

LINEAMIENTOS TÉCNICOS EN LA PSICOTERAPIA DE PACIENTES "FRONTERIZOS". *

DR. JOSE REMUS ARAICO.**

(Comunicación presentada al primer Congreso Nