negar la naturaleza definitiva de la finalización: un beso puede conducir a un *comienzo,* más que a un fin. Ciertamente, muchos casos de las violaciones de los límites sexuales entre terapeuta y pacientes ocurren alrededor del momento de la finalización (Gabbard y Lester 1995). La sexualización puede ser una defensa maníaca contra la pérdida que conduce a los dos miembros de la díada terapéutica a comprometerse en la mutua negación.

Los terapeutas que ven el amor de transferencia como una respuesta natural y comprensible a su enorme atractivo sexual están descuidando el lado más oscuro de la transferencia erótica. Una de las muchas historias contadas por el doctor Karl Menninger ilustra este dilema:

Una mujer algo deprimida e histérica de 40 años fue hospitalizada en The Menninger Clinic y permaneció por más de un año sin cambios esenciales en su condición. Ella había desarrollado una transferencia intensa e intratable hacia su psicoterapeuta varón. El Dr. Menninger fue consultado en el caso debido al estancamiento terapéutico al cual se había llegado. A lo largo de la mayor parte de la entrevista, la paciente repetidamente comentó acerca de su gran amor por su terapeuta. Luego de escuchar las declamaciones de amor por varios minutos, se comenta que el Dr. Menninger dijo, "usted sabe, si realmente lo amara, se mejoraría por él".

El Dr. Menninger se estaba dirigiendo a la hostilidad que con frecuencia subyace a la transferencia de amor de la paciente. Ciertamente, las transferencias eróticas con frecuencia enmascaran una agresión y sadismo considerable, a tal punto que una transferencia erótica puede ser considerada una forma de transferencia negativa (Kumin 1985-1986). La exploración de los deseos transferenciales de una relación sexual con frecuencia revelan deseos de dañar, avergonzar, o destruir al terapeuta. Las demandas de la paciente de traspasar los límites sexuales pueden ser tan atormentadoras, especialmente en los casos de la variante erotizada típica de pacientes histriónicas y borderline, que el terapeuta teme con horror cada sesión. El terapeuta puede sentirse utilizado y transformado en un objeto gratificante de necesidades cuya única función es colmar las demandas inapropiadas de la paciente (Frayn y Silberfeld 1986).

La señorita KK era una paciente histriónica homosexual de 24 años que funcionaba en un nivel borderline de organización yoica y tenía una his-

toria de abuso sexual por parientes varones. Ella desarrolló una transferencia erotizada intensa con su terapeuta femenina casi en forma inmediata. La coqueteaba provocativamente en las sesiones tocando ligeramente el pie de la terapeuta con su propio pie y preguntando, "¿Te pone esto nerviosa?" La señorita KK mantuvo con firmeza que su terapeuta sólo la conocería si se acostaba con ella. Demandó también conocer la orientación sexual de su terapeuta. Aunque la terapeuta frustró el deseo de la paciente de destruir su relación profesional transformándola en una relación sexual, la paciente continuó sus esfuerzos de seducción.

La paciente traía regularmente fantasías sexuales explícitas sobre su terapeuta:

> Estoy acariciando tu cuerpo-tu espalda, tus caderas, tus muslos. Suave y rápidamente acaricio tu concha. Gimes suavemente y me sujetas firmemente por mi espalda. Te beso y te susurro suavemente en tus oídos que te voy a hacer el amor. Masajeo tus pechos suavemente y los beso. Beso tu panza y me muevo abajo hacia tu concha. Beso la parte interna de tus muslos mientras acaricio tu clítoris con mi lengua. Continúo besándote, chupándote y acariciándote con mi lengua. Gimes de placer mientras tienes un orgasmo. Te beso los muslos otra vez y ligeramente exprimo tus pechos y deslizo mis dedos a tus caderas. Empiezo a lamer tu clítoris otra vez y pego mi lengua dentro tuyo. Luego lamo y chupo tu clítoris mientras despacio desenvuelvo uno, luego dos, y luego tres dedos dentro tuyo. Tienes un orgasmo largo, múltiple y placentero que termina mientras acaricias mis cabellos y yo beso tu concha.

No es necesario decir, que la expresión de dichas fantasías por la paciente hizo que la terapeuta se sintiera ansiosa e inconfortable, así como también controlada. Si ella interrumpía las fantasías, ella sentía que revelaba su disconfort y desaprobación frente a los sentimientos transferenciales de la paciente. Si permanecía en silencio, ella sentía que permanecía en connivencia formando par exhibicionista-voyeurista.

La paciente finalmente reveló algunos de los sentimientos agresivos subyacentes que se encontraban enmascarados como transferencia erotizada. Ella comentó a su terapeuta, "tu sabes, soy consciente de querer enojarte todavía. Probablemente forzarte a que me rechaces. Hacer que me odies. ¿Lo estoy logrando? Realmente quiero gustarte. Pero como se que eso está fuera de discusión, te voy a ahuyentar. Es una cagada, ¿no? Ves, veo nuestra relación en dos formas: o cogemos, o hago que me odies a muerte".

En cierta medida, la señorita KK había inducido una parálisis en la terapeuta, quien se sentía cruel y sádica por frustrar los deseos de la paciente. Una consulta ayudó a la terapeuta a comprender que estaba siendo con-

trolada por el proceso de una identificación proyectiva de manera tal que los límites profesionales normales de la psicoterapia parecían despiadados e irrazonables. En otras palabras, un objeto despojador, frío, del pasado de la paciente había sido proyectado sobre la terapeuta, quien inconscientemente se identificó con este material proyectado. Más aún, su propio enojo frente a la paciente por su implacable control de la terapia también contribuyó a su sentimiento de que cualquier intervención parecía fría y despiadada pauta. A medida que la psicoterapia continuó, se volvió claro que el deseo sexual abierto era sólo la punta de un iceberg.

> Durante una sesión, la señorita KK comunicó un sueño en el cual ella estaba en un consultorio de alta tecnología. Había una máquina que podía traducir sus pensamientos, de manera que ella no tenía que contárselos a su terapeuta. En las asociaciones del sueño, ella reconoció que sus anhelos por la terapeuta no eran realmente sexuales, pero más bien deseos de que su terapeuta la conociera de un modo íntimo realmente. La terapeuta finalmente ayudó a la señorita KK a ver que su deseo del sexo era realmente un deseo de fusión –un deseo de que su terapeuta pudiera saber sus pensamientos sin tener que escucharlos.
>
> Estos anhelos regresivos de volver al estado simbiótico madre-infante es con frecuencia un componente poderoso de las transferencias eróticas o erotizadas en la díada paciente femenina y terapeuta femenina. El deseo sexualizado puede ser preferible al deseo más amenazante de fusión.

Interpretación de las conexiones entre la transferencia y las relaciones actuales y pasadas. Una correcta interpretación de la transferencia erótica con frecuencia reducirá el deseo y la resistencia inherente al amor de transferencia (Kumin 1985-1986). Para evitar la interpretación prematura, el terapeuta puede necesitar formularse silenciosamente la interpretación para ayudarse con los deseos contratransferenciales aun antes de expresar la interpretación al paciente. El *timing* de las interpretaciones de la transferencia es una cuestión de juicio. Una guía es evitar interpretarla hasta que las vinculaciones subyacentes a las relaciones pasadas y a las relaciones extratransferenciales actuales se encuentren cerca del acceso a la conciencia. El terapeuta puede usar el modelo del triángulo del insight descrito en el capítulo 4 para construir conexiones entre los sentimientos transferenciales y las relaciones pasadas, como asimismo entre la transferencia y las relaciones actuales extratransferenciales. Al señalar que el amor de transferencia es una repetición de algo del pasado, y preguntando al paciente si la situación es reminiscente de situaciones pasadas, el terapeuta puede sentar las bases para las intervenciones interpretativas. Sin embargo, es necesaria una importante advertencia. En general, los terapeutas deben evitar decirle a las pacientes con trastorno histérico de la personalidad que el amor que ellas sienten por ellos, los terapeutas, "no es real".

Desde la perspectiva de la paciente, es extraordinariamente real. Sería mucho más adecuado y empático, ayudar a estos pacientes a comprender que el amor que ellas sienten por el terapeuta es *tanto* real *como* desplazado, en el sentido que deriva, en parte, de sentimientos que fueron experimentados hacia objetos del pasado (Gabbard 1996).

Una transcripción real de una sesión de psicoterapia puede ilustrar alguno de los abordajes técnicos para interpretar la transferencia erótica.

La señora LL era una paciente casada de 26 años con diagnóstico de trastorno histérico de la personalidad. Era tratada por un terapeuta varón en psicoterapia expresiva de apoyo con un énfasis predominantemente expresivo con una frecuencia de dos veces semanales. Ella comenzó la psicoterapia con quejas de anorgasmia, dolores de cabeza, constantes dificultades maritales, temor a "pararse sobre sus propios pies", sentirse no amada y no deseada, y una preocupación general de que era demasiado dependiente. En la mitad del segundo año de tratamiento, el siguiente diálogo tomó lugar en una de las sesiones:

Señora LL: mi esposo y yo no hemos estado llevándonos bien. No nos vemos mucho, y cuando nos vemos, discutimos. Quise entrar en confianza con Ud. otra vez hoy, pero cuando entré, algo cambió. No se qué decir que hoy. Me gustaría enojarme mucho con Ud. pero no se por qué. Probablemente porque necesito atención y mi esposo no me la está dando. Cuando no tengo nada que decir, es generalmente porque tengo sentimientos hacia Ud; tuve un cosquilleo cuando dije eso. Hay dos tipos de sentimientos que tengo cuando entro aquí: uno es que siento que Ud. es como mi padre y quisiera que me acunara y me diera una palmada en la espalda. El otro es que quiero que me abrace realmente fuerte... (la paciente se detiene).

Terapeuta: justo en este momento usted ha tenido un sentimiento que la detuvo en la mitad de la oración. ¿Qué fue eso?

Señora LL: no quiero decirlo. Es ridículo. (Con gran vacilación) no puedo entrar aquí... y mirarlo... y pensar, "quiero hacer el amor contigo" no puedo sentir de ese modo. Ésa no soy yo.

Terapeuta: ¿pensar que se pueden tener sentimientos sexuales es tan inaceptable que usted no puede sentir los sentimientos como propios?

Señora LL: yo no soy así. Ni siquiera con mi esposo. Mi subconsciente quiere colgarse de Ud. y abrazarlo firmemente, pero mi mente consciente quiere pretender que yo no tengo esos sentimientos. Prefiero ir hacia atrás para simplemente tener el sentimiento de que usted es como mi padre y que necesito una palmada en la espalda.

Terapeuta: es particularmente inaceptable para usted tener sentimientos sexuales por alguien a quien también ve como su pa-

dre. Me pregunto si lo mismo habrá sucedido cuando era pequeña en su relación con su padre.

Señora LL: yo era muy especial para mi padre. Cuando me llevó al altar, me dijo que siempre había sido la favorita de sus tres hijas. No debería estar diciendo esto. Debería salir, meterme en el auto y pasar la noche con mi marido, pero mis pensamientos serán acerca de usted.

Terapeuta: pareciera que hay una similitud entre su apego hacia mí y su apego hacia su padre, en el hecho de que ambos apegos hacen que sea difícil para usted embestir emocionalmente a su esposo.

En esta viñeta, el terapeuta establece una conexión entre la transferencia erótica de la paciente y sus sentimientos por su padre. Los sentimientos sexuales están prohibidos en ambas relaciones porque ella los ve como incompatible con su visión paterna del terapeuta y su padre. Luego de vincular los sentimientos transferenciales a las relaciones del pasado de la paciente con su padre, el terapeuta conecta estos anhelos a su dificultad actual con su esposo, una relación extratransferencial.

Estos cuatro principios de la técnica pueden ser de utilidad para el psicoterapeuta que está tratando a una paciente en lucha con sentimientos transferenciales eróticos. Sin embargo, la adherencia a estos principios requiere de un pensamiento racional y sensato. Como los poetas han conocido por largo tiempo, la pasión anula al juicio. Por su propia naturaleza, los sentimientos de amor y/o lujuria tienden a evocar actuaciones en el paciente y el terapeuta (Gabbard 1994). En otras palabras, ambas personas son propensas a perder su conciencia reflexiva de las características transferenciales y contratransferenciales de los sentimientos porque éstos parecen ser tan reales y apremiantes. Los terapeutas deben monitorizar cuidadosamente las desviaciones de su práctica clínica estándar como un modo de alertarse a sí mismos acerca de actuaciones contratransferenciales. Varios signos de alerta son particularmente útiles en este monitoreo de los límites: extender sesiones más allá del límite usual, reducir los honorarios o no cobrar al paciente, exponer datos de la vida personal frente al paciente, fantasear constantemente con el paciente, prestar atención a la apariencia personal en el día de la sesión del paciente, abrazar al paciente o comprometerlo en otras formas de contacto físico, desear encontrar al paciente en un contexto no clínico, e imaginar que uno puede rescatar al paciente de su miseria (Gabbard y Wilkinson 1994; Gutheil y Gabbard 1993). Cuando los terapeutas comienzan observar que se están desviando a lo largo de estas líneas o que están siendo arrastrados por los sentimientos eróticos hacia la paciente, sería sabio buscar supervisión o la consulta de un colega respetado. Por cierto, es inteligente que todos los terapeutas hagan uso regular de consultas de supervisión cuando están tratando pacientes con una transferencia

erótica o experimentando contratransferencia erótica (Gabbard 1996; Gabbard y Lester 1995). Los sentimientos sexuales en la díada pueden estar "fuera de sincronización" y el deseo puede oscilar entre el terapeuta y la paciente y sólo ocasionalmente residir en ambos juntos.

Los terapeutas deben también estar alertas a que todos los pacientes que experimentan sentimientos sexuales hacia el terapeuta no responderán a los esfuerzos interpretativos. Algunas pacientes histriónicas y borderline pueden traducir sus sentimientos en acción y tirarse a los pies del terapeuta, sentarse en el regazo del terapeuta, o apasionadamente abrazar al terapeuta a medida que avanzan hacia la puerta del consultorio. En dichos casos, el terapeuta debe establecer límites firmes. Los pacientes pueden necesitar que se les diga que deben regresar a sus sillas y que el contacto físico está fuera de los límites. A veces un comentario educacional es también de ayuda: "la psicoterapia es un tratamiento verbal que sólo puede funcionar bajo ciertas circunstancias. Una de esas circunstancias es que usted se siente en su silla y yo me siente en la mía".

Diferencias de género en la transferencia erótica

La abrumadora mayoría de los casos informados en la literatura implicando transferencia erótica o erotizada son de pacientes femeninas con terapeutas masculinos. Lester (1985) señaló que la ausencia de informes implicando a pacientes hombres y a terapeutas mujeres puede reflejar la rareza general del amor de transferencia en esas díadas. Ella especuló que la ansiedad del paciente hombre acerca de la terapeuta como una madre fálica preedípica, que realiza interpretaciones "penetrantes", puede eclipsar y ampliamente inhibir sus expresiones de sentimientos sexuales hacia la analista como una madre edípica. Lester también notó que la pasividad regresiva en la terapia analítica va en contra del rol sexual masculino activo tradicional.

La experiencia de Lester no ha sido corroborada por todas las terapeutas mujeres. Gornick (1986) vio el escenario de la madre fálica de Lester como sólo aplicable a algunos pacientes hombres trabajando con terapeutas mujeres. Otros pacientes hombres, ella aseveró, encuentran mucho más difícil aceptar ser pasivos y dependientes frente a una mujer, que expresar directamente los sentimientos sexuales. La vergüenza de ser dependiente puede conducir a ciertos pacientes hombres a defenderse contra dichos sentimientos "devolviendo la pelota" y usando los sentimientos sexuales en la transferencia para restaurar una sensación de dominación masculina.

Cuando una terapeuta mujer está tratando a un paciente varón, otra diferencia de género se hace aparente, principalmente, el riesgo de ser atacada. Si el paciente tiene un trastorno borderline o antisocial serio y pobre control de los impulsos, una terapeuta mujer puede estar en peligro en un

consultorio cerrado. Interpretar la transferencia a un paciente agresivo e impulsivo puede no ser de uso alguno, y los límites deben ser establecidos claramente. En algunos casos, puede ser necesario terminar el tratamiento, porque no es posible trabajar en un contexto donde hay amenaza de ataque.

Dado a que han aparecido muchos más informes de casos de pacientes femeninas con transferencia erótica en la bibliografía, Person (1985) ha observado que los clínicos pueden tener la impresión de que los sentimientos sexuales en la terapia son específicamente y exclusivamente relacionados a la psicología de la mujer. Sin embargo, mientras muchos pacientes hombres tratados por terapeutas hombres pueden suprimir o negar la transferencia erótica debido a ansiedades homosexuales, algunos desarrollan transferencia erótica o erotizada florida hacia su terapeuta varón que necesita ser sistemáticamente comprendida e interpretada. En muchos casos, la transferencia sexualizada es una defensa contra sentimientos más displacenteros de amor y anhelo que son difíciles de expresar (Gabbard 1994).

Psicoterapia de grupo

Los clínicos han notado con frecuencia que los pacientes que son buenos candidatos para la psicoterapia dinámica individual son también buenos candidatos para la psicoterapia dinámica de grupo. Tal es el caso con las pacientes histéricas, quienes con frecuencia se vuelven "estrellas" en su grupos. El estilo cognitivo de la paciente histérica y sus defensas asociadas de represión y negación pueden ser abordados con bastante efectividad en la psicoterapia de grupo. Otros pacientes en el grupo ayudarán a las pacientes histéricas a ver cómo ellas tienden a distorsionar su visión de sí mismas y de otros omitiendo detalles de las situaciones de interacción. Por ejemplo, cuando una paciente histérica describió el modo en que ella era malentendida como seductora cuando ella simplemente estaba siendo amistosa con un hombre en el trabajo; los pacientes hombres en el grupo le señalaron que ella podría estar pasando por alto lo que dijo (o cómo lo dijo) en esa interacción. Más aún, ellos señalaron cómo esta paciente se comportaba de modo similar en el grupo en sí y como parecía no consciente de las señales de coquetería que enviaba a los hombres en el grupo. Las pacientes histéricas generalmente forman una transferencia materna positiva hacia el grupo como una totalidad. Ellas buscan la terapia de grupo como una oportunidad para recibir parte de la crianza materna que creen que no obtuvieron durante la infancia. Están entonces, bien motivadas a asistir a la terapia de grupo y a estimular a otros a verla como un recurso valioso. Las pacientes histriónicas, sin embargo, pueden ser más problemáticas en los grupos, porque con frecuencia "eclipsan" a otros pacientes demandando ser el centro

de la atención a través de exhibiciones floridas de su emotividad. Dichas pacientes pueden ser efectivamente tratadas en psicoterapia de grupo sólo si también están en psicoterapia individual, como ocurre con la psicoterapia de grupo de los pacientes borderline (véase cap. 15).

Bibliografía

Allen DW: Basic treatment issues, in Hysterical Personality. Edited by Horowitz MJ. New York, Jason Aronson, 1977, pp 283-328

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 2nd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1968

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised. Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psyehiatric Association 1994

Baumbacher G, Amini F: The hysterical personality disorder: a proposed clarification of a diagnostic dilemma. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy 8:501-532, 1980-1981

Blacker KH, Tupin JP: Hysteria and hysterical structures: developmental and social theories, in Hysterical Personality. Edited by Horowitz MJ. New York, Jason Aronson, 1977, pp 95-141

Blum HP: The concept of erotized transference. J Am Psychoanal Assoc 21 :61-76, 1973

Chodoff P: The diagnosis of hysteria: an overview. Am J Psychiatry 131: 1073-1078, 1974

ChodoffP, Lyons H: Hysteria, the hysterical personality and "hysterical" conversion. Am J Psychiatry 114:734-740, 1958".

Cleghorn RA: Hysteria—multiple manifestations of semantic confusion. Canadian Psychiatric Association Journal 14:539-551, 1969

Easser BR, Lesser SR: Hysterical personality a re-evaluation. Psychoanal Q 34:390-405, 1965

Frayn DH, Silberfeld M: Erotic transferences. Can J Psychiatry 31:323-327, 1986

Freud S: Remembering, repeating and working-through (further recommendations on the technique of psycho-analysis II) (1914), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 12. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1958, pp 145-156

Gabbard GO (ed): Sexual Exploitation in Professional Relationships. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1989

Gabbard GO: On love and lust in erotic transference. J Am Psychoanal Assoc 42:385-403, 1994

Gabbard GO: Love and Hate in the Analytic Setting. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1996
Gabbard GO: A reconsideration of objectivity in the analyst. Int J Psychoanal 78:15-26, 1997
Gabbard GO, Lester EP: Boundaries and Boundary Violations in Psychoanalysis. New York, Basic Books, 1995
Gabbard GO, Wilkinson SM: Management of Countertransference With Borderline Patients. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1994
Gabbard GO, Wilkinson SM: Nominal gender and gender fluidity in the psychoanalytic situation. Gender and Psychoanalysis 1:463-481, 1996
Gorkin M: Varieties of sexualized countertransference. Psychoanal Rev 72:421-440, 1985
Gornick LK: Developing a new narrative: the woman therapist and the male patient. Psychoanalytic Psychology 3:299-325, 1986
Gutheil TH, Gabbard GO: The concept of boundaries in clinical practice: theoretical and risk management dimensions. Am J Psychiatry 150:188-196, 1993
Halleck SL: Hysterical personality traits: psychological, social, and iatrogenic determinants. Arch Gen Psychiatry 16:750-757, 1967
Hamburger ME, Lilienfeld SO, Hogben M: Psychopathy, gender, and gender roles: implications for antisocial and histrionic personality disorders. J Psychother Pract Res 10:41-55, 1996
Hollender M: Hysterical personality. Comment on Contemporary Psychiatry 1:17-24, 1971
Horowitz MJ: Structure and the processes of change, in Hysterical Personality. Edited by Horowitz MJ. New York, Jason Aronson, 1977a, pp 329-399
Horowitz MJ: The core characteristics of hysterical personality (Introduction), in Hysterical Personality. Edited by Horowitz MJ. New York, Jason Aronson, 1977b, pp 3-6
Horowitz MJ: Histrionic personality disorder, in Treatments of Psychiatric Disorders, 2nd Edition, Vol 2. Edited by Gabbard GO. 1995, pp 2311-2326
Horowitz MJ: Psychotherapy for histrionic 6:93-107, 1997
Kernberg OF: Borderline Conditions and Aronson, 1975
Kolb LC: Noyes' Modern Clinical Psychiatry, 7th Edition. Philadelphia, PA, WB Saunders, 1968
Kumin I: Erotic horror: desire and resistance in the psychoanalytic situation. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy 11:3-20, 1985-1986
Lazare A: The hysterical character in psychoanalytic theory: evolution and confusion. Arch Gen Psychiatry 25:131-137, 1971
Lerner HE: The hysterical personality: a "woman's disease." Compr Psychiatry 15:157-164, 1974
Lester EP: The female analyst and the erotized transference. Int J Psychoanal 66:283-293, 1985
Luisada PV, Peele R, Pitard EA: The hysterical personality in men. Am J Psychiatry 131: 518-521, 1974
MacKinnon RA, Michels R: The Psychiatric Interview in Clinical Practice. Philadelphia, PA, WB Saunders, 1971
Malmquist C: Hysteria in childhood. Postgrad Med 50: 112-117, 1971

Marmor J: Orality in the hysterical personality. J Am Psychoanal Assoc 1:656-671, 1953

Person ES: The erotic transference in women and in men: differences and consequences. J Am Acad Psychoanal 13:159-180, 1985

Pfohl B: Histrionic personality disorder: a review of available data and recommendations for DSM-IV. J Personal Disord 5:150-166, 1991

Pope KS, Bouhoutsos JC: Sexual intimacy between therapists and patients. New York, Praeger, 1986

Rieserberg-Malcolm R: "How can we know the dancer from the dance?": hyperbole in hysteria. Int J Psychoanal 77:679-688, 1996

Sandler J: Countertransference and role-responsiveness. International Review of Psychoanalysis 3:43-47, 1976

Shapiro D: Neurotic Styles. New York, Basic Books, 1965

Sugarman A: The infantile personality orality in the hysteric revisited. Int J Psychoanal 60:501-513, 1979

Torras de Be E: A contribution to the papers on transference by Eva Lester and Marianne Goldberger and Dorothy Evans. Int J Psychoanal 68:63-67, 1987

Twemlow SW, Gabbard GO: The lovesick therapist, in Sexual Exploitation in Professional Relationships. Edited by Gabbard GO. Washington, DC, Arnerican Psychiatric Press, 1989, pp 71-87

Wallerstein RS: Diagnosis revisited (and revisited): the case of hysteria and the hysterical personality. International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy 8:533-547, 19801981

Zetzel ER: The so called good hysteric. Int J Psychoanal 49:256-260, 1968

CAPÍTULO

19

Trastornos de la personalidad del Grupo C

Obsesivo-compulsivo, por evitación y por dependencia

Los tres trastornos de la personalidad clasificados en el Grupo C del DSM - IV (American Psychiatric Association 1994)-obsesivo-compulsivo, por evitación, y por dependencia están agrupados juntos porque las personas que sufren de estos trastornos usualmente tienen ansiedad o temor como una característica común prominente. Una larga tradición clínica psicoanalítica está asociada con el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP), pero no existen tradiciones similares para las otras dos entidades caracterológicas del Grupo C. El hecho de que los tres trastornos de personalidad son considerados aquí en un mismo capítulo refleja la escasez de contribuciones a la literatura psicodinámica en lo que respecta al trastorno de la personalidad por evitación y al trastorno de la personalidad por dependencia.

Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

La distinción entre trastorno obsesivo-compulsivo (TOC) (o neurosis obsesiva-compulsiva) y el trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP) está basada en la diferencia entre síntomas y rasgos de carácter per-

durables. Como se describió en el capítulo 9, el paciente que padece un TOC está atormentado por pensamientos displacenteros recurrentes y es conducido a manifestar conductas ritualistas. Estas manifestaciones sintomáticas son ego-distónicas en el sentido de que el paciente las reconoce como problemas y comúnmente desea estar libre de ellas. En contraste, los rasgos que constituyen el diagnóstico del DSM-IV de TOCP (cuadro 19-1) son patrones de comportamiento presentes a lo largo de la vida y son egosintónicos. Estos rasgos raramente causan distrés en los pacientes y pueden incluso ser considerados como altamente adaptativos. Por cierto, estudios en la población de médicos sugieren que ciertas características obsesivas-compulsivas contribuyen significativamente al éxito como médico (Gabbard 1985; Krakowski 1982; Vaillant y col. 1972). La inquebrantable devoción al trabajo, típica de la persona obsesiva-compulsiva también conduce a elevados logros en otras profesiones además de la medicina donde la atención en el detalle es esencial. De todas maneras, el éxito en la esfera del trabajo se consigue por lo general, a un alto precio para estas personas. Los otros significativos generalmente encuentran dificultad para vivir con ellos y con frecuencia los instan a concurrir a un psiquiatra.

Cuadro 19-1. Criterios del DSM-IV para el diagnóstico del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad

Un patrón general de preocupación por el orden, el perfeccionismo y el control mental e interpersonal, a expensas de la flexibilidad, la espontaneidad y la eficiencia, que empieza al principio de la edad adulta y se da en diversos contextos, como lo indican cuatro (o más) de los siguientes ítems:

1. preocupación por los detalles, las normas, las listas, el orden, la organización o los horarios, hasta el punto de perder de vista el objeto principal de la actividad
2. perfeccionismo que interfiere con la finalización de las tareas (p. ej., es incapaz de acabar un proyecto porque no cumple sus propias exigencias, que son demasiado estrictas)
3. dedicación excesiva al trabajo y a la productividad con exclusión de las actividades de ocio y las amistades (no atribuible a necesidades económicas evidentes)
4. excesiva terquedad, escrupulosidad e inflexibilidad en temas de moral, ética o valores (no atribuible a la identificación con la cultura o la religión)
5. incapacidad para tirar los objetos gastados o inútiles, incluso cuando no tienen un valor sentimental
6. es reacio a delegar tareas o trabajo en otros, a no ser que éstos se sometan exactamente a su manera de hacer las cosas
7. adopta un estilo avaro en los gastos para él y para los demás; el dinero se considera algo que hay que acumular con vistas a catástrofes futuras
8. muestra rigidez y obstinación

Fuente. Reproducido del DSM IV (American Psychaitric Association 1994), pp. 72-673. Usado con permiso.

Aunque las distinciones entre TOC y TOCP en el DSM-IV son claras y útiles, hay alguna controversia concerniente a la extensión de la superposición de estas dos entidades diagnósticas. También han sido comunicados síntomas de una naturaleza obsesiva-compulsiva como ocurrencias transitorias durante el tratamiento psicoanalítico de pacientes con TOCP (Munich 1986). Sin embargo, estudios empíricos indican que un amplio rango de trastornos de la personalidad pueden ocurrir en pacientes con TOC. En un estudio, menos de la mitad de los pacientes con TOC satisfacían los criterios para TOCP (Rasmussen y Tsuang 1986). De hecho, el diagnóstico caracterológico más común en esta muestra era una mezcla de trastorno de la personalidad con características evitativas, dependientes, y pasivo-agresivas. En un estudio (Baer y col. 1990) que evaluaba a 96 pacientes con TOC, únicamente el 6% tenía diagnóstico de TOCP en el Eje II. Otras investigaciones han encontrado que el TOCP es significativamente más común en pacientes con TOC que en aquellos pacientes con pánico y trastorno depresivo mayor (Diaferia y col. 1997) y que los síntomas obsesivos son probablemente asociados más con rasgos de TOCP que con rasgos de otros trastornos de la personalidad (Rosen y Tallis 1995). En un estudio escandinavo de comorbilidad entre TOC y trastornos de la personalidad (Bejerot y col. 1998), el 36% de los pacientes con TOC también fueron diagnosticados con TOCP. A pesar de la incertidumbre acerca de si las dos condiciones están realmente relacionadas, el TOCP y el TOC son usualmente discutidos por separado debido a que las implicancias terapéuticas de cada uno son bastante diferentes.

Comprensión psicodinámica

Las contribuciones psicoanalítica tempranas (Abraham 1921/ 1942; Freud 1908/1959; Jones 1948; Menninger 1943) conectaban ciertos rasgos de carácter –particularmente obstinación, parsimonia, y orden– con la fase anal del desarrollo psicosexual. Los pacientes con estas características de personalidad eran vistos como habiendo regresado desde la angustia de castración asociada con la fase edípica del desarrollo hacia la relativa seguridad del período anal. Conducidos por un superyó punitivo, ellos presumiblemente empleaban operaciones defensivas del yo características, incluyendo aislamiento del afecto, intelectualización, formación reactiva, anulación, y desplazamiento (véase cap. 2). Su orden obsesivo, por ejemplo, era conceptualizado como una formación reactiva contra un deseo subyacente de comprometerse con la suciedad anal y sus derivados. La considerable dificultad que la personalidad obsesiva-compulsiva tiene para expresar agresión era relacionada las luchas tempranas por el poder con las figuras maternas en lo relativo al entrenamiento higiénico. La obstinación del individuo obse-

sivo podría también ser vista como una consecuencia de aquellas mismas luchas.

Contribuciones más recientes (Gabbard 1985; Gabbard y Menninger 1988; Horowitz 1988; Josephs 1992; McCullough y Maltsberger 1995; Salzman 1968, 1980, 1983; Shapiro 1965) han ido más allá de las vicisitudes de la fase anal para poner el interés en los elementos interpersonales, autoestima, manejo de la ira y la dependencia, estilo cognitivo, y los problemas para equilibrar las relaciones laborales y emocionales. Individuos con TOCP sufren de gran duda acerca de sí mismos. Su experiencia como niños era que ellos no eran lo suficientemente valorados o amados por sus progenitores. En algunos casos, esta percepción puede relacionarse a una real frialdad o distancia de las figuras parentales, mientras que en otros casos los niños pueden simplemente haber requerido más reaseguro y afectuosidad que el niño ordinario para sentir una sensación de aprobación parental. El tratamiento psicodinámico de estos pacientes revela fuertes anhelos de dependencia no satisfechos y un reservorio de cólera dirigida a los progenitores por no estar más emocionalmente disponibles. Dado que los pacientes obsesivo-compulsivo encuentran tanto la ira como la dependencia conscientemente inaceptables, se defienden contra aquellos sentimientos con defensas como la formación reactiva y el aislamiento del afecto. En un esfuerzo por negar toda dependencia de cualquiera, muchas personas obsesivo-compulsivas llegan a puntos extremos para demostrar su independencia y su "individualismo robusto". Similarmente, luchan por tener un control completo sobre toda ira, y pueden incluso aparecer como obsequiosos y deferentes para evitar que cualquier impresión albergue sentimientos de ira.

Las relaciones íntimas presentan un problema significativo para el paciente obsesivo-compulsivo. La intimidad eleva la posibilidad de ser abrumado por poderosos deseos de ser cuidado, con el concomitante potencial de la frustración de esos deseos, que resultan en sentimientos de odio y resentimiento, y un deseo de venganza. Los sentimientos inherentes a relaciones íntimas son amenazantes porque tienen el potencial de volverse "fuera del control", uno de los temores fundamentales de la persona obsesivo-compulsiva. Las parejas frecuentemente se quejan de que su amado obsesivo-compulsivo es demasiado controlador. Los estancamientos e impasses ocurren con frecuencia en dichas relaciones porque las personas obsesivas-compulsivas rehúsan reconocer que cualquier otro pueda tener un modo mejor para realizar las cosas. Esta necesidad de controlar a los otros con frecuencia proviene de una preocupación fundamental de que las fuentes de cuidado en el ambiente son altamente tenues y pueden desaparecer en cualquier momento. En algún lugar de cada persona obsesiva-compulsiva hay un niño que se siente no querido. La baja autoestima conectada con esta sensación infantil, de no ser valorado, con frecuencia lleva al supuesto de

que otros preferirán no tolerarlos. El alto nivel de agresión y los deseos destructivos intensos que siguen rondando en el inconsciente de la persona obsesiva-compulsiva pueden también contribuir en su temor de perder a otros. Estos pacientes con frecuencia temen que su destructividad apartará a los otros o que llevara a una contra agresión, una proyección de su propia ira.

A pesar de los esfuerzos de los pacientes TOCP a ser sumisos, considerados, y obedientes, el temor de que alejarán a otros con frecuencia se vuelve una profecía autocumplida. La conducta obsesivo-compulsiva tiende a irritar y a exasperar a aquellos que toman contacto con ella. La persona que exhibe la conducta, sin embargo, puede ser percibida de diferentes maneras, dependiendo de las diferencias de poder en las relaciones (Josephs 1992). Para los subordinados, los individuos con TOCP resultan ser dominantes, hípercríticos, y controladores. Para sus superiores, pueden parecer aduladores y obsequiosos de un modo que suena falso. Irónicamente, entonces, su misma búsqueda de aprobación y amor es socavada, y las personas con TOCP se sienten crónicamente despreciados a medida que trabajan en su propia forma torturada para ganar la ansiada aprobación de los otros.

Las personas obsesivo-compulsivas también están caracterizada por una búsqueda de la perfección. Parecen albergar una creencia secreta de que sólo si pueden alcanzar un estado trascendente de impecabilidad, finalmente recibirán la aprobación y estima parental que les faltó cuando niños. Estos niños con frecuencia crecen con la convicción de que no hicieron el esfuerzo suficiente, y como adultos, sienten crónicamente que "no están haciendo lo suficiente". El padre que nunca parece estar satisfecho es internalizado como un superyó severo que espera más y más del paciente. Muchos individuos obsesivo-compulsivos se vuelven adictos al trabajo porque están inconscientemente arrastrados por esta convicción de que el amor y la aprobación puede sólo ser obtenida a través de esfuerzos heroicos para alcanzar extraordinario éxito en su elegida profesión. La ironía en esta lucha por la perfección, sin embargo, es que las personas obsesivo-compulsivas raramente parecen satisfechas con cualquiera de sus logros. Parecen estar arrastrados más por un deseo de obtener alivio de su superyó atormentador que por un genuino deseo de placer.

Estas bases dinámicas conducen a un estilo cognitivo característico (Horowitz 1988; Shapiro 1965). Mientras las pacientes histéricas e histriónicas tienden a sobreevaluar los estados afectivos a expensas del pensamiento cuidadoso, lo opuesto ocurre en las personas obsesivo-compulsivas. Al igual que el famoso Sr. Spock de *Star Trek*, los individuos obsesivo-compulsivos buscan ser cuidadosamente racionales y lógicos en cada empeño. Ellos temen con pavura cualquier situación de emoción descontrolada, y su tendencia mecanicista a ser totalmente carentes de afecto puede llevar a aquellos alrededor de ellos a distraerse. Más aún, su pensamiento es lógico sólo dentro de ciertos parámetros estrechos. Sus patrones de pensamiento pueden

ser caracterizados como rígidos y dogmáticos (Shapiro 1965). Dinámicamente, estas cualidades pueden ser comprendidas como compensatorias de la ambivalencia y dudas subyacentes acerca de sí mismos que acosan a las personas obsesivo-compulsivas.

En contraste con el estilo cognitivo de las pacientes histéricas, el del individuo obsesivo-compulsivo implica la atención cuidadosa a los detalles pero con una casi completa falta de espontaneidad o flexibilidad. Ellos rechazan de las corazonadas basadas en impresiones por ser consideradas como "ilógicas". Las personas obsesivas-compulsivas gastan energía extraordinaria para mantener sus rígidos estilos cognitivos y atencionales de manera tal que absolutamente nada de lo que hacen es sin esfuerzo. Tomarse vacaciones, o incluso relajarse, generalmente no posee ningún encanto en absoluto para la persona verdaderamente obsesiva-compulsiva. En una encuesta de 100 médicos auto-declarados obsesivo-compulsivos (Krakowski 1982), sólo el 11% tomó vacaciones exclusivamente por el bien de las vacaciones y el 10% se tomó tiempo fuera del trabajo en forma regular para relajarse.

Aunque muchos de estos individuos son personas que logran alcanzar los altos objetivos que se proponen algunos encuentran que su estilo de carácter merma su habilidad de prosperar en el trabajo. Las personas obsesivo-compulsivas pueden rumiar sin fin acerca de pequeñas decisiones, exasperando a aquellos alrededor de ellos. Con frecuencia se empantanan en detalles y pierden las huellas del propósito principal de la tarea en mano. Su indecisión puede ser dinámicamente relacionada a profundos sentimientos de dudas acerca de sí mismos. Pueden sentir que el riesgo de cometer un error es tan grande como para impedir una decisión definitiva en un sentido o en otro. De modo similar, su preocupación de que el resultado final de un proyecto puede ser menos que perfecto puede contribuir a su indecisión. Muchas personas obsesivo-compulsivas son extraordinariamente elocuentes verbalmente pero se encuentran con fundamentales obstáculos psicológicos en la escritura por su preocupación de que el resultado final no será impecable.

La cualidad "dirigida" inherente en las acciones de la persona obsesivo-compulsiva ha sido bien descrita por Shapiro (1965) como teniendo "la apariencia de estar siendo presionado o motivado por algo más allá del interés de la persona actuante. Él no parece ser tan entusiasta . Su interés genuino en la actividad, en otras palabras, no parece dar cuenta de la intensidad con la cual él la persigue" (pág. 33). Estos pacientes están siempre conducidos por su propio supervisor interno que emite directivas acerca de lo que ellos "deberían" o "deben" hacer. En un sentido dinámico, tienen poca autonomía de su propias intimaciones superyoicas. Se comportan del modo en que lo hacen porque ellos deben hacerlo así, sin tener en cuenta cómo su comportamiento afecta a otros.

El superyó hipertrofiado del paciente obsesivo-compulsivo es implacable en sus demandas de perfección. Cuando esas demandas no son satisfechas por un largo período, puede afianzarse la depresión. Este vínculo dinámico entre el carácter obsesivo compulsivo y la depresión ha sido observado por clínicos durante años. La persona obsesivo-compulsiva puede estar en riesgo particularmente elevado de depresión en su edad media, cuando los sueños idealistas de la juventud son destrozados por la realidad de que el tiempo se agota con el avance de la edad. Estos pacientes pueden volverse suicidas en este punto del ciclo de la vida y pueden requerir hospitalización, a pesar de una larga historia de buen funcionamiento en el trabajo. Muchos de los pacientes perfeccionistas deprimidos descritos en el capítulo 8 como particularmente resistentes al tratamiento están conducidos por características obsesivo-compulsivas de la personalidad.

La compleja estructura del carácter del paciente con TOCP puede ser resumida como implicando una sensación del self publico, una sensación del self privada y una sensación del self inconsciente (Josephs 1992). Cada una de estas tienen una dimensión que es más aplicable a superiores y otra relacionada a relaciones con subordinados. Por ejemplo, la sensación del self público en relaciones con los superiores es aquella de un trabajador responsable, serio, considerado, socialmente apropiado a todas la situaciones y previsible. La sensación del self público en relación a los subordinados es aquella de un mentor atento, o crítico constructivo que está proveyendo respuestas valiosas para aquellos que escuchen. Desafortunadamente esta sensación del self público experimentada objetivamente no es siempre lo que es percibido por otros. Las reacciones de otros, de hecho, dan origen a una sensación privada del self que está totalmente consciente pero en gran parte se oculta de los otros. Los pacientes con TOCP frecuentemente tienen un sentido de que no son apreciados y consecuentemente se sienten heridos y enojados. La falta de aprobación los conduce a torturarse con dudas acerca de sí mismos. Esta inseguridad debe ocultarse de aquellos en posiciones superiores, porque los individuos con TOCP temen con pavura la humillación y la vergüenza asociada con el hecho de que este aspecto de dudas de sí mismos quede expuesto. Están con frecuencia convencidos que los otros los verán como débiles y quejosos. Junto a este aspecto de la sensación del self privado hay una sólida convicción de superioridad moral frente a aquellos que están en posiciones subordinadas. Dado que los pacientes TOCP están tan defendidos contra su propio sadismo y agresión, no quieren parecer despreciativos. Intentan enmascarar este aspecto de la sensación del self privadas para evitar parecer pretensiosos, pomposos, o hipercríticos. Pueden incluso sentirse orgullosos de lo considerados y autocontrolados que son hacia aquellos "debajo"de ellos.

Las dos dimensiones de la sensación del self inconsciente pueden ser resumidas como aquellas de un masoquista u obsequioso en relación a los su-

periores y aquella de un self sádico controlador en relación a los subordinados (Josephs 1992). El deseo inconsciente sádico y mezquino de infligir daño en aquellos que no se someten a su control es enteramente inaceptable para los pacientes con TOCP y debe entonces ser reprimido. Además, hacerlo sería comprometer sus altos estándares morales. Por otro lado, en relación con las figuras de autoridad, estos pacientes temen la humillación en los contextos de sumisión y en los de búsqueda de amor, entonces se someten masoquísticamente a sus propios estándares morales excesivamente duros y se torturan por no estar a la altura de estas expectativas. Esta auto-tortura los salva de aquello que ellos temen, principalmente, la humillación controladora, dominante, y sádica por los otros. El mensaje inconsciente dado a los superiores es "no hay necesidad que usted me critique y me ataque, porque Ud. puede ver que yo ya estoy atormentándome implacablemente".

Consideraciones psicoterapéuticas

En contraste con la naturaleza refractaria del TOC, el TOCP es con frecuencia mejorada ampliamente por el psicoanálisis o la psicoterapia individual con un énfasis expresivo (Gunderson 1988; Horowitz 1988; McCullough y Maltsberger 1995; Munich 1986; Salzman 1980). Winston y col. (1994) describió un ensayo controlado de 25 pacientes con trastornos del grupo C que fueron tratados en terapia dinámica con un promedio de 40,3 sesiones. Aunque muchos pacientes requirieron un tratamiento más extenso, los de esta muestra mejoraron significativamente en todas las mediciones comparadas con los pacientes del grupo control en lista de espera. Un seguimiento a 1,5 años luego de finalizado el tratamiento demostró la continuidad de la mejoría. En otra investigación (Barber y col. 1997) 24 pacientes con trastorno evitativo de la personalidad y 14 pacientes con TOCP fueron tratados en 52 sesiones de psicoterapia dinámica expresiva-de apoyo de tiempo limitado. Para el fin del tratamiento, sólo el 15% de los pacientes con TOCP mantuvieron ese diagnóstico. Comparado con pacientes evitativos, los pacientes con TOCP permanecieron en el tratamiento significativamente más tiempo y tendieron a mejoraron más, y las mejorías fueron generales, incluyendo las medidas de trastorno personalidad, ansiedad, depresión, problemas interpersonales, y funcionamiento general. Por supuesto, sin un grupo control en lista de espera, uno no puede estar seguro de que el tratamiento fue responsable de los cambios que fueron documentados. La psicoterapia dinámica de grupo puede también ser efectiva para los pacientes con TOCP. Cualquiera sea la que se elija, ya sea psicoterapia individual o de grupo surgen problemas psicoterapéuticos comunes, requiriendo abordajes similares.

Al considerar las resistencias comúnmente encontradas en la psicoterapia de los pacientes obsesivo-compulsivos, uno debe primero empatizar con las implicancias que la psicoterapia dinámica tiene para esos pacientes. La misma idea del inconsciente amenaza su sensación de control. La teoría psico-dinámica nos enseña que somos controlados por el inconsciente y confundidos en la conciencia. De este modo, el típico paciente obsesivo-compulsivo se resistirá a la premisa básica de la terapia dinámica. A fin de manejar la sensación de sentirse amenazado, la persona obsesivo-compulsiva puede desconsiderar todos los insights del terapeuta como que no aportan "nada nuevo". Los pacientes obsesivo-compulsivos pueden al principio estar renuentes a admitir que el terapeuta está diciendo algo de lo cual ellos todavía no tienen conciencia (Salzman 1980). La resistencia puede ser comprendida como una de las operaciones defensivas típicas del paciente en su modo de manifestarse dentro del proceso psicoterapéutico. Estas defensas incluyen aislamiento del afecto, intelectualización, anulación, formación reactiva, y desplazamiento. El aislamiento del afecto, entonces puede representarse como una falta de conciencia de cualquier sentimiento hacia el terapeuta, particularmente la dependencia o el enojo. El paciente puede hablar extensamente acerca de hechos en situaciones del pasado y del presente, sin reacción emocional aparente a estos eventos. Cuando el terapeuta regresa de una vacación prolongada, el paciente obsesivo-compulsivo es probablemente renuente a admitir cualquier reacción emocional a la separación. En el caso en que la formación reactiva sea una defensa prominente, el paciente probablemente responderá con: "oh, no, eso no me molestó. Sólo espero que lo haya pasado bien y que se sienta descansado". Utilizando la distinción entre presentaciones del self públicas, privadas, e inconscientes, uno puede describir la resistencia principal como intentando ocultar la sensación del self privado detrás de la presentación del self público como obediente y concienzudo (Josephs 1992).

Las personas obsesivo-compulsivas también responden a amenaza de afectos intensos a través de la rumiación obsesiva que opera como una pantalla de humo para enmascarar sus verdaderos sentimientos. Más precisamente, puede servir como una nube de anestesia que pone a los otros a dormir. A medida que el paciente divaga más y más allá del punto inicial, el terapeuta puede perder huella del hilo conductor de las asociaciones del paciente y puede comenzar a "desconectarse" del paciente. Debido a que estas personas pueden experimentar los pensamientos como poseedores de mayor fuerza que las acciones, el paciente puede sentir la necesidad de anular lo que recientemente dijo, de la siguiente manera:

> Durante la visita de fin de semana con mis padres, me puse un tanto molesto con mi padre. Bueno, no diría realmente que estaba molesto, en el sentido de estar verdaderamente enojado. Es sólo que él se sentó y mi-

ro la televisión y pareció no tener interés en hablarme. En un momento, tuve la idea de apagar la televisión y confrontarlo, pero por supuesto no lo hice realmente. En realidad yo nunca sería tan maleducado con nadie.

El patrón rumiante típico del paciente obsesivo-compulsivo en la psicoterapia destaca el frecuente cancelamiento de pensamientos o deseos que fueron recientemente verbalizados. Además, la característica sobreinclusiva del pensamiento conduce al paciente a traer eventos periféricos al discurso, que derivan el contenido del divague progresivamente del tema principal de la sesión.

Muchos pacientes obsesivo-compulsivos intentarán volverse "el paciente perfecto". Ellos pueden intentar producir exactamente lo que piensan que el terapeuta quiere escuchar, con la fantasía inconsciente de que finalmente obtendrán el amor y la estima que ellos sienten que carecieron durante la infancia. Como McCullough y Maltsberger (1995) señalaron, "ritualizado el encuentro terapéutico, el paciente es proclive a cercar defensivamente al terapeuta no llegando nunca tarde, pagando los honorarios inmediatamente, y volviéndose superficialmente muy bueno", al servicio de boxear en el tratamiento" (pág. 2373). Los pacientes con TOCP tienen gran dificultad en aprender que los comentarios espontáneos, el retraso ocasional, y el pago de honorarios fuera de término pueden ayudar a ambos miembros de la díada a profundizar su comprensión del proceso. Debido a que están seguros de que cualquier expresión del enojo resultará en la desaprobación, pueden conscientemente no experimentar enojo mientras que inconscientemente lo expresan al monopolizar completamente la sesión. Un paciente obsesivo-compulsivo habló sin parar por 50 minutos, sólo finalizando cuando se agotó el tiempo, sin dejar ni siquiera que el terapeuta pudiera introducir una palabra de refilón. De este modo, el paciente fue capaz de expresar su enojo sin tener que reconocerlo.

Otros pacientes obsesivo-compulsivos manifestarán su resistencia recreando en la relación transferencial con el terapeuta su lucha de poder con sus padres.

El señor MM era un tipógrafo obsesivo-compulsivo que acudió a la terapia psicoanalítica con una frecuencia de dos veces por semana. Se presentó inicialmente como más bien un "buen chico" sumiso y pasivo, que era completamente incapaz de expresar cualquier enojo durante las sesiones de terapia. Sin embargo, desarrolló un patrón de conducta en el cual permanecía callado aproximadamente durante la mitad de los 50 minutos de sesión y no pagaba su cuenta. Aunque negó cualquier enojo hacia el terapeuta cuando este comportamiento fue puesto de manifiesto, él desarrolló un patrón por el cual expresaba su enojo con una oración de salida. Un día, luego de no poder expresar su enojo acerca de que el terapeuta "lo mirara" durante la sesión, caminó con pasos agiganta-

dos hacia la puerta y dijo, "espero que usted no se haya contagiado mi resfrío" refiriéndose a una preocupación expresada previamente de que él pudiera contagiar a su terapeuta su resfrío. En otra ocasión, luego de que fue confrontado con su falta de pago de honorarios, se retiró con el siguiente comentario: "¡No se congele a muerte!" Poco después, otra sesión terminó con, "¡No se resbale en el hielo!"

Una de las oraciones de salida más llamativas del señor MM fue enunciada luego de una sesión en la cual estuvo largamente en silencio excepto por un comentario ocasional por la falta de pago de su cuenta. El terapeuta conectó esta falta del pago de la cuenta con su falta de producción de material verbal durante las sesiones. Luego del silencio prolongado, el señor MM fue informado de que el tiempo se había terminado. Cuando se dirigió a la puerta, se dio vuelta hacia el terapeuta y dijo, "Casi le compro un libro en oferta ayer, era de un médico y se titulaba *Treinta años de práctica rectal*". Rápidamente dejó el consultorio y dio un portazo. Durante la próxima sesión, su terapeuta trajo este comentario acerca de su aparente benevolente deseo de comprarle un regalo. El señor MM fue capaz de explorar el sentimiento de que el intento del terapeuta de extraerle dinero y palabras fue comparable a un dedo intrusivo en el ano intentando extraer las heces.

En la transferencia, el señor MM ha recreado una relación altamente ambivalente con su madre, que implicó cuestiones de retención y control. Él experimentó a su terapeuta como una madre que estaba demandando que produjera sus heces (palabras y dinero) dónde y cuándo ella se lo ordenara. Para desafiar lo que él sintió como un mandato sádico e irrazonable, él retuvo sus producciones hasta último momento, y luego las dejó ir bajo su propio control. Al hacer eso, intentó hacer más activo aquello que fue experimentado pasivamente, expresar su agresión sádica en comentarios de enojo. Sin embargo, como estos ejemplos ilustran, su defensa caracterológica de formación reactiva obtuvo lo mejor de él en cada oración de salida. Observando a través de la formación reactiva, las oraciones de salida pueden ser escuchadas de la siguiente manera: "¡No se resbale en el hielo!" sería "espero que usted se resbale en el hielo". "¡No se congele a muerte!" Significaría "desearía que usted se congelara a muerte". Incluso el intento del señor MM de igualar a su terapeuta con una madre sádica e intrusiva que estaba extrayendo forzosamente sus contenidos corporales tuvo que ser camuflado a través de la idea de comprarle un regalo. A pesar de la formación reactiva, el enojo en estas oraciones de salida llegaban al terapeuta. Debido a las preocupaciones omnipotentes del señor MM acerca del poder desvastador de su enojo, tenía que escapar inmediatamente luego de cualquier expresión hostil. Temía que su terapeuta se afectaría tan profundamente por estos comentarios que tomarían represalias de un modo masivo y destructivo. De este modo, el señor MM expresaría su enojo sólo al dejar el consultorio, por el temor a la represalia (Gabbard 1982).

Los abordajes terapéuticos para abordar estas resistencias características de los pacientes obsesivo compulsivos comienzan con la atención cuidadosa de la contratransferencia. El terapeuta puede sentirse atraído a desengancharse de esta presentación rumiante y mecanicista de material fáctico. Al igual que el paciente, los terapeutas pueden comenzar a aislar el afecto, más que a experimentar la irritación y el enojo como parte importante del proceso que necesita serle interpretado. Por ejemplo, cuando el terapeuta comienza a sentirse aburrido y distanciado del material, un comentario útil puede ser el siguiente "¿Puede ser posible que usted esté presentando todo este material fáctico como un modo de mantenerse emocionalmente distante de mí?" Otro traspié contratransferencial es que el terapeuta escotomice ciertos aspectos de la psicopatología del paciente debido a las propias tendencias obsesivo-compulsivas. Dado que los rasgos obsesivo-compulsivo son altamente adaptativos en el camino necesario para atravesar la facultad de medicina y el entrenamiento en la residencia de psiquiatría (Gabbard 1985), los terapeutas pueden ser propensos a pasar por alto cómo estos mismos rasgos pueden afectar negativamente las relaciones del paciente. Reconocer las consecuencias relacionales de las características obsesivo-compulsivas puede hacer que los terapeutas se sientan incómodos debido a que la situación del paciente puede resonar con similares características en las relaciones personales propias del terapeuta.

Una estrategia efectiva en el tratamiento psicoterapéutico de pacientes con estructura de carácter obsesivo-compulsiva es atravesar la pantalla de humo de las palabras y buscar directamente los sentimientos. El proceso de la terapia frecuentemente se estancará por la búsqueda del paciente de hechos para evitar los sentimientos, como en el siguiente ejemplo:

> El señor NN, un estudiante graduado de 29 años, buscó psicoterapia por no ser capaz de completar su tesis. Su terapeuta era residente en psiquiatría y ligeramente más joven que él. En las primeras sesiones, el paciente luchó con su preocupación acerca de la edad del terapeuta intentando establecer ciertos hechos.
>
> Señor NN: parece que usted no tiene la suficiente edad como para ser un psiquiatra completamente entrenado. Adivinaría que usted tiene aproximadamente la misma edad que tengo yo. ¿Es eso así?
> Terapeuta: Sí. Tengo aproximadamente la misma edad que usted.
> Señor NN: Y asumo, por supuesto, que usted ha tenido un entrenamiento considerable en psicoterapia. ¿No es eso correcto?
> Terapeuta: sí, lo he tenido.
> Señor N.N: ¿Por de pronto cuánto dura una residencia en psiquiatría?
> Terapeuta: cuatro años.

Señor NN: y en que año se encuentra usted?
Terapeuta: en mi tercer año.
Señor NN: ¿supongo que probablemente tienen un supervisor, sin embargo, no es así ?

En este punto, el residente tomó conciencia de que este abordaje pregunta-y-respuesta estaba pasando por alto los sentimientos del paciente. En vez de meramente responder todas las preguntas fácticas del paciente, el terapeuta eligió abordar al proceso en sí mismo.

Terapeuta: señor NN, tengo la impresión de que este intento de establecer los hechos de mi entrenamiento es una forma de no abordar los sentimientos que usted está teniendo acerca de estar viendo a un terapeuta de aproximadamente su misma edad y que está en entrenamiento. Me preguntó si no habrá cierto enojo y posiblemente un poco de humillación acerca de haber sido asignado a un residente.

Esta viñeta ilustra cómo el terapeuta puede directamente abordar los sentimientos del paciente aun cuando el paciente está negando su existencia. Los pacientes obsesivo-compulsivos incluso huirán de los sentimientos transferenciales retrayéndose en largos discursos acerca de eventos históricamente distantes. El terapeuta puede tener que hacer volver al paciente al aquí y ahora en la transferencia e intentar establecer qué es lo que ha ocurrido en la situación presente y qué causó que buscara refugiarse en el pasado (Salzman 1980,1983). Guardando ciertos temas y objetivos generales en mente, con frecuencia aquellos con los cuales el paciente originalmente vino al tratamiento, el terapeuta puede mantener puntos de anclaje para el proceso (Salzman 1980, 1983.) Cuando el paciente rumía sin fin acerca demenudencias aparentemente irrelevantes el terapeuta puede tener que interrumpir estas rumiaciones y traer al paciente de vuelta al tema central o cuestión que comenzó la sesión. La terapia grupal es con frecuencia altamente efectiva en abordar este problema, porque el paciente puede aceptar dichas devoluciones de sus compañeros sin la misma fuerza de lucha que acompaña a las devoluciones del terapeuta.

Además de confrontar e interpretar la defensa característica del paciente y ayudar al paciente a expresar los sentimientos detrás de esas defensas, otro objetivo global de la psicoterapia o el psicoanálisis es suavizar y modificar las actitudes superyoicas severas. En términos más simples, esto significa que estos pacientes deben aceptar que son humanos. Ellos deben aceptar que su deseo de trascender los sentimientos de enojo, odio, lujuria, dependencia y aun más, están condenados al fracaso. Los sentimientos deben finalmente ser abrazados como parte de la condición humana. Deben ser integrados como parte de la experiencia propia de la persona más que ser suprimidos, nega-

los o repudiados como pertenecientes a otro. Para alcanzar es- e hacer del superyó una estructura más benigna, el reaseguro es til. Comentarios como "No eres tan malo como tú crees" o "eres muy duro contigo" sonarán huecos para el paciente.

Los cambios en el superyó es más probable que ocurran a través de la interpretación detallada de los conflictos de dependencia, agresión, y sexualidad acompañadas de la neutralidad estable del terapeuta a lo largo del tiempo. Permaneciendo sin juzgar, el terapeuta puede ayudar al paciente a que descubra que las percepciones que tiene del terapeuta están distorsionadas de acuerdo a modelos forjados por las relaciones pasadas. Aunque el paciente repetidamente tratará de ver al terapeuta como crítico y juzgador, el terapeuta puede facilitarle el reconocimiento de que está atribuyendo sus propias actitudes críticas y juzgadores al terapeuta.

A medida que estos pacientes comienzan a comprender que los otros no son ni cercanamente tan críticos como ellos, su autoestima puede correspondientemente aumentar. Ellos se dan cuenta de que otros los han aceptado mucho más de lo que ellos habían imaginado. A medida que experimentan la aceptación de su terapeuta por lo que ellos son, también comienzan a ganar una auto-aceptación en forma creciente. En la medida en que aprenden que su conflicto sobre la agresión y la dependencia proviene de situaciones infantiles, ganan mayor dominio sobre estos sentimientos y los aceptan como parte del hecho de ser humanos. El terapeuta puede usar confrontaciones periódicas acerca de las expectativas poco realistas que estos pacientes con frecuencia tienen acerca de sí mismos. Un paciente, por ejemplo, se recriminó en una sesión de psicoterapia sobre sus sentimientos de rivalidad hacia su hermano mayor en la reunión familiar de Navidad. El terapeuta comentó, "Usted parece creer que debería poder trascender todos los sentimientos de competencia con su hermano y que es un fracaso si no lo logra".

Como en la psicoterapia de la mayoría de los pacientes, las resistencias son interpretadas antes del contenido subyacente. Sin embargo, la falla en respetar las defensas del paciente puede llevar a interpretaciones prematuras y mal encaminadas. Los terapeutas que se irritan o exasperan e interpretan el sentimiento de self privado o inconsciente del paciente pueden exponer al paciente de una forma que sea terriblemente avergonzante o humillante para él. Si el terapeuta puede contener la irritación contratransferencial, puede que el paciente comience a expresar dudas e inseguridades privadas y el desdén oculto por otros. Las defensas contra el enojo, como la formación reactiva, pueden tener que ser abordadas un tiempo antes de que el paciente pueda ver el patrón defensivo lo suficientemente claro para relacionarlo al enojo subyacente. Por ejemplo, el terapeuta puede tener que formular una interpretación de la siguiente manera: "Cada vez que yo anuncio mis vacaciones, yo noto que usted dice, "No hay problema!" Me

pregunto si esa respuesta cubre algunos otros sentimientos más inaceptables". Cuando los pacientes obsesivo-compulsivos pueden finalmente experimentar y expresar el enojo al descubierto hacia el terapeuta, aprenden que no es cercanamente tan destructivo como ellos habían pensado. El terapeuta es una figura consistente y perdurable que está semana tras semana, claramente indemne por las expresiones de enojo. De modo similar, estos pacientes descubren que ellos mismos no son transformados por su enojo en monstruos destructivos.

Los pacientes con TOCP tienden a ser atormentados por "crímenes pensados". En el inconsciente del paciente, casi no hay diferencia entre pensar un pensamiento de enojo y trompear a alguien en la nariz. Parte de la modificación del superyó que tiene lugar en la terapia dinámica o en el psicoanálisis implica ayudar al paciente a apreciar que esos impulsos, pensamientos, o sentimientos hostiles no son simplemente lo mismo que actos. El paciente eventualmente aprende que los sentimientos y pensamientos no están sujetos a los mismos estándares morales de las acciones destructivas. La aceptación de la vida interna de uno también reduce la ansiedad.

Para el paciente obsesivo-compulsivo, los sentimientos sexuales son frecuentemente tan inaceptables como el enojo o la dependencia. Otra vez, la transferencia será el foro para la reactuación de la situación infantil en la cual el paciente ve al terapeuta como un padre que desaprueba la sexualidad. Evitando una posición de desaprobación crítica, el terapeuta eventualmente permite que el paciente vea que dichas prohibiciones son internas, y no externas. La amenaza (de castración o de pérdida del amor) atribuida al terapeuta puede ser comprendida, entonces, como ilusoria emanando de adentro del paciente.

Finalmente, la clave para una psicoterapia o psicoanálisis exitoso con pacientes que padecen de TOCP es la empatía por la vergüenza y culpa asociada con los aspectos inaceptables de la sensación del self privado y de la sensación del self inconsciente que hace que estos pacientes se empeñen en su autoaversión. Las intervenciones que reconocen el temor de estos pacientes de que otros descubrirán sus impulsos sádicos, anhelos sumisos, inseguridad general, pueden ayudar a crear un ambiente sostenedor en el cual aspectos más oscuros de la psique puedan ser explorados.

Trastorno de la personalidad por evitación

Este trastorno controversial fue diseñado para caracterizar un grupo de individuos socialmente retraídos distinto de los pacientes esquizoides. A diferencia de los pacientes esquizoides (abordados en cap. 14), los pacientes evitativos anhelan relaciones interpersonales cercanas pero también están

temerosos de ellas. Estos individuos evitan las relaciones y situaciones sociales porque temen la humillación conectada con el fracaso y el dolor conectado con el rechazo. Su deseo por relacionarse puede no ser aparente debido a su presentación tímida, y retraída.

La distinción entre trastorno de la personalidad por evitación y esquizoide ha sido criticada en varios terrenos: por no tener "fundamentos teóricos, clínicos y empíricos ampliamente aceptados" (Gunderson 1983, pág. 23), por empobrecer el concepto histórico del trastorno esquizoide de la personalidad oscureciendo algunos de sus principales rasgos (Livesley y West 1986; Livesley y col. 1985), y por no diferenciar adecuadamente a los dos grupos de pacientes (Reich y Noyes 1986). En un estudio de 82 pacientes ambulatorios psiquiátricos, Reich y Noyes (1986) encontraron que un gran porcentaje de aquellos con trastorno esquizoide de la personalidad también reunían criterios diagnósticos para el trastorno evitativo de la personalidad. Sus datos sugirieron que la personalidad esquizoide podría realmente ser una variante del trastorno evitativo de la personalidad.

En respuesta a estas y otras críticas, el criterio diagnóstico ha sufrido continuas revisiones. Los criterios del DSM-IV (cuadro 19-2) proveyeron claras mejorías sobre los criterios del DSM-III R (American Psychiatric Association 1987) desde una perspectiva psicodinámica. Al ubicar un mayor énfasis en los temores a la humillación, la vergüenza y el rechazo, los nuevos criterios vincularon esta entidad diagnóstica más cercanamente a la tra-

Cuadro 19-2. Criterios del DSM-IV para trastorno de la personalidad por evitación

Un patrón general de inhibición social, sentimientos de inferioridad y una hipersensibilidad a la evaluación negativa, que comienzan al principio de la edad adulta y se dan en diversos contextos, como lo indican cuatro o más de los siguientes ítem:

1. evita trabajos o actividades que impliquen un contacto interpersonal importante debido al miedo a las críticas, a la desaprobación al rechazo
2. es reacio a implicarse con la gente si no está seguro de que va a agradar
3. demuestra represión en las relaciones íntimas debido al miedo a ser avergonzado o ridiculizado
4. está preocupado por la posibilidad de ser criticado o rechazado en las situaciones sociales
5. está inhibido en las situaciones interpersonales nuevas a causa de sentimientos de inferioridad
6. se ve a sí mismo socialmente inepto, personalmente poco interesante o inferior a los demás
7. es extremadamente reacio a correr riesgos personales o a implicarse en nuevas actividades debido a que pueden ser vergonzantes

Fuente. Reproducido del DSM IV (American Psychiatric Association 1994), pp. 664-665. Usado con permiso.

dición psicoanalítica de la personalidad fóbica como descrita por Fenichel (1945). El trastorno evitativo de la personalidad es entonces, conceptualizado como una neurosis del carácter, en contraste con el trastorno esquizoide de la personalidad que es reflejo de una organización más primitiva que algunos autores (Akhtar 1986; Kernberg 1975; Meissner 1988) han vinculado al espectro borderline. La investigación reciente (Baillie y Lampe 1998) ha confirmado que los siete criterios del DSM-IV tienen considerablemente buena consistencia interna y evalúan una dimensión única.

La controversia continúa, sin embargo, con respecto a la distinción entre fobia social generalizada y trastorno evitativo de la personalidad. Mientras que todavía hay considerable investigación en fobia social, relativamente pocos estudios se han focalizado en el trastorno personalidad por evitación, especialmente en lo que corresponde a las intervenciones terapéuticas. Hay algunas indicaciones de que los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como la paroxetina, que se ha mostrado efectiva para tratar la fobia social (Stein y col. 1998), puede también ser útil en pacientes con trastorno de la personalidad por evitación (Kapfhammer y Hippius 1998). Un número de autores (Dahl 1996; Sutherland y Francis 1995; Widiger 1992) han examinado las diferencias entre trastorno de la personalidad por evitación y fobia social generalizada y han arribado a la conclusión que los dos son constructos de que se superponen y son probablemente parte de un espectro que establece un puente entre el Eje I y el Eje II.

Los criterios para el trastorno evitativo de la personalidad se encuentran frecuentemente presentes en poblaciones clínicas. Sin embargo, el trastorno es raramente el diagnóstico primario o único en la práctica clínica (Gunderson 1988). Es más común un diagnóstico suplementario a otro trastorno de la personalidad o es utilizado en conjunción a otro diagnóstico en el Eje I. La vergüenza, central en en paciente evitativo, provee un vínculo psicodinámico entre ciertos tipos de pacientes narcisistas (particularmente el tipo fenomenológicamentee hípervigilante y algunos de aquellos descritos por Kohut). Ambos pacientes narcisistas y evitativos pueden ser propensos a la vergüenza, pero los primeros también son frecuentemente caracterizados por una sensación de autodesignación de privilegios y una grandiosidad silenciosa.

Comprensión psicodinámica

Las personas pueden ser tímidas y evitativas por una variedad de razones. Puede haber una predisposición constitucional para evitar situaciones estresantes, basadas en el temperamento congénito que secundariamente es elaborado dentro del estilo completo de la personalidad (Gunderson 1988). La dimensión referida como *evitación del daño* en el modelo psicobiológico de

Cloninger y col. (1993), por ejemplo, puede ser un factor biológico común en la mayoría los pacientes con trastorno de la personalidad por evitación. Algunos datos de la investigación sugieren que el rasgo de la timidez tiene un origen genético-constitucional pero que requiere una experiencia específica ambiental para desarrollarse en un rasgo florido (Kagan y col. 1988). La timidez o la evitación defiende contra la vergüenza, humillación, rechazo, y fracaso. Como con cualquier otra forma de ansiedad, el sentido psicodinámico de la ansiedad debe ser explorada para comprender completamente sus orígenes en cada paciente individual. Sin embargo, el tratamiento psicoterapéutico y psicoanalítico de los pacientes con estas preocupaciones con frecuencia descubre a la vergüenza como la experiencia afectiva central.

La vergüenza y la autoexposición están íntimamente conectadas. Lo que los pacientes evitativos generalmente temen es cualquier situación en la cual deben revelar aspectos de ellos mismos que los deje vulnerables. Mientras que la culpa comprende a las preocupaciones acerca del castigo por haber violado alguna regla interna, la vergüenza se relaciona más a evaluarse a uno mismo como de alguna manera inadecuado, como no estar a la altura de un estándar interno. En este sentido, la culpa está más cercanamente relacionada al superyó en el modelo estructural, mientras que la vergüenza está más cercanamente conectada al ideal del yo (véase cap. 2).

Los individuos con trastorno de la personalidad por evitación pueden sentir que las situaciones sociales deben ser evitadas porque permiten que sus inadecuaciones sean expuestas a los ojos de todos. Éstos pueden sentirse avergonzados acerca de que muchos diferentes aspectos de ellos mismos, pueden percibirse por ejemplo como débiles, como incapaces de competir, como físicamente o mentalmente defectuosos, como desordenados y desagradables, como incapaces de controlar las funciones corporales, o como exhibicionistas (Wurmser 1981).

Nathanson (1987), sotiene que el término vergüenza deriva etimológicamente del verbo "esconder" y el paciente evitativo con frecuencia se retrae de las relaciones interpersonales y de situaciones de exposición con el deseo de "esconderse" del afecto altamente displacentero de la vergüenza. La vergüenza no puede ser vinculada en forma reduccionista con un momento del desarrollo en la vida del niño, pero parece en cambio evolucionar a partir de varias experiencias de desarrollo diferentes en determinadas edades (Nathanson 1987). Aparentemente presente desde muy temprano en la vida, la vergüenza ciertamente es evidente en el comienzo de la ansiedad frente a extraños apróximadamente a las ocho meses de edad (Broucek 1982). Es también conectada con sentimientos que provienen de accidentes de vejiga y del intestino y de la internalización de las reprimendas parentales con frecuencia asociados con esos accidentes. El niño de dos años que está alborotado jugueteando desnudo, puede también adquirir vergüenza cuando un padre rígido detiene dicha actividad al insistirle que se vista (Gabbard

1983). Todas estas experiencias del desarrollo pueden ser activadas en el paciente evitativo frente a la exposición a un grupo de personas o un individuo que es de gran importancia para el paciente.

La teoría del apego tienen mucho para ofrecer a nuestra comprensión de los pacientes evitativos. Los adultos con un estilo evitativo de apego generalmente se han sentido reprimidos por padres o cuidadores en la infancia y entonces están temerosos de desarrollar relaciones de amor en la adultez (Connors 1997). Con frecuencia tienen una sensación de que sus necesidades de desarrollo fueron excesivas o inapropiadas, y sufren por una falla de respuestas adecuadas de los objetos del self (Miliora 1998).

Abordajes psicoterapéuticos

Aunque la investigación empírica en terapia dinámica del trastorno evitativo de la personalidad es limitada, dos estudios diferentes, que fueron mencionados previamente en este capítulo en la discusión del TOCP, sugieren que este abordaje es útil. En el estudio controlado de Winston y col. (1994), los pacientes con trastornos de la personalidad del grupo C que fueron tratados con terapia dinámica tuvieron mejores resultados que los sujetos que estaban en el grupo control en lista de espera. En un estudio de terapia expresiva-de apoyo de tiempo limitado en pacientes con trastorno de la personalidad obsesivo-compulsivos y evitativos, Barber y col. (1997) encontraron que en 52 sesiones de este tratamiento significativamente mejoró el funcionamiento general de estos pacientes, los problemas interpersonales, la depresión, y la ansiedad. Más aún, 61% de los pacientes con trastorno de la personalidad evitativo no mantuvieron este diagnóstico al final del tratamiento.

Los pacientes con trastorno evitativo de la personalidad pueden ser más respondedores a la psicoterapia expresiva-de apoyo si está combinada al firme estímulo de que el paciente se exponga a la situación temida (Gabbard y Barlett 1998; Sutherland y Frances 1995). Este estímulo de enfrentar la situación temida, por supuesto, debe estar vinculado con una apreciación empática de la vergüenza y la humillación asociada con la exposición. Uno puede decir que la terapia es expresiva-de apoyo en el sentido que los elementos expresivos implican explorar las causas subyacentes de la vergüenza y sus vínculos a las experiencias pasadas del desarrollo, mientras que los elementos de apoyo implican estímulo, basado en la empatía, de confrontar la situación temida más que retraerse de ella con miedo. Este abordaje debe ser combinado con un inhibidor selectivo de la recaptación de la serotonina como la paroxetina para abordar el temperamento biológico.

Gran parte de la ansiedad y fantasías seran activadas en la situación real de exposición más que en la postura defensiva de la retracción. Este hecho

pueden ser explicado a los pacientes en una intervención educacional para ayudarlos a ver el valor de buscar activamente las situaciones temidas.

Los esfuerzos iniciales de la exploración pueden ser frustrantes porque los pacientes evitativos no estarán enteramente seguros de qué es lo que ellos temen. Los pacientes evitativos con frecuencia recurren a clichés psiquiátricos, como el "rechazo". El terapeuta puede buscar mayor detalle de situaciones reales para ayudar al paciente a traspasar dichas explicaciones dadas de la evitación. El terapeuta puede preguntar, ¿cuál fue su fantasía de lo que los compañeros de trabajo podrían pensar de usted cuando se sentó en el comedor con ellos ayer?". Similarmente, las fantasías específicas pueden ser exploradas en el contexto de la transferencia. Los pacientes evitativos con frecuencia tienen una gran angustia por la exposición inherente que implica la psicoterapia. Cuando un paciente se sonroja acerca de algo que ha sido verbalizado, el terapeuta debería preguntar, "¿puede compartir conmigo lo que está avergonzándolo en este momento?. ¿Hay alguna reacción que usted imagina que yo estoy teniendo acerca de lo que usted recientemente dijo? Al buscar los detalles de situaciones específicas, el paciente puede desarrollar una mayor conciencia de los correlatos cognitivos de la vergüenza.

> La señorita OO era una estudiante de enfermería de 24 años que acudió a la psicoterapia debido a que se sentía insatisfecha con su vida, tenía dificultades en establecer relaciones heterosexuales, y experimentaba angustia en situaciones sociales. Ella describió problemas crónicos de sentirse tímida y vergonzosa alrededor de los hombres. Dado que era excepcionalmente atractiva, se le invitaba a salir frecuentemente, pero su ansiedad acerca de cada cita escalaba a tal punto que tenía que tomar alcohol para relajarse. Ella le dijo a su terapeuta que se sentía en riesgo de desarrollar una dependencia al alcohol, porque sólo era capaz de "abrirse" a los hombres cuando se encontraba bajo su influencia. La señorita OO también notó la misma experiencia de ansiedad cuando se encontró "soltándose" con otras personas, como los compañeros en la escuela de enfermería.
>
> Había intentado la psicoterapia de grupo por varios meses, pero permanecía sin saber qué decir y se autoobservaba en gran medida. Ella raramente hablaba por temor a "decir lo incorrecto". Cuando comenzó a faltar a las sesiones de psicoterapia de grupo, racionalizó su ausencia diciendo que no importaba porque de todos modos ella no estaba participando. La señorita OO decidió buscar psicoterapia individual porque pensó que sería más fácil abrirse a una persona que a ocho.
>
> En la tercer sesión de psicoterapia, ella comenzó a quedarse en silencio frecuentemente. El terapeuta era paciente durante estos silencios, pero luego de unas pocas sesiones, notó que sus silencios parecían ocurrir cuando ella estaba a punto de experimentar sentimientos fuertes. La paciente reconoció que estaba terriblemente asustada por perder el control cada vez que se emocionaba. La señorita OO dijo que es-

taba segura de que él la criticaría y "avergonzaría" por "actuar como un bebé".

En este punto el terapeuta le preguntó a la señorita OO si este temor estaba basado en algunas experiencias pasadas similares. Ella comenzó una extensa descripción de cómo su padre la había tratado cuando era niña. Dijo que él era "un hombre grande que no podía tomar la crítica pero la podía proyectar" cada vez que ella traía un boletín a casa, él le pegaba un alarido reclamando, "¿Por qué no te sacaste una A?" También recordó haber derramado su leche en la cena y haber sido reprendida severamente por su padre, quien le reprochó, "¿Por qué no puedes ser un poco más como tu hermana?". Con considerable vergüenza, ella dijo que su padre nunca la había hecho sentir cómoda con el hecho de ser mujer. Él la fastidió en el día de su primer período diciéndole que ahora tenía una excusa para estar "mal" una vez al mes. Recordaba haber sido mortificada extraordinariamente y haber estado llorando en su habitación por horas. Un día llegó a su hogar llena de entusiasmo porque había sido seleccionada como porrista, su padre le llamó "engreída y consentida". Ella sostuvo una fuerte convicción de que nunca sería capaz de estar a la altura a las expectativas de su padre.

En un punto de su terapia, la señorita OO hablaba acerca de la dificultad de asistir a fiestas u otras situaciones sociales. Nuevamente el terapeuta le preguntó acerca de situaciones pasadas que podían haber estado relacionadas con este temor. La señorita OO recordó que siendo una niña, su madre la vestía para llevarla a la casa de una amiga, y todos siempre comentaban lo "bonita" que estaba. Recordaba su sensación de vergüenza frente a estos cumplidos, como si estuviera "luciéndose". A medida que el terapeuta la ayudó a explorar ese sentimiento con profundidad, se dió cuenta en cierta medida que había disfrutado esa exposición porque había recibido una respuesta positiva en contraste con la crítica constante de su padre. El terapeuta le estimuló a asistir algunas de las funciones sociales a las cuales había sido invitada para ver qué otras asociaciones se le venían a la mente durante un ataque de ansiedad.

Cuando la señorita OO comenzó a socializarse más sin primero embriagarse, se dio cuenta de que temía disfrutar. Si ella disfrutaba de los cumplidos de los hombres que la merodeaban en los encuentros sociales, entonces se convencía de que era "engreída y consentida" como su padre le decía. Esta convicción hizo que ella sintiera que era una "niña mala".

El caso de la señorita OO ilustra que el éxito en la situaciones interpersonales con frecuencia puede ser temido en su totalidad tanto como el fracaso. La emoción de una exposición exhibicionista puede automáticamente gatillar reprimendas parentales tempranas acerca de "coquetear". Muchos individuos con trastorno de la personalidad por evitación temen que se intoxicarán cuando están "bajo el reflector", en el centro de la atención. Es-

ta dinámica es central a la experiencia del temor al escenario (Gabbard 1979,1983). Coexistiendo con el temor de la señorita OO a disfrutar su momento en el centro del escenario estaba el otro temor de que no alcanzaría a estar a la altura de las altas expectativas que ella se había impuesto. Estas expectativas fueron internalizadas al vivir con su padre quien tenía elevadas expectativas. En la terapia, fue eventualmente capaz de reconocer su intenso enojo con su padre por avergonzarla y haberla hecho sentir en forma reiterada, tan conflictuada acerca de su sexualidad y de su femineidad. Miller (1985) ha señalado una conexión consistente entre la inhibición del enojo y la experiencia de la vergüenza. La señorita OO nunca podía expresar su enojo frente a su padre libremente, y se sentía incluso avergonzada por tener esos sentimientos.

Trastorno de la personalidad por dependencia

La dependencia, como el rechazo, se ha vuelto un cliché siquiátrico. Cada uno es dependiente en algún grado, y la mayoría de los pacientes en el contexto clínico tendrán algún conflicto acerca de sus sentimientos de dependencia. En particular, en la cultura norteamericana, un mito poderoso se centra en la independencia y en el fuerte individualismo, la palabra "dependencia" es con frecuencia utilizada peyorativamente. Sin embargo los psicólogos del self argumentarían que la independencia verdadera no es ni posible ni deseable (véase cap. 2). La mayoría de nosotros necesitamos varias funciones de los objetos del self, como la aprobación, empatía, validación, y admiración, para sostenernos y regular nuestra autoestima.

Las categoría del DSM-IV de trastorno de la personalidad por dependencia tiene por objetivo registrar una dependencia tan extrema como para ser considerada patológica (cuadro19-3). Estos individuos son incapaces de tomar decisiones por ellos mismos, son inusualmente sumisos, están siempre en necesidad de reaseguro, y no pueden funcionar bien sin que alguien tome su cuidado.

El trastorno de la personalidad por dependencia, como el trastorno de la personalidad por evitación, es raramente utilizado como un diagnóstico principal o único. Varios estudios (Bornstein 1995; Loranger 1996; Skodol y col. 1996) han demostrado un alto índice de comorbilidad para los pacientes con trastorno de la personalidad por dependencia. Dentro de las condiciones de Eje I que con frecuencia se encuentran en conjunción con el trastorno de la personalidad por dependencia, se encuentran la depresión mayor, el trastorno bipolar, algunos trastornos de ansiedad, y los trastornos de la alimentación. Skodol y col. (1996) sugirieron que no hay una relación específica entre el trastorno de la personalidad por dependencia y la depre-

sión. El trastorno de la personalidad por dependencia simplemente presenta un grupo de conductas mal-adaptativas y rasgos que atraviesan un amplio rango de la psicopatología de la personalidad y que están relacionados a varios tipos de distrés psicológico. Por cierto, la mayoría de los estudios demuestran que un paciente diagnosticado con trastorno de la personalidad por dependencia también reunirá criterios para otros trastornos en el Eje II. Aunque más del 50% de los pacientes diagnosticados con trastorno también reciben el diagnóstico de trastorno borderline de la personalidad, los dos diagnósticos pueden ser diferenciados basados en aspectos clave de los patrones de relación. Los pacientes borderline reaccionan al abandono con rabia y manipulación, mientras que los pacientes dependientes se vuelven sumisos y aferrados (Hirschfield y col. 1991). Más aun, la cualidad intensa e inestable de las relaciones de los pacientes borderline no se encuentra en las relaciones de las personas con trastorno de la personalidad por dependencia.

Cuadro 19-3. Criterios del DSM-IV para el diagnóstico de trastorno de la personalidad por dependencia

Una necesidad general y excesiva de que se ocupen de uno, que ocasiona un comportamiento de sumisión y adhesión y temores de separación, que empieza al inicio de la edad adulta y se da en varios contextos, como lo indican cinco (o más) de los siguientes ítem:

1. tiene dificultades para tomar las decisiones cotidianas si no cuenta con un excesivo aconsejamiento y reafirmación por parte de los demás
2. necesidad de que otros asuman la responsabilidad en las principales parcelas de su vida
3. tiene dificultades para expresar el desacuerdo con los demás debido al temor a la pérdida de apoyo o aprobación. Nota: No se incluyen los temores o la retribución realistas
4. tiene dificultades para iniciar proyectos o para hacer las cosas a su manera (debido a la falta de confianza en su propio juicio o en sus capacidades más que a una falta de motivación o de energía)
5. va demasiado lejos llevado por su deseo de lograr protección y apoyo de los demás, hasta el punto de presentarse voluntario para realizar tareas desagradables
6. se siente incómodo o desamparado cuando está solo debido a sus temores exagerados a ser incapaz de cuidar de sí mismo
7. cuando termina una relación importante, busca urgentemente otra relación que le proporcione el cuidado y el apoyo que necesita
8. está preocupado de forma no realista por el miedo a que le abandonen y tenga que cuidar de sí mismo

Fuente. Reproducido del DSM IV (American Psychiatric Association), pp. 668-669. Usado con permiso.

El diagnóstico de trastorno de la personalidad por dependencia es más frecuentemente aplicado a mujeres que a hombres (Bornstein 1996; Gunderson 1988; Loranger 1996). Sin embargo, este hecho puede estar relacionado a los rígidos estereotipos de género en la cultura, que sugiere que la dependencia es más aceptable en las mujeres que en los hombres y permite a las mujeres expresar la dependencia de una manera más florida.

Comprensión psicodinámica

Aunque los primeros escritores psicoanalíticos creyeron que los problemas con la dependencia estaban conectados con alteraciones durante la etapa oral del desarrollo psicosexual, esta visión no es sostenida ampliamente hoy (Gunderson 1988). Dicha formulación tiene el mismo problema que las otras explicaciones que relacionan específicamente el origen de la psicopatología a una fase del desarrollo en particular. Un patrón general de refuerzo parental a la dependencia a lo largo de todas la fases del desarrollo se encuentra por lo general operante en el trasfondo de los pacientes con trastorno de la personalidad por dependencia. Un estudio empírico (Head y col. 1991) encontró que la familia de personas con trastorno de personalidad por dependencia estaban caracterizadas por baja expresividad y alto control, en contraste con las familias en un grupo control clínico y en un grupo control sano. Otro estudio de ambiente familiar temprano (Baker y col. 1996) encontró que las familias de los pacientes con trastorno de la personalidad por dependencia tenían bajos índices en independencia y altos índices en control.

El apego inseguro es un sello del trastorno de la personalidad por dependencia, y los estudios de pacientes con este trastorno (West y col. 1994) han encontrado un patrón de apego entrampante en estos pacientes. Muchos de estos pacientes crecieron con padres que comunicaron de una manera u otra, que la independencia está llena de peligros. Pueden haber sido sutilmente recompensados por mantener lealtad hacia sus padres, que parecían rechazarlos frente a cualquier movimiento hacia la independencia. La dependencia interpersonal también parece tener una influencia genética modesta, en adición a los factores ambientales, que contribuye al cuadro clínico (O'Neill y Kendler 1998); de este modo un temperamento biológico puede también ser un factor etiológico en el cuadro clínico global.

Bornstein (1993) enfatizó que la dependencia y la pasividad no deben ser automáticamente igualadas. La motivación central de los pacientes con trastorno de la personalidad por dependencia es obtener y mantener las relaciones de apoyo y cuidado. Para alcanzar este objetivo, pueden comprometerse en conductas activas y enérgicas que son bastante adaptativas. Por ejemplo, los pacientes con este trastorno son más proclives a solicitar infor-

mación en las pruebas psicológicas, a pedir ayuda cuando se encuentran resolviendo problemas difíciles en un contexto de laboratorio, y a buscar atención médica cuando presentan síntomas físicos.

Una posición sumisa hacia los otros puede tener un millar de sentidos. Del mismo modo que el paciente evitativo rehusa la exposición como resultado de factores inconscientes de múltiple determinación, el paciente dependiente busca cuidado debido a las ansiedades que yacen debajo de la superficie. El clínico debería preguntarle a cada paciente, "¿qué es lo que teme de la separación o independencia?" El aferramiento dependiente con frecuencia enmascara la depresión. Puede ser visto como una formación de compromiso en el sentido que se defiende frente a la hostilidad que también se expresa concomitantemente. Como muchos profesionales de la salud mental saben por experiencia directa la persona que es objeto del aferramiento del paciente dependiente puede experimentar las demandas del paciente como hostiles y atormentadoras.

La conducta dependiente puede también ser una forma de evitar la reactivación de experiencias traumáticas del pasado. El terapeuta debe explorar con el paciente cualquier recuerdo de separación del pasado y su impacto.

> El señor PP era un administrativo postal casado de 29 años. Padecía de un trastorno distímico de larga data y se quejaba crónicamente de insomnio, falta de energía, dificultad en tomar decisiones y ansiedad. Sin embargo, se las arreglaba para asistir a su trabajo concienzudamente, aun cuando se le hacía difícil tomar cualquier iniciativa cuando se esperaba que él lo hiciera. Previo a su hospitalización psiquiátrica por deseos e ideación suicida, el señor PP rompió en llanto frente a su supervisor cuando se le dijo que no estaba realizando su trabajo de manera adecuada.
>
> Durante la entrevista de admisión, el señor PP expresó extrema preocupación acerca de estar lejos de su esposa durante la hospitalización, aun cuando él se daba cuenta de que sus deseos suicidas eran lo suficientemente peligrosos para necesitar un tratamiento de internación. La señora PP explicó que a su esposo nunca le gustaba estar lejos de ella. Él se apoyaba en ella para tomar todas la decisiones en el hogar, y no podía funcionar muy bien sin ella. Casi inmediatamente luego de la admisión, el señor PP se aferró a una paciente mujer aproximadamente de su misma edad, del mismo modo en que se había relacionado con su esposa. Comía con ella y pasaba su tiempo junto a ella cuando no estaba participando en actividades terapéuticas. Él no le hizo ninguna propuesta sexual pero simplemente comunicó que se sentía seguro en su compañía.
>
> La historia del señor PP revelaba un patrón de larga data de dependencia ansiosa. Siempre sintió considerable angustia frente a la perspectiva de realizar algo por sí solo o a iniciar cualquier plan de acción sin consultar a otros. Tenía fobia a la escuela cuando comenzó la primaria, y su madre contó que lloraba hasta que ella lo llevaba de vuel-

ta a su casa. De modo similar, a los 10 años, había ido a visitar a su tío por la noche y había llorado tanto que su madre tuvo que volver a buscarlo. Cuando se graduó en la escuela secundaria, todos sus amigos se alistaron en las fuerzas armadas, entonces él hizo lo mismo. Al finalizar todos fueron a trabajar a la oficina postal, y él los siguió. Cualquier acción independiente por su parte parecía reactivar la angustia dolorosa asociada con separaciones tempranas. Se comportaba como si estuviera convencido que sería abandonado por cualquier conducta autónoma.

Los orígenes de la dependencia del señor PP y la angustia de separación se hicieron claros cuando su madre comenzó a llamarlo al hospital. Ella se quejaba acerca de su decisión de internarse: "¿Cómo puedes justificar estar lejos de nosotros de esta manera? Tu condición no puede ser tan mala. ¿Y si nosotros necesitamos que hagas algo y tú no estas disponible?" El paciente explicó que aun de adulto, había respondido a los llamados de su madre para ir a la casa todas las semanas para realizar diversos trabajos menores. Prosiguió diciendo que sus padres eran en esencia no comunicativos y que su madre se había apoyado en él para conversar. El señor PP había crecido en un hogar en donde su madre había transmitido un poderoso mensaje, que sólo lo necesitaba para suplir a su esposo, quien permanecía distanciado emocionalmente. La independencia era entonces considerada como un acto agresivo inicial que conduciría a la pérdida del amor de su madre.

Consideraciones psicoterapéuticas

La psicoterapia de los pacientes con trastorno de la personalidad por dependencia representan un dilema terapéutico inmediato; para que estos pacientes se sobrepongan a sus problemas con la dependencia, primero deben desarrollar dependencia de sus terapeutas. Este dilema con frecuencia se vuelve elaborado en una forma específica de resistencia en la cual el paciente ve la dependencia al terapeuta como un fin en sí mismo más que como un medio hacia un fin. Luego de un período en terapia, estos pacientes pueden olvidarse de la naturaleza de la queja que los trajo al tratamiento, y su único propósito se vuelve mantener el apego al terapeuta. Al temer pavorosamente la terminación, ellos pueden recordarle al terapeuta lo mal que se sienten para asegurarse la continuación del tratamiento. Si su terapeuta comenta cualquier mejoría, el paciente puede paradójicamente empeorar ya que la idea de la mejoría es equiparada con la finalización.

Una regla de oro en el tratamiento de los pacientes dependientes es recordar que lo que ellos dicen que quieren no es lo que ellos necesitan. Ellos intentarán conseguir que el terapeuta les diga qué hacer, para permitirles

continuar con su dependencia, y para entrar en connivencia con la evitación de tomar decisiones o de sostener sus propios deseos. El terapeuta debe sentirse cómodo en frustrar estos deseos y en cambio promover el pensamiento y acción independiente en el paciente. El terapeuta debe transmitir que la ansiedad producida por esta frustración es tolerable y también productiva ya que puede conducir a asociaciones acerca del origen de la dependencia y a los temores asociados con ella.

Otro desarrollo transferencial común es la idealización del terapeuta (Perry 1995). El paciente puede comenzar a considerar al terapeuta como omnisapiente y desplegar un deseo de transferirle toda la responsabilidad de las decisiones importantes al terapeuta. Con frecuencia los pacientes tienen la fantasía de que la solución de todos sus problemas es volverse igual al terapeuta. Este deseo de evitar el difícil trabajo de encontrar un sentido de sí mismo auténtico independiente del terapeuta, necesita ser interpretado y confrontado a medida que la terapia progresa. El paciente puede incluso intentar socavar los objetivos terapéuticos para demostrar que él no puede pensar o funcionar independientemente del terapeuta.

La psicoterapia dinámica de tiempo limitado ha sido exitosa con un número de estos pacientes (Gunderson 1988). Saber desde el comienzo de la psicoterapia que la relación paciente-terapeuta terminará luego de 12, 16, o 20 sesiones fuerza a estos pacientes a confrontar sus más profundas ansiedades acerca de la pérdida y de la independencia. Más aun, este abordaje también ayuda a que los pacientes aborden las poderosas fantasías implicando la disponibilidad sin fin de las figuras de crianza. Cuando la terapia de finalización no programada, a largo plazo, alcanza un estancamiento, puede utilizarse una modificación de la técnica para establecer un plazo para la terminación. Las angustias que han estado latentes serán rápidamente traídas a la superficie cuando el fin de la terapia se encuentra a la vista.

Un subgrupo de pacientes dependientes son simplemente incapaces o no desean hacer uso del marco de la psicoterapia breve. La perspectiva de perder al terapeuta luego de "haber comenzado recién" crea demasiada ansiedad. Debido a menores montos de fortalezas yoica o mayores grados de angustia de separación, estos pacientes necesitan desarrollar una transferencia dependiente positiva a un terapeuta a lo largo del tiempo. Sin embargo, considerables beneficios terapéuticos son posibles con esta estrategia de apoyo, como fue documentado por la investigación de Wallerstein (1986) (discutido en cap. 4). Algunos pacientes cambian como parte de un "comercio transferencial" (Wallerstein 1986, pág. 690) con el terapeuta. Están deseosos de hacer ciertas alteraciones en sus vidas a cambio de la aprobación del terapeuta. Otros pueden volverse "condenados", que pueden mantener el cambio en tanto sepan que el terapeuta estará siempre allí para ellos. Estos pacientes pueden incluso andar bien cuando el terapeuta baja la frecuen-

cia de las sesiones a una cada varios meses, con tal que no haya amenaza de finalización.

Los pacientes con trastorno de la personalidad por dependencia evocan problemas contratransferenciales relacionados a los conflictos de dependencia en sus terapeutas. Los médicos en general, y los psiquiatras en particular, pueden con frecuencia sentirse conflictuados acerca de sus propias dependencias (Gabbard 1985; Gabbard y Menninger 1988; Vaillant y col. 1972). Los psicoterapeutas deben preocuparse acerca del desdén contratransferencial hacia el paciente dependiente. Los anhelos del paciente pueden resonar con los anhelos inconscientes del terapeuta, y una sintonización empática con dichos deseos de dependencia puede ser agudamente displacentero. Los terapeutas que repudian los anhelos de su pacientes pueden también estar repudiando sus propios anhelos. Otras dificultades contratransferenciales incluyen disfrutar de la idealización del terapeuta por parte del paciente, que conduce al terapeuta a evitar confrontar la falta de cambio real por parte del paciente (Perry 1995). Los terapeutas pueden también volverse excesivamente autoritarios y directivos, particularmente si el paciente continúa en una relación abusiva y no pone atención en la advertencia del terapeuta acerca de que la relación tiene un carácter destructivo.

Trastorno de personalidad no especificado

Habiendo completado nuestra encuesta de los trastornos de personalidad del DSM-IV, es valioso notar que estos pacientes generalmente no se presentan como "culturas puras" de cualquier trastorno de personalidad único. El DSM-IV tienen una categoría extra de *trastorno de personalidad no especificado* para considerar este hecho. Esta categoría puede ser usada para los trastornos de personalidad que son "mixtos" y para aquellos incluidos en el apéndice B del DSM-IV, como el trastorno de personalidad pasivo-agresivo.

Lo particular y único de cada individuo es una fuente continuada de desafío y placer para el psiquiatra dinámico. En el capítulo 1 señalé que el psiquiatra dinámico está más interesado en saber cómo los pacientes difieren unos de otros que en las semejanzas entre ellos. En ningún lugar de la psiquiatría este axioma es más relevante que en el tratamiento de los trastornos de la personalidad.

Bibliografía

Abraham K: Contributions to the theory of the anal character (1921), in Selected Papers of Karl Abraham, M.D. London, Hogarth Press, 1942, pp 370-392

Akhtar S: Differentiating schizoid and avoidant personality disorders (letter). Am J Psychiatry 143:1061-1062, 1986

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 3rd Edition, Revised. Washington, DC, American Psychiatric Association 1994

American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition. Washington, DC, American Psychiatric Association 1994

Baer L, Jenike MA, Ricciardi JN, et al: Standardized assessment of personality disorders in obsessive-compulsive disorder. Arch Gen Psychiatry 47:826-830, 1990

Baillie AJ, Lampe LA: Avoidant personality disorder: empirical support for DSM-IV revisions. J Personal Disord 12:23-30, 1998

Baker JD, Capron EW, Azorlosa J: Family environment characteristics of persons with histrionic and dependent personality disorders. J Personal Disord 10:81-87, 1996

Barber J, Morse JQ, Krakauer ID, et al: Change in obsessive-compulsive and avoidant personality disorders following time-limited expressive-supportive therapy. Psychotherapy 34:133-143, 1997

Bejerot S, Ekselius L, von Konorring L: Comorbidity between obsessive-compulsive disorder (OCD) and personality disorders. Acta Psychiatr Scand 97:398-402, 1998

Bornstein RF: The Dependent Personality. New York, Guilford, 1993

Bornstein RF: Comorbidity of dependent personality disorder and other psychological disorders: an integrative review. J Personal Disord 9:286-303, 1995

Bornstein RF: Sex differences in dependent personality disorder prevalence rates. Clinical Psychology: Science and Practice 3:1-12, 1996

Broucek FJ: Shame and its relationship to early narcissistic developments. Int J Psychoanal 63:369-378, 1982

Cloninger CR, Svrakic DM, Pryzbeck TR: A psychobiological model of temperament and character. Arch Gen Psychiatry 50:975-990, 1993

Connors ME: The renunciation of love: dismissive attachment and its treatment. Psychoanalytic Psychology 14:475-493, 1997

Dahl AA: The relationship between social phobia and avoidant personality disorder: workshop report 3. Int Clin Psychopharrnacol 11 (suppl 3): 109-112, 1996

Diaferia G, Bianchi I, Bianchi ML, et al: Relationship between obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder. Compr Psychiatry 38:38-42, 1997

Fenichel O: The Psychoanalytic Theory of Neurosis. New York, WW Norton, 1945

Freud S: Character and anal erotism (1908), in The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, Vol 9. Translated and edited by Strachey J. London, Hogarth Press, 1959, pp 167-175

Gabbard GO: Stage fright. Int J Psychoanal 60:383-392, 1979
Gabbard GO: The exit line: heightened transference-countertransference manifestations at the end of the hour. J Am Psychoanal Assoc 30:579-598, 1982
Gabbard GO: Further contributions to the understanding of stage fright: narcissistic issues. J Am Psychoanal Assoc 31:42341, 1983
Gabbard GO: The role of compulsiveness in the normal physician. JAMA 254:2926-2929, 1985
Gabbard GO, Bartlett AB: Selective serotonin reuptake inhibitors in the context of an ongoing analysis. Psychoanalytic Inquiry 18:657-672, 1998
Gabbard GO, Menninger RW: The psychology of the physician, in Medical Marriages. Edited by Gabbard GO, Menninger RW. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1988, pp 23-38
Gunderson JG: DSM-III diagnoses of personality disorders, in Current Perspectives on Personality Disorders. Edited by Frosch JP. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1983, pp 20-39
Gunderson JG: Personality disorders, in The New Harvard Guide to Psychiatry. Edited by Nicholi AM Jr. Cambridge, MA, Belknap Press of Harvard University Press, 1988, pp 337-357
Head SB, Baker JD; Williamson DA: Family environment characteristics and dependent personality disorder. J Personal Disord 5:256-263, 1991
Hirschfeld RMA, Shea MT, Weise R: Dependent personality disorder: perspectives for DSM-IV. J Personal Disord 5:135-149, 1991
Horowitz MJ: Introduction to Psychodynamics: A New Synthesis. New York, Basic Books, 1988
Jones E: And-erotic character traits, in Papers on Psycho-Analysis, 5th Edition. Bdtimore, MD, Williams & Wilkins, 1948, pp 413-437
Josephs L: Character Structure and the Organization of the Self. New York: Columbia University Press, 1992
Kagan J, Reznick JS, Snidman N: Biological bases of childhood shyness. Science 240 167-171, 1988
Kapfhammer HP, Hippius H: Specid feature: pharmacotherapy in personality disorders. J Persond Disord 12:277-288, 1998
Kernberg OF: Borderline Conditions and Pathological Narcissism. New York, Jason Aronson, 1975
Krakowski AJ: Stress and the practice of medicine, II: stressors, stresses, Psychother Psychosom 38: 11-23, 1982
Livesley WJ, West M: The DSM-III distinction between schizoid and avoidan personality disorders. Can J Psychiatry 31:59-62, 1986
Livesley WJ, West M, Tanney A: Historical comment on DSM-III schizoid and avoidant personality disorders. Am J Psychiatry 142: 1344-1347, 1985
Loranger AW: Dependent personality disorder: age, sex, and Axis I comorbidity. J Nerv Ment Dis 184:17-21, 1996
McCullough PK, Maltsberger JT: Obsessive-compulsive personality disorder, in Treatments of Psychiatric Disorders, 2nd Edition, Vol 2. Edited by Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, pp 2367-2376
Meissner WW: Treatment of Patients in the Borderline Spectrum. Northvale, NJ, Jason Aronson, 1988

Menninger WC: Characterologic and symptomatic expressions related to psychosexual development. Psychoanal Q 12:61-193, 1943
Miliora MT: Facid disfigurement: a self-psychological perspective on the "hide-and-seek" fantasy of an avoidant personality. Bull Menninger Clin 62:378-394, 1998
MiOer S: The Shame Experience. Hillsdale, NJ, Analytic Press, 1985
Munich RL: Transitory symptom formation in the analysis of an obsessional character. Psychoanal Study Child 41:515-535, 1986
Nathanson DL: A timetable for shame, in The Many Faces of Shame. Edited by Nathanson DL. New York, Guilford, 1987, pp 1-63
O'Neill FA, Kendler KS: Longitudinal study of interpersonal dependency in female twins. Br J Psychiatry 172:154-158, 1998
Perry JC: Dependent personality disorder, in Treatments of Psychiatric Disorders, 2nd Edition, Vol 2. Edited by Gabbard GO. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, pp 2355-2366
Rasmussen SA, Tsuang MT: Clinical characteristics ant family history in DSM-III obsessive-compulsive disorder. Am J Psychiatry 143:317-322, 1986
Reich, Noyes R Jr: Differentiating schizoid and avoidant personality disorders (letter). Am J Psychiatry 143:1062, 1986
Rosen KV, Tallis F: Investigation into the relationship between personality traits ant OCD. Behav Res Ther 33:445-450, 1995
Sdzman L: The Obsessive Personality Origins, Dynamics, ant Therapy. New York, Science House, 1968
Salzman L: Treatment of the Obsessive Personality. New York, Jason Aronson, 1980
Salzman L: Psychoanalytic therapy of the obsessional patient. Current Psychiatric Therapies 22:53-59, 1983
Shapiro D: Neurotic Styla. New York, Basic Books, 1965
Skotol AE, Gallaher PE, Oltham IM: Excessive dependency and depression: is the relationship specific? J Nerv Ment Dis 184: 165-171, 1996
Stein MB, Liebowitz MR, Lytiart RB, et d: Paroxetine treatment of generdized social phobia (socid anxiety tisorter): a rantomized controlled trid. IAMA 280:708-713, 1998
Sutherlant SM, Frances A: Avoidant personality disorter, in Treatments of Psychiatric Disorters, 2nd Edition, Vol 2. Editet by Gabbart GO. Washington, DC, American Psychiatric Press, 1995, pp 2345-2353
Vaillant GE, Sobowde NC, McArthur C: Some psychologic vulnerabilities of physicians. N Engl J Met 287:372-375, 1972 Wedlerstein RS: Forty-Two Lives in Treatment: A Study of Psychoanalysis ant Psychotherapy. New York, Guilfort, 1986
West M, Rose S, Shelton-Keller A: Assessment of patterns of insecure attachment in atults ant application to depentend ant schizoit personality disorters. I Personal Disort 8:249-256, 1994
Witiger TA: Generdizet social phobia versus avoitant personality disorter: a commentary on three studies. I Abnorm Psychol 101:340-343, 1992
Wirlston A, Laikin M, Pollack I, et d: Short-term psychotherapy of personality disorders. Am J Psychiatry 151:190-194, 1994
Wurmser L: The Mask of Shame. Bdtimore, MD, Johns Hopkins Universiq Press, 1981

ÍNDICE ANALÍTICO

A

AA (Alcohólicos Anónimos), 356
  psicoterapia y, 360
Abandono, trastorno borderline de la personalidad y, 460
Abstinencia
  psicoterapia con alcohólicos y, 360
  de terapeuta, 102
Aburrimiento, del terapeuta, como contratransferencia con el trastorno narcisista de la personalidad, 525
Abuso
  de drogas. Véase *Trastornos relacionados con sustancias*
  durante la infancia. Véase *Abuso y descuido infantil*
  sexual, durante la infancia. Véase *Abuso y descuido infantil*
  y descuido infantil
    depresión y, 219
    dimensiones intergeneracionales de, 298
    incesto y, 339
    pedofilia y, 332
    trastorno
      de angustia y, 256
      antisocial de la personalidad y, 541
      borderline de la personalidad y, 461
      de despersonalización y, 315
      disociativos y, 292, 295
      histérico e histriónico de la personalidad y, 575
Aceptación, de la transferencia erótica como material terapéutico importante, 583
Acetato
  de ciproterona, para parafilias, 336
  de medroxiprogesterona (Depo-Provera), para parafilias, 336
Ácido 5-hidroxiindolacético (5-HIAA), trastorno antisocial de la personalidad y, 541
Ackerman, Nathan, 137
Acomodación familiar
  trastorno obsesivo-compulsivo y, 269
ACTH (hormona adrenocorticotrófica)
  ansiedad social y, 19
  depresión y, 218
Actos fallidos, 7
  evaluación de, 81
Actuaciones, en la teoría de las relaciones objetales, 45
ADHD (Trastorno por déficit de atención/hiperactividad), 394
  estudio de casos de, 400
  tratamiento de, 398
  visión psicodinámica de, 395
Adicciones. Véase *Trastornos relacionados con sustancias*
  a la heroína, 364

Adicciones *(Cont.)*
a los narcóticos, 364
al opio, 364
Afecto
aislamiento de, 33
evaluación de, 82
Afirmación, en psicoterapia individual, 104
Agorafobia, con trastorno por angustia, 254
Agresión
depresión y, 224
pedofilia y, 333
prevención de, con trastorno paranoide de la personalidad, 428
suicidio y, 227
en el trastorno narcisista de la personalidad, 516
Aislamiento de afecto, 33
Alcohólicos anónimos (AA), 356
psicoterapia y, 360
Alcoholismo
modelos psicodinámicos de, 355, 357
abordaje de AA y, 357
modelo de la enfermedad, 356
tratamiento de, 358
Alexitimia, en pacientes adictos, 367
Alianza
terapéutica
depresión y, 233
farmacoterapia y, 148
en psicoterapia individual, 110
para esquizofrenia y, 197
trastorno borderline de la personalidad de y, 483
de trabajo. Véase *Alianza terapéutica*
Altruismo, 34
Alucinaciones, evaluación de, 81
Ambiente familiar
no compartido, 18
trastorno antisocial de la personalidad y, 540
Amnesia, disociativa, 293
Amor, incapacidad para experimentar, trastorno narcisista de la personalidad de y, 507
Anal, fase del desarrollo psicosexual
trastorno obsesivo-compulsivo y, 597
Angustia señal, 31, 253
Anonimato del terapeuta, 102
Anorexia nerviosa, 369
tratamiento de, 373, 375*c*
visión psicodinámica de, 370
Anorgasmia, en trastornos de la personalidad histérico e histriónico, 573
Ansiedad
anticipatoria, con trastorno por pánico, 254
como respuesta del terapeuta a la transferencia erótica, 582
contratransferencia, farmacoterapia y, 147
depresiva, 38
etiología de, 251, 251*c*
en la perspectiva de la remisión de la esquizofrenia, 191
primaria, 253
señal, 31, 253
social, cambios bioquímicos asociados con, 19
Antiandrógenos, medicación para parafilias, 336
Antipsicóticos atípicos, para la esquizofrenia, 190
Anulación, 33
trastorno por angustia y, 258
Apego, inseguro, trastorno de la personalidad por dependencia y, 618
Aplysia, interacción genético-ambiental
estudio de, 18
Asistentes sociales, como miembros del equipo de tratamiento multidisciplinario, 174
Asociaciones
libre, en psicoterapia individual, 99
en la toma de la historia clínica, 77
Autocontinuidad, evaluación de, 88
Autoexposición, en trastorno evitativo de la personalidad, 612
Autofragmentación en el tratamiento del trastorno narcisista de la personalidad, 519
Autoestima
con lesión cerebral, 408
trastorno
narcisista de la personalidad y, 511
obsesivo-compulsivo de la personalidad, estímulo de, 608
paranoide de la personalidad y, 388-389

B

Balint, Michael, 39
Bateson, Gregory, 137
Bion, Wilfred, 129
Bowen, Murray, 137
  abordaje familiar para, 137
Bulimia nerviosa, 369, 378
  estudio de caso de, 383
  tratamiento de, 381
  visión psicodinámica de, 379
Bupropión, deseo sexual y, 349

C

Carácter, dimensiones de, 462, 462*f*
Catexis, 186
Cerebro
  influencias psicoterapéuticas en la sinapsis de, 18
  plasticidad del, 18
  en trastorno por estrés postraumático, 291
Clarificación, en psicoterapia individual, 104
Claves sociales, efectos sobre los neurotransmisores, 19
Cleckley, Hervey, 535
Clínicos. Véase *Terapeutas*
Cognición, evaluación de, 81
Compañías de medicina gerenciada, negativa de reembolso de la psicoterapia individual, para trastorno borderline de la personalidad, 470
Complejo
  de Edipo, 37
  negativo, 57
Complicaciones obstétricas, trastorno antisocial de la personalidad y, 540
Comportamiento no verbal
  evaluación del, 82
  manifestación del inconsciente en, 7
Condena, como reacción contratransferencial con el trastorno antisocial de la personalidad, 551
Condición catastrófica (reacción), 402
Conducta(s)
  autodestructivas
    abuso de sustancias como, 363
    en trastorno de identidad asociativo, 298
    tratamiento borderline de la personalidad y, 491
  teatral, en trastornos histérico e histriónico de la personalidad, 574
Confrontación
  alcoholismo y, 361
  para el manejo de la escisión en el contexto hospitalario, 172
  por pares en el grupo, en trastorno antisocial de la personalidad, 547
  en psicoterapia individual, 103
  trastorno
    borderline de la personalidad y, 477
    obsesivo-compulsivo y, 607
Connivencia, como reacción contratransferenciales con trastorno antisocial de la personalidad, 550
Conocimiento, procedimiento versus declarativo, 9, 9*f*
Consejo, en psicoterapia individual, 104
Constructivismo, 55
Contraidentificación proyectiva, 43
Contratransferencia, 14
  anorexia nerviosa y, 376
  depresión y, 241
  en la evaluación, 75
  farmacoterapia y, 146
  con pacientes paranoides, 425
  con parafilias, 335
  en psicoterapia de grupo, 133
  transferencia erótica y, 580
  con trastorno
    antisocial de la personalidad, 548, 550
    esquizoide y esquizotípico de la personalidad, 438
    de identidad disociativo, 302, 307
    narcisista de la personalidad, 524
    obsesivo-compulsivo de la personalidad, 606
    de la personalidad por dependencia, 622
  en tratamiento hospitalario, 159, 165
Conversión, 33
Cortisol, ansiedad social y, 19
CRF (factor liberador de corticotrofina)
  depresión y, 218

Crímenes pensados, en trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 609
Criminales de guante blanco, 542
Cultura, de narcisismo, 506

D

Daño cerebral, 402
  presentación de, 402
  tratamiento de, 405
  visión psicodinámica de, 402
Decepción, en trastorno antisocial de la personalidad, 557
Defensas
  clasificación de, 33
  en demencia, 404
  diagnóstico y, 87
  maduras, 34
  en manía, 223
  en psicología del yo, 32
  trastorno
    por angustia y, 258
    borderline de la personalidad, 451
    histérico e histriónico de la personalidad, 570
    paranoide de la personalidad y, 421
Defensiva
  evocado por pacientes paranoides, 422
  en trastorno narcisista de la personalidad, 515
Delirios, evaluación de, 81
Demencia
  conciencia de sí mismo en, 404
  estudio de caso de, 404
  presentación de, 403
Depo-Provera (acetato de medroxiprogesterona para parafilias), 336
Depresión
  agresión y, 224
  duelo versus, 222
  etiología de, 217
  posición depresiva vinculada a, 223
  suicida. Véase también *Suicidio*
    tratamiento de, 238
  trastorno
    antisocial y, 556
    borderline de la personalidad y diferenciación de trastorno depresivo mayor, 466, 467*c*
    paranoide de la personalidad de y, 421
    relacionados con sustancias y, 362
  tratamiento de, 229, 233
    estudio de caso de, 235
    farmacoterapéutico, 220
    investigación en, 229
    paciente versus responsabilidad del terapeuta y, 243
    con pacientes suicidas, 238
    principio de, 233
    psicoanálisis para, 230
    psicoterapia dinámica breve para, 229
    terapia dinámica a largo plazo para, 230
Desamparo
  aprendido, en trastorno de identidad disociativo, 308
  depresión y, 226
Desarrollo, 56
  fase edípica de, 56
  de la personalidad, experiencias tempranas y, 12
  psicosexual, 12
    fase anal, del trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad y, 597
    fase oral, en trastorno de la personalidad por dependencia y, 618
  psicosocial, 56
  teoría del apego y, 61
  toma de historia acerca del, 78
  visión(es)
    de Mahler sobre, 58
    de Stern acerca del, 59
Desconfianza, como parte de la reacción contratransferencial con el trastorno antisocial de la personalidad, 550
Descuido durante la infancia. Véase *Abuso y descuido infantil*
Deseo de reunión, suicidio como, 227
Desesperanza, suicidio y, 228
Desplazamiento, 32
Desrealización, en trastorno de despersonalización, 312
Desvalorización, por pacientes con trastorno narcisista de la personalidad, 527
Determinismo psíquico, 10
Diagnóstico, 84

abordajes dinámicos al, 84
características del yo y, 85
consideraciones posmodernas y, 89
evaluación de estresores y, 85
formulacion explicativa y, 89
interacción de los ejes del DSM-IV y, 85
interrelación con el tratamiento en la entrevista psicodinámica, 72
relaciones de objeto y, 87
self y, 88
Dicks, Henry, 138
Dimensión(es)
de la evitación del daño, en trastorno indicativo de la personalidad, 611
repetitivas de la transferencia, 14
Disfunciones sexuales, 342
clasificación de, 344
estudio de caso de, 346, 350
en trastorno histérico e histriónico de la personalidad, 573
tratamiento de, 348
psicoanálisis o psicoterapia expresiva-de apoyo para, 349
terapia
psicosexual para, 349
sexual conductual breve para, 344, 349
transferencia en, 346
visión psicodinámica de, 344
deseo y, 345, 347
relaciones del objeto y, 347
Distanciamiento, como la respuesta del terapeuta a la transferencia erótica, 581
Distorsiones cognitivas, anorexia nerviosa y, 377
DSM. Véase *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*
Duda de sí mismo, en trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 598, 601
Duelo
depresión versus, 222
y melancolía (S. Freud), 222

E

Ecuación pecho-pene, 573
Educación, para el manejo de la escisión en el contexto hospitalario, 171
EE (emoción expresada), intervención familiar para esquizofrenia y, 200
Elaboración, estímulo de, en psicoterapia individual, 104
Elogio, en psicoterapia individual, 104
Ello, 30, 31*f*
Emoción expresada (EE), intervención familiar para esquizofrenia y, 200
Empatía
falla de, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, 398
en psicoterapia individual, 104
trastorno narcisista de la personalidad y, 518
Enfermedad
de Alzheimer
conciencia de sí mismo en, 404
estudio de caso de, 409
tratamiento de, 408
bipolar. Véase *Manía*
Enojo contratransferencial
farmacoterapia y, 147
Entidad, self como, 41
Entrenamiento de habilidades psicosociales, para esquizofrenia, 202
Entrevista
clínica. Véase *Evaluación psicodinámica, entrevista clínica en*
médica, entrevista psicodinámica comparada con, 72
Envidia del pene, 57
Equipo terapéutico multidisciplinario, 174
Erikson, Eric, 12
Escisión
conflicto de pareja y, 139
disociación diferenciada de, 299
en pacientes maníacos, 231
en la teoría de las relaciones objetales, 42
terapia familiar/de pareja y, 140
en trastorno
borderline de la personalidad, 452, 485
histérico e histriónico de la personalidad, 571
en tratamiento hospitalario, 167
manejo de, 170
Escuela inglesa de relaciones objetales, 39
Esencialismo, 54
Esquizofrenia, 183

Esquizofrenia *(Cont.)*
borderline, 431
factores genéticos en, 183, 188
modelos psicodinámicos y, 185
factores genéticos y, 188
freudiano, 186
límites yoicos defectuosos y, 187
madre esquizofrenógena y, 187
de Sullivan, 186
psicoterapia individual para
adaptar la realidad, de apoyo versus exploratoria, orientada al insight, 192, 199
alianza terapéutica y, 197
cognitivo-conductual, 196
personal, 195
remisión de, 191
síntomas
negativos y, 184
tratamiento hospitalario y, 204
positivos de, 184
tratamiento de, 190
ejemplo de caso de, 205
entrenamiento de habilidades psicosociales para, 202
fármaco terapéutico, 190
en hospital, 203
intervención familiar para, 200
psicoterapia
de grupo para, 199
individual para, 192
resistencia a, 205
Esquizofrenia borderline, 430
Estabilidad, para tratamiento del trastorno borderline de la personalidad, 478
Establecimiento de límites, en trastorno borderline de la personalidad, 482
Estilo cognitivo
en trastorno
histérico e histriónico de la personalidad, 570, 578
obsesivo-compulsivo, 599
Estresores
adaptación a, como un objetivo de la psicoterapia, 98
consideración durante el evaluación, 79
depresión y, 217
diagnóstico y, 85
trastorno
por angustia y, 254
por estrés
agudo y, 276, 293
postraumático y, 271
criterios de DSM-IV para, 271, 273
memoria en, 272
tratamiento de, 274
volumen del hipocampo derecho en, 291
Evaluación. Véase *Evaluación psicodinámica*
del paciente. Véase *Evaluación psicodinámica*
psicodinámica, 71
diagnóstico y, 84
características del yo y, 85
consideraciones posmodernas y, 89
formulación explicativa y, 89
relaciones de objeto y, 87
self y, 88
entrevista clínica en, 71
abordajes para la toma de la historia clínica, 76
entrevista médica contrastada con, 72
evaluación psicológica en, 83
examen del estado mental en, 80
transferencia y contratransferencia en, 74
examen
físico en, 84
neurológico en, 84
pasos en, 91, 92*c*
en trastorno(s)
antisocial de la personalidad, 555
cognitivos, 406
psicológica, 83
Examen
del estado mental, 80
físico, 84
neurológico, 84
Exhibicionismo, 328
en trastorno esquizoide de la personalidad, 443
Experiencia, temprana, personalidad y, 12
Explotación interpersonal, trastorno narcisista de la personalidad y, 506

F

Factor(es)
ambientales
en fobias, 263
interacción con factores biológicos, 17
reconocimiento de Sigmund Freud de los, 12
tempranos, en la teoría de las relaciones objetales, 39
trastorno antisocial de la personalidad de y, 540, 542
biológicos. Véase también *Factores genéticos*
en ansiedad, 252
interacción con los factores ambientales, 17
en trastorno(s)
afectivos, 217
antisocial de la personalidad, 539
borderline de la personalidad, 462, 462*f*
obsesivo-compulsivo, 266
genéticos
en ansiedad, 252
en esquizofrenia, 183, 188
en fobias, 263
en interacción con factores ambientales, 18
reconocimiento de S. Freud de, 12
en trastorno(s)
borderline de la personalidad, 462, 465
disociativos, 292
obsesivo-compulsivo, 266
afectivos, 217
liberador de corticotrofina (CRF)
depresión y, 218
Fairbairn, WRD, 39
Falso self, 40
Falta
básica, 39
de cumplimiento con la farmacoterapia, 22, 144
cuando las medicaciones son agregadas a un proceso psicoterapéutico en curso, 150
en manía, 232
en trastorno por angustia, 259
Farmacoterapia, 144
alianza terapéutica y, 148
combinada con psicoterapia. Véase *Tratamiento combinado*
contratransferencia y, 146
para depresión, 220
para disfunción sexual, 348
para esquizofrenia, 190
falta de cumplimiento con, 22, 144
cuando las medicaciones son agregadas a la psicoterapia en curso, 150
en trastorno por angustia, 259
para manía, 232
para parafilias, 336
resistencias a, 148
transferencia y, 145
para trastorno
de ansiedad generalizada, 280
borderline de la personalidad, 468
obsesivo compulsivo, 266
Fase
autista, del desarrollo de relaciones de objeto, 58
edípica del desarrollo, 56
oral del desarrollo psicosexual, trastorno de la personalidad por dependencia y, 618
de separación-individuación
desarrollo de las relaciones de objeto, 59
fijación durante, trastorno borderline de la personalidad y, 456
subfases de aproximación, trastorno borderline de la personalidad y, 457
simbiótica, del desarrollo de las relaciones de objeto, 58
Feminidad primaria, 57
Fetichismo, 331
Finalización, de la psicoterapia individual, 113
Flexibilidad, para el tratamiento del trastorno borderline de la personalidad, 477
Fobias, 260
agorafobia, 264
con trastorno por angustia, 254, 258
comorbilidad de, 263
específica, 260
estudio de caso de, 261
factores genéticos versus ambientales en, 263

Fobias *(Cont.)*
formación del síntoma y, 261
relaciones de objeto y, 263
simple, 260
social, 263
trastorno evitativo de la personalidad distinguido de, 611
Foco, en psicoterapia breve, 117
Formación reactiva, 33
trastorno por angustia y, 258
Formulación explicativa, 89
Freud, Anna, 32, 38
farmacoterapia usada por, 151
Freud, Sigmund
conceptualización de la esquizofrenia, 186
estadios psicosexuales de, 12
modelo
topográfico de, 6, 30
de tratamiento de, 100
orígenes de la psiquiatría psicodinámica y, 4
reconocimiento de influencias genéticas y ambientales, 12
sobredeterminación concepto de, 10
teoría estructural tripartita de, 30, 31*f*
uso ambiguo de *Ich* por, 40
visiones acerca
de la angustia, 249
del desarrollo femenino, 57
del fenómeno histérico, 289
de las parafilias, 323, 325
de los trastornos disociativos, 305
Fromm-Reichmann, Frieda, conceptualización de la esquizofrenia, 187
Fuga, disociativa, 293
Función
múltiple, principio de, 11
reflexiva, 112
promover la recuperación de, en trastorno borderline de la personalidad, 481

G

Gemeletud narcisista, 552
Genero. Véase *Mujeres; Hombres*
Grandiosidad, en trastorno por déficit de atención/hiperactividad, 397
Grupo
A, 39
B, 38
intermedio, 39
Guntrip, Harry, 39

H

Haley, Jay, 137
Hartmann, Heinz, 34
Heimann, Paula, 39
Herida narcisista, contratransferencial en farmacoterapia y, 147
5-HIAA (5-ácido hidroxiindolacético), trastorno antisocial de la personalidad y, 541
Hipnosis, disociación relacionada con, 290
Hombres
disfunción sexual en, 344
fase de edípica del desarrollo de, 56
perversiones sexuales en. Véase *Parafilias*
transferencia erótica en, 590
trastorno
antisocial de la personalidad en, 539
histérico
e histriónico de la personalidad en, 574
de la personalidad en, 570
Hormona adrenocorticotrófica (ACTH)
ansiedad social y, 19
depresión y, 218
Humor, 34

I

Ideación suicida, 228
determinar presencia o ausencia de, 82
Idealización, en trastorno narcisista de la personalidad, 516
Identidad. Véase también *Trastorno de identidad disociativo (DID)*
pérdida de, daño cerebral y, 402
Identificación
proyectiva, 43, 44*f*, 45*f*
conflicto de pareja y, 139
proyección versus, 46
terapia familiar/de pareja y, 140
trastorno
borderline de la personalidad, 485

paranoide de la personalidad y, 421
en tratamiento hospitalario, 161
en trastorno histérico e histriónico de la personalidad, 572
IMAOs (inhibidores de la monoaminooxidasa), para trastorno borderline de la personalidad, 468
Incesto
terapia familiar para, 339
trastorno histérico e histriónico de la personalidad y, 575
Inconsciente, 6, 8*f*, 9*f*
manifestación del, 7
memoria y, 7, 8*f*, 9*f*
Independientes, 39
Inducción del rol en psicoterapia de grupo, 131
Infantes
alteración perturbada con la madre, anorexia nerviosa y, 370
ansioso-ambivalente (resistentes), 61
desorganizado-desorientado, 61
evitativos, 61
internalización de la relación con la madre, 35, 37
reacciones a la separación del cuidador, 61
seguros, 61
resistentes, 61
Inhibición conductual
en fobias, 263
a lo no familiar, 255
Inhibidores
de la monoaminooxidasa (IMAOs), para trastorno borderline de la personalidad, 468
selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS), para trastorno borderline de la personalidad, 468
Internalización
alteración de, en trastorno antisocial de la personalidad, 542
de relaciones. Véase *Teoría de las relaciones objetales*
Interpretación(es)
de conexiones entre transferencia erótica y relaciones actuales y pasadas, 587
extratransferencial, en psicoterapia individual, 105
en psicoterapia individual, 103
de sueños, en psicoterapia individual, 109
transferenciales
en psicoterapia individual, 105
trastorno borderline de la personalidad y, 477
en trastorno
borderline de la personalidad y, 475
de identidad disociativo, 301
en tratamiento para trastornos esquizoide y esquizotípico de la personalidad, 438
Intersubjetividad, 54
Introyección, 35
bulimia nerviosa y, 381
mecanismos de cambio en psicoterapia y, 111
en la teoría de las relaciones objetales, 46
IRSS (Inhibidores de la recaptación de serotonina), para trastorno borderline de la personalidad, 468

J

Jackson, Don, 137

K

Kernberg, O.F.
visión
del trastorno narcisista de la personalidad, 513, 514*c*
del tratamiento del trastorno narcisista de la personalidad, 521, 521*c*
Klein, Melanie, 37
Kohut, Hein
abordajes terapéuticos expuestos por, 53
psicología del self de, 47
visión
del trastorno narcisista de la personalidad, 512, 514, 514*c*
del tratamiento para trastorno narcisista de la personalidad, 512, 514*c*, 521*c*

L

Lidz, Theodore, 137
Límites yoicos, deficientes, esquizofrenia y, 187

Litio, para trastorno borderline de la personalidad, 468
Little, Margaret, 39

M

Madre
anorexia nerviosa y, 370
esquizofrenógena, 187
incesto y, 339
internalización de la relación del infante con, 35, 37
suficientemente buena, 39
Mahler, Margaret, estudios de observación del infante, 58
Manía
defensas en, 223
tratamiento de, principios de, 231
Mantenimiento de metadona, 366
Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM)
DSM-III, trastorno antisocial de la personalidad y, 536
DSM-IV
ansiedad y, 250
Eje IV de, 79
interacción de ejes y, 85
parafilias y, 324
síndrome por estrés postraumático y, 271, 273
trastorno
antisocial de la personalidad y, 536, 537*c*
borderline de la personalidad y, 453, 454*c*
de despersonalización y, 313
disociativos y, 290
esquizoide en la personalidad y, 432, 432*c*
esquizotípico de la personalidad y, 431, 433*c*
evitativo de la personalidad de y, 610, 610*c*
histérico e histriónico de la personalidad y, 563, 564*c*
narcisista de la personalidad y, 508, 509*c*
paranoide de la personalidad de y, 417, 418*c*
de la personalidad por dependencia y, 616, 617*c*
Masoquismo, 329
Mecanismos de cambio, en psicoterapia individual, 111
Medicaciones. Véase *Farmacoterapia*
Médicos. Véase *Terapeutas*
Memoria
amnesia disociativa y, 294
asociativa, 8
declarativa, 8, 9*f*, 305
explícita, 7, 8*f*, 305
genérica, 7
implícita, 7, 8*f*, 305
de procedimiento, 7, 9, 9*f*, 305
síndrome por estrés postraumático y, 272
en trastorno de identidad disociativo, 294
de trauma, trastornos disociativos y, 304, 305*c*
Menninger, Will, 158
Mentalización, 62, 112
promover, en trastorno borderline de la personalidad, 481
3-methoxy-4-hidroxifenilglicol (MHPG), ansiedad social y, 19
Modelo
de déficit de enfermedad, 4
de enfermedad de los trastornos relacionados con sustancias, 356
moral de los trastornos relacionados con sustancias, 356
relacional-conflictivo, 54
topográfico (S. Freud), 6
falla del, 30
Monitoreo químico sanguíneo, en bulimia nerviosa, 382
Mujeres
anorexia nerviosa en, 369
tratamiento de, 373, 375*c*
visión psicodinámica de, 370
bulimia nerviosa en, 378
tratamiento de, 381
visión psicodinámica de, 379
depresión en, abuso infantil o descuido y, 219
disfunciones sexuales en, 344
fases edípicas del desarrollo de, 57
perversiones sexuales en, 327
transferencia erótica en, 590
trastorno
por angustia en, etiología de, 256
antisocial en, 539

histérico
e histriónico de la personalidad en, 572
de la personalidad en, 569
de identidad disociativo en abuso infantil o descuido y, 296

N

Negación
de la enfermedad, farmacoterapia y, 148
parafilias y, 337
en la teoría de las relaciones objetales, 47
Neosexualidades. Véase *Parafilias*
Neurosis
actuales, 250
de ansiedad, 249
Neuroticismo, con depresión, 222
Neurotransmisores
efectos sociales claves sobre, 19
farmacoterapia para trastorno obsesivo compulsivo y, 266
Neutralidad
del ambiente hospitalario, 160
del terapeuta, 100

O

Objeto del self, 49
Odio objetivo, 15
Orientación, evaluación de, 81
Otro dominante, 225

P

Pacientes anaclíticos, cambios en la psicoterapia y, 111
Parafilias, 323
definición de, 323
estudio de casos de, 338, 341
modelo psicodinámico de, 325
de exhibicionismo voyeurismo, 328
del fetichismo, 331
de pedofilia, 332
de la psicología del Self, 327
relaciones de objeto y, 326
de sadismo y masoquismo, 329
teoría de las pulsiones y, 325
del travestismo, 333
tratamiento de, 334
contratransferencial y, 335
en hospital, 340
medicaciones antiandrógenicas en, 336
psicoterapéutico, 336
Pedofilia, 332
tratamiento hospitalario de, 340
Percepción, evaluación de, 81
Perfeccionismo, en trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, 599
Perversión sexual. Véase *Parafilias*
Plasticidad, del cerebro, 18
Poder, pedofilia y, 333
Posición
depresiva, 38
depresión vinculada a, 223
esquizo-paranoide, 37
Preconsciente, 6
Principio básico
de apareamiento, en psicoterapia de grupo, 131
de dependencia, en psicoterapia de grupo, 130
Problema mente-cuerpo, 17
Proceso primario de pensamiento, en trastorno borderline de la personalidad, 451
Provisión óptima, 53
Proyección
bulimia nerviosa y, 381
trastorno
paranoide de la personalidad de y, 421
por angustia y, 258
Prueba(s)
de Apercepción Temática (TAT), 83
proyectivas, 83
en trastorno antisocial de la personalidad, 556
de Rorschach, 83
en trastorno antisocial de la personalidad, 556
Psicoanálisis
para depresión, 230
para disfunción sexual, 349
Psicología
del self, 47
abordaje de Kohut a, 47, 50*f*
contribuciones post-Kohut a, 52
objetivos de la psicoterapia en, 98
parafilias y, 327

Psicología *(Cont.)*
del yo, 30, 31*f*
aspectos adaptativos del yo y, 34
mecanismos de defensa y, 32
suicidio y, 228
teoría estructural tripartita de Freud y, 30, 31*f*
Psicopatía. Véase *Trastorno antisocial de la personalidad*
Psicoterapia. Véase también *Tipos específicos de terapia*
para abuso de drogas, 367
Alcohólicos Anónimos y, 360
de apoyo
breve, 120
indicaciones para, 115, 116*c*
psicoterapia expresiva versus, 95
breve, 117
de apoyo, 120
contraindicaciones para, 117
para depresión, 229
indicaciones para, 117
marital, 141
número de sesiones para, 118
proceso de, 118
para trastorno
evitativo de la personalidad, 613
de la personalidad por dependencia, 621
combinada con farmacoterapia. Véase *Tratamiento combinado*
expresiva
indicaciones para, 115, 116*c*
psicoterapia de apoyo versus, 95
extendida. Véase *Psicoterapia a largo plazo*
de grupo, 129
abordajes de grupo versus centrados en el individuo, 133
para alcoholismo, 361
aspectos únicos del experiencia de grupo y, 129
características de los grupos y, 131
contraindicaciones para, 136
contratransferencial en, 134
para esquizofrenia, 199
en el hospital, 175
indicaciones para, 135
manejado por el tiempo, 132
para pacientes histéricos e histriónicos, 591
para parafilias, 340
resistencia en, 134
supuestos básicos en, 130
transferencia en, 133, 134
para trastorno(s)
borderline de la personalidad, 494
esquizoide y esquizotípico de la personalidad, 440
de identidad disociativo, 311
narcisista de la personalidad, 527
individual, 95. Véase también *Tipos específicos de terapia*
para el abuso de drogas, 367
para alcoholismo, 360
alianza terapéutica en, 110
para anorexia nerviosa, 373, 374, 375*c*
asociación libre en, 99
breve. Véase *Psicoterapia breve*
continuo expresivo-de apoyo en, 95
para disfunción sexual, 349
duración de, 98
eficacia de, 121
para esquizofrenia, 192
adaptado a la realidad, de apoyo versus exploratorio, orientada al insight, 192, 199
alianza terapéutica en, 197
cognitivo-conductual, 196, 198
personal, 195
finalización de, 113
frecuencia de sesiones para, 99
indicaciones para el énfasis expresivo o de apoyo en, 115, 116*c*
interpretación de sueños en, 109
intervenciones en, 103, 103*f*
a largo plazo. Véase *Psicoterapia a largo plazo*
mecanismos de cambio de, 111
neutralidad, anonimato, y abstinencia en, 100
objetivos de, 97
para parafilias, 336
resistencia en, 106
trabajo elaborativo en, 108, 109*f*
transferencia en, 105
para trastorno(s)
antisocial de la personalidad, 555, 557*c*
cognitivos, 406
evitativo de la personalidad, 613

esquizoide y esquizotípico de la personalidad, 436
por estrés postraumático, 275
histérico e histriónico de la personalidad, 576
técnica para, 576
transferencia erótica y, 568, 578, 580*c*
narcisista de la personalidad, 518, 521*c*
obsesivo-compulsivo de la personalidad, 602
paranoide de la personalidad, 422
influencias en las sinapsis cerebrales, 18
a largo plazo
para depresión, 230, 233
para disfunción sexual, 348
eficacia de, 122
para trastorno borderline de la personalidad, 470
abordajes expresivos vs. de apoyo para, 473
ejemplo clínico de, 486
investigación empírica en, 470
para trastorno disociativos, 300
metabolismo de la serotonina y, 21
para trastorno
cognitivos, 405
de la personalidad por dependencia, 620
Psiquiatras. Véase *Terapeutas*
Psiquiatría
descriptiva, psiquiatría dinámica contrastada con, 5
dinámica. Véase *Psiquiatría psicodinámica*
orientada biológicamente
psiquiatría psicodinámica versus, 17
psicoanalítica, 4
psicodinámica
bases teóricas de, 29. Véase también *Psicología del yo; Teoría de las relaciones objetales; Psicología del self*
posmoderna, 53
rol en la práctica clínica, 62
definición, 4
orígenes de, 3
psicoterapia dinámica versus, 4
psiquiatría
biológicamente orientada versus, 17
descriptiva contrastada con, 5
– psicoanalítica y, 4
rol en la psiquiatría contemporánea, 22
PTSD (trastorno por estrés postraumático), 270, 289
criterios de DSM-IV para, 271, 273
memoria en, 272
tratamiento de, 273
volumen del hipocampo derecho en, 292
Pulsiones
función sexual y, 345
en la teoría de las relaciones objetales, 38

R

Recordar, repetir y elaborar (S. Freud), 305
Regresión, en trastorno obsesivo-compulsivo, 265
Rehabilitación cognitiva, para esquizofrenia, 203
Relaciones
desordenadas, en esquizofrenia, 185
internalización de. Véase *Teoría de las relaciones objetales*
interpretación de conexiones entre la transferencia erótica y, 587
íntimas, en trastorno obsesivo compulsivo de la personalidad, 598
mejoría en la calidad de, como objetivo de la psicoterapia individual, 98
de objeto
ausencia de, en trastorno esquizoide de la personalidad, 442
desarrollo de, fases de, 58
diagnóstico y, 87
disfunciones sexuales y, 347
fobias y, 263
madurez de, 88
parafilias y, 326
repetición de, fuerzas que contribuyen a, 162
en trastorno
por angustia y, 257
borderline de la personalidad, 452

Relaciones *(Cont.)*
histérico e histriónico de la personalidad, 578
en tratamiento hospitalario, 176
problemáticas, disfunción sexual y, 345
trastorno
narcisista de la personalidad y, 507, 530
obsesivo-compulsivo y, 270
Remisión de esquizofrenia, 191
Reparación, 38
Representación, self como, 41
Represión, 32
en trastornos histérico e histriónico de la personalidad, 571
Resistencia, 15
evaluación de la transferencia erótica como, 583
a la farmacoterapia, 148
en trastorno obsesivo-compulsivo, 267
en psicoterapia
de grupo, 134
individual, 106
en terapia familiar/de pareja, 140
en la transferencia, en psicoterapia individual, 106
en trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 603, 608
Respuesta dramática exagerada, en trastornos histérico e histriónico de la personalidad, 566, 567*c*
Reuniones de equipo, para el manejo de la escisión en el contexto hospitalario, 171, 173
Revictimización, en trastorno de identidad disociativo, 298
Revisión de la utilización, escisión en el contexto hospitalario y, 170
Rol del paciente, en la entrevista psicodinámica, 73

S

Saber relacional implícito, 112
Sadismo, 329
Satir, Virginia, 137
Self
bipolar, 49
como representación versus como entidad, 41
diagnóstico y, 88
falso, 40
grandioso-exhibicionista, 48
lugar en el aparato psíquico, 40
sensación-pública, privada e inconsciente de, en trastorno obsesivo-compulsivo, 601
sentido de Stern de, 59
tripolar, 49
uso ambiguo de *Ich* por Freud y, 40
verdadero, 40
Sensación del self
inconsciente, en trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 601
privada, en trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 601
público, en trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 601
Sentimientos sexuales, falta de aceptación de, en trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 609
Separación
dificultades con, en pacientes bulímicas, 380
trastorno borderline de la personalidad de y, 460
Serotonina
efectos sociales clave sobre, 19
terapia psicodinámica y, 21
transporte de, ansiedad y, 252
Seudoidentificación maligna, 551
Sildenafil (Viagra), 349
Silencio, en el tratamiento para los trastornos esquizoide y esquizotípico de la personalidad, 437, 439
Sinapsis, influencia psicoterapéutica sobre, 18
Síndrome
deficitario, en esquizofrenia, 185
por estrés agudo, 276, 293
Síntomas
negativos de esquizofrenia, 184
tratamiento hospitalario y, 204
positivos, de la esquizofrenia, 184
Situación extraña, 61
Sobredeterminación, 10
Sociedad Psicoanalítica Británica, 38
Somatización, 33
trastorno por angustia y, 258

Sometimiento, en trastorno de la personalidad por dependencia, 619
Stern, Daniel, investigación en observación de infantes, 59
Subfase
de acercamiento
del desarrollo de las relaciones de objeto, 59
de la fase de separación-individuación, trastorno borderline de la personalidad y, 457
de diferenciación, del desarrollo de las relaciones de objeto, 59
de práctica del desarrollo de las relaciones de objeto, 59
Sublimación, 34
Suicidio
agresión y, 227
como deseo de reunión, 227
manejo versus, tratamiento de pacientes suicidas y, 241
predictores de, 228
psicodinámica del, 226
trastorno borderline de la personalidad y, 472, 480, 491
tratamiento de pacientes suicidas y, 238
Sullivan, Harry Stack, conceptualización de la esquizofrenia, 186
Superyó, 30, 31*f*
relación del yo con, 87
en trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 600
suavizamiento y modificación, 608
Supresión, 34
Supuesto(s) básico(s)
de ataque y fuga, en psicoterapia de grupo, 130
en psicoterapia de grupo, 130

T

TAT (Test de Apercepción Temática), 83
Temperamento, dimensiones del, 462*f*, 463
Teoría(s)
del apego, 61
impacto del abuso sexual infantil y, 296
trastorno
evitativo de la personalidad y, 613
por pánico y, 256
de la decatectización de la esquizofrenia, 186
del doble eje (Kohut), 49, 50*f*, 512
de las dos personas, 54
estructural tripartita de Freud, 30, 31*f*
psicoanalítica, 29. Véase también *Psicología del yo; Teoría de las relaciones objetales; Psicología del self*
visiones posmodernas y, 53, 89
de las pulsiones, parafilias y, 325
de las relaciones objetales, 35
mecanismos de defensa y, 41
perspectiva histórica en, 37
pulsiones en, 38
self y yo en, 40
Terapeutas
abstinencia de, 103
anonimato de, 102
exclusión para el planeamiento terapéutico, escisión en el contexto hospitalario y, 169
finalización de la psicoterapia y, 114
neutralidad del, 100
sentimientos de. Véase también *Contratransferencia*
énfasis de la psiquiatría psicodinámica en, 74
Terapia
cognitiva, para trastorno por angustia, 257
cognitivo-conductual, para esquizofrenia, 196
conductual dialéctica, para trastorno borderline de la personalidad, 473
familiar / de pareja, 137
para anorexia nerviosa, 373, 374
bases teóricas de, 138
contraindicaciones a, 143
para disfunciones sexuales, 349
para esquizofrenia, 200
indicaciones para, 143
para parafilias, 339
técnica de, 139
terapia
breve de pareja y, 141
de pareja intersubjetiva y de la psicología del self y, 142

apia *(Cont.)*
para trastorno
borderline de la personalidad, 492
narcisista de la personalidad, 529
familiar de las relaciones objetales. Véase *Terapia familiar/de pareja*
de pareja. Véase *Terapia familiar/de pareja*
intersubjetiva, 142
de la psicología del self, 14
de pareja, 142
para trastorno por déficit de atención/hiperactividad, 398
psicosexual, 349
sexual, 343, 348
conductual breve, 344, 349
TOC. Véase *Trastorno obsesivo compulsivo* (TOC)
Toma
de decisión, en trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad, 600
de historia clínica, abordajes a, 76
TPD (Trastornos de la personalidad por dependencia), 616
criterios diagnósticos para, 616, 617*c*
psicoterapia para, 620
visión psicodinámica de, 618
Trabajo elaborativo
en psicoterapia
de grupo, 134
individual, 108, 109*f*
Transferencia, 13
depresión y, 234
suicida, 240
dimensiones de, 14
disfunción sexual y, 346
erótica, en pacientes histéricos e histriónicos, 568, 578, 580*c*
diferencias de género en, 590
especular, 48
en la evaluación, 74
farmacoterapia y, 145
finalización de la psicoterapia y, 113
idealizada, 48
mecanismos de cambio y, 111
negativa en trastorno narcisista de la personalidad, 520
del objeto de self
adversario, 52
eficacaz, 52
en psicoterapia
de grupo, 133, 134
individual, 105
en terapia familiar/de pareja, 137
en trastorno
por angustia y, 257
por estrés postraumático y, 275
de identidad disociativo, 307
obsesivo-compulsivo de la personalidad, 604
de la personalidad por dependencia, 621
en tratamiento hospitalario, 177
Trastorno(s)
afectivos. Véase también *Depresión; Manía*
complicaciones, por trastornos de la personalidad, 221
etiología de, 217
trastorno borderline de la personalidad relacionado a, 465, 467*c*, 469*c*
de la alimentación, 369
anorexia nerviosa, 369
tratamiento de, 373, 375*c*
visión psicodinámica de, 370
bulimia nerviosa, 378
tratamiento de, 381
visión psicodinámica de, 379
por angustia, 254
agorafobia con, 254, 258
ansiedad anticipatoria con, 254
estrés y, 255
estudio de caso de, 259
etiología de, 256
patogénesis de, 255
tratamiento de, 257
de ansiedad, 249. Véase también *Trastorno obsesivo-compulsivo; Trastorno por pánico; Fobias*
generalizada, 277
comorbilidad de, 277
tratamiento de, 280
viñeta clínica de, 277
síndrome por estrés postraumático, 270
criterios del DSM IV para, 271, 273
memoria en, 272
tratamiento de, 273
volumen del hipocampo derecho en, 291

trastorno por estrés agudo, 276, 293
antisocial de la personalidad, 535
abuso de sustancias en, 538
uso como excusa, 548
criterios diagnósticos para, 536, 537*c*
epidemiología de, 538
estudio de caso de, 552
subdiagnóstico de, 548
tratamiento de
en hospital, 545, 549*c*
psicoterapia individual para, 555, 557*c*
visión psicodinámica de, 539, 544*c*
borderline de la personalidad, 447
criterios diagnósticos para, 453, 454*c*
demografía de, 453
diferenciación del trastorno narcisista de la personalidad, 513
evolución del término, 447
hospitalización y tratamiento en hospital parcial para, 489
psicoterapia
de grupo para, 494
individual para, 470
abordajes expresivos versus de apoyo para, 473
ejemplos clínicos de, 476
investigación empírica en, 470
rasgos principales de, 449, 449*c*, 451*c*
relación con trastornos afectivos, 465, 467*c*, 469*c*
subgrupos de pacientes con, 448*c*, 449
terapia familiar y, 492
visión psicodinámica de, 456
de Adler, 459
investigación empírica y etiología y, 460, 462*f*
de Kernberg, 456
de Masterson y Rinsley, 457, 458*c*
cognitivos, 393. Véase también *Síndrome por déficit de atención/hiperactividad (ADHD); Daño cerebral*
por déficit de atención/hiperactividad(ADHD), 394
estudio de caso de, 400
depresivo de la personalidad, 221
de despersonalización, 312
modelo psicodinámico de, 314
tratamiento de, 316
disociativos, 289
amnesia, 293
cerebro y, 291
factores genéticos en, 292
fuga, 293
en el hospital, 311
psicoterapia de grupo para, 311
de la identidad. Véase *Trastorno de identidad disociativo* (DID)
modelo psicodinámico de, 293
relación entre la hipnosis y la disociación y, 290
trastorno de despersonalización, 312
modelo psicodinámico de, 314
tratamiento de, 316
en trastornos histérico e histriónico de la personalidad, 571
tratamiento de, 300
contratransferencia y, 303, 307, 310
psicoterapia a largo plazo en, 300
recuerdos del trauma y, 304, 305*c*
transferencia y, 307
trauma y, 291
esquizoide y esquizotípico de la personalidad, 430
criterios diagnósticos para, 432, 432*c*, 433*c*
estudio de caso de paciente esquizoide y, 441
tratamiento de
psicoterapia
de grupo para, 440
individual para, 437
visión psicodinámica de, 434
por estrés
agudo, 276
postraumático (PTSD), 270, 289
criterios de DSM-IV para, 271, 273
memoria en, 272
tratamiento de, 273
volumen del hipocampo derecho en, 291
evitativo de la personalidad, 609

Terapia *(Cont.)*
criterios diagnósticos para, 610, 610*c*
distinción de la fobia social, 611
estudio de caso de, 614
psicoterapia para, 613
visión psicodinámica del, 611
histérico e histriónico de la personalidad, 563
comparación de, 564, 567*c*
criterios diagnósticos para, 563, 564*c*
estilo cognitivo y, 570, 578
género y, 569
interrelación entre, 565, 567*c*
mecanismos de defensa y, 570
psicoterapia
de grupo para, 591
individual para, 576
técnica para, 576
transferencia erótica en, 568, 578, 580*c*
visión psicodinámica de, 572
histriónico de la personalidad. Véase *Trastornos histérico e histriónico de la personalidad*
de identidad disociativo (DID), 293
en conductas autodestructivas, 298
diagnóstico diferencial de, 294
escisión(es)
diferenciada de la disociación y, 299
del yo en, 300
estudio de caso de, 309
etiología de, 295
en trastornos histérico e histriónico de la personalidad, 571, 572
narcisista de la personalidad, 505
criterios diagnósticos para, 508, 509*c*
diferenciación del trastorno borderline de la personalidad, 513
fenomenología de, 508, 509*c*, 510*c*
a lo largo del ciclo de la vida, 506, 529
narcisismo de la cultura y, 506
pedofilia y, 332
relaciones y, 507
tipo
hipervigilante de, 508, 510*c*, 526
no consciente de, 508, 510*c*, 511
tratamiento de
psicoterapia
de grupo para, 527
individual para, 518, 521*c*
visión psicodinámica de, 512
de Kernberg, 513, 514*c*
de Kohut, 512, 514*c*, 515
obsesivo-compulsivo (TOC), 265
acomodación familiar y, 269
estudio de casos de, 267
factores biológicos en, 266
problemas de relación en, 270
regresión defensiva en, 265
trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad distinguido de, 597
tratamiento de, fármaco terapéutico, 266
obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP), 595
criterios diagnósticos para, 596, 596*c*
psicoterapia para, 602
trastorno obsesivo-compulsivo distinguido de, 597
visión psicodinámica de, 597
de la personalidad
por dependencia, 616
criterios diagnósticos para, 616, 617*c*
psicoterapia para, 620
visión psicodinámica de, 618
con depresión, 221
Grupo
A. Véase *Trastorno paranoide de la personalidad; Trastornos esquizoide y esquizotípico de la personalidad*
B. Véase *Trastorno antisocial de la personalidad; Trastorno borderline de la personalidad; Trastornos histérico e histriónico de la personalidad; Trastorno narcisista de la personalidad*
C. Véase *Trastorno evitativo de la personalidad; Trastorno dependiente de la personalidad; Trastorno obsesivo-compulsivo de la personalidad (TOCP)*
múltiple, 300
no especificado, 622

paranoide, 417
criterios diagnósticos para, 417, 418*c*
estudio de caso de, 426
prevención de la violencia y, 428
tratamiento de, 421
visión psicodinámica de, 420
severa, con depresión, 222
trastornos relacionados con sustancias y, 362
relacionados con sustancias, 355. Véase también *Alcoholismo*
abordajes psicodinámicos a, 361
alexitimia y, 367
comorbilidad y, 362
mantenimiento de metadona para, 366
modelo
de enfermedad de, 356
moral de, 356
naturaleza defensiva y adaptativa de, 363
opiáceos y, 364
psicoterapia para, 367
con trastorno antisocial de la personalidad, 538
uso como excusa, 548
Tratamiento. Véase también *Trastornos específicos; Tratamientos específicos*
ambiental, 158. Véase también *Tratamiento hospitalario*
psicoterapia de grupo en, 175
combinado, 151
para depresión, 220
falta de cumplimiento con farmacoterapia y cuando las medicaciones son agregadas a un proceso psicoterapéutico en curso, 150
para manía, 233
para trastorno
por angustia, 258
de ansiedad generalizada, 280
borderline de la personalidad, 483
por estrés postraumático, 274
contraindicaciones para, con trastorno antisocial de la personalidad, 556, 557*c*
hospitalario, 157
para anorexia nerviosa, 374
contemporáneo, principios dinámicos en, 160
equipo de tratamiento multidisciplinario para, 174
escisión en, 167
manejo de, 170
para esquizofrenia, 203
indicaciones para, 176
marco histórico de, 158
para parafilias, 340
transferencia en, 177
para trastorno
antisocial de la personalidad, 545, 549*c*
borderline de la personalidad, 489
por déficit de atención/hiperactividad, 399
de la identidad disociativo, 311
tratamiento grupal y, 175
interrelación con el diagnóstico en la entrevista psicodinámica, 72
parcial en hospital (hospitalización parcial), para trastorno borderline de la personalidad, 471, 489
Trauma. Véase también *Daño cerebral; Abuso y descuido infantil*
cambios biológicos asociados con, 20
disociación y. Véase *Trastornos disociativos*
recuerdos de, trastornos disociativos y, 304, 305*c*
trastornos por estrés postraumático y, 270
criterios del DSM-IV para, 271, 273
memoria en, 272
tratamiento de, 273
Travestismo, 333
Triángulo de insight (K. Menninger), 108, 109*f*

V

Varones. Véase *Hombres*
Vergüenza
en trastorno
evitativo de la personalidad, 612
narcisista de la personalidad y, 510
Viagra (sildenafil), 349
Violencia. Véase *Agresión*
Visión(es)
dialéctico-constructivista, 55
posmodernas, 53

Visión(es) *(Cont.)*
diagnóstico y, 89
Voyeurismo, 328

W

Winnicott, DW, 39, 40
Wynne Lyman, 137

Y

Yo, 30, 31*f*
aspectos adaptativos del, 34
características del, diagnóstico y, 85
en trastorno
borderline de la personalidad, 450
por déficit de atención/hiperactividad, 397
El yo y el ello (S. Freud), 30
El yo y los mecanismos de defensa (A. Freud), 32

Gabbard

Psiquiatría Psicodinámica en la Práctica Clínica

3ª EDICIÓN

"Este extraordinario libro, claro y erudito, ofrece una convincente descripción del papel central de la psiquiatría psicodinámica en todos los aspectos del quehacer psiquiátrico moderno. La prosa y el saber actualizado del doctor Gabbard proveen los cimientos intelectuales y la oportunidad clínica para que el psiquiatra se concentre en las necesidades individuales de cada paciente, con la profundidad de comprensión que puede proporcionar un conocimiento psicodinámico. Esta obra cubre toda la gama de trastornos psiquiátricos y situaciones clínicas y brinda a cada profesional la oportunidad de comprender a los pacientes con mayor profundidad y a tratarlos más eficazmente. Puede ser leída en su totalidad o consultada como referencia. En ambos casos, es invaluable."

Arnold M. Cooper, MD
Profesor Emérito en Interconsultas Psiquiátricas
Cornell University Medical College
New York, New York

"Extraordinariamente preciso, erudito y de lectura obligada. El más destacado docente de esta generación de la teoría y práctica psicodinámica logra que la importancia de estos conocimientos en la psiquiatría sea más reconocida, convincente y actualizada que nunca. Una vez más Gabbard despliega su talento para crear un recurso único para cada profesional que trabaja o, desea trabajar dentro de este sector de la salud mental."

John G. Gunderson, MD
Profesor de Psiquiatría, Harvard Medical School,
Director del Departamento de Investigación Psicosocial y de la Personalidad
Mc Lean Hospital,
Belmont, Massachusetts

"Nuevamente el doctor Gabbard nos brinda un texto dinámico en dos sentidos. Primero, presenta con claridad la teoría y la práctica de la psicoterapia teniendo en cuenta el conflicto dinámico consciente e inconsciente, la transferencia y la contratransferencia. Segundo, su prosa es brillante; su pensamiento, claro y utiliza la literatura de manera erudita. El autor nos provee una lectura ágil acerca de la psiquiatría psicodinámica."

Spiegel, MD
Profesor y Director Asociado de Psiquiatría y Ciencias del Comportamiento
Stanford University School of Medicine
Stanford, California

ISBN: 978-950-06-0890-9

9 789500 608909

EDITORIAL MEDICA panamericana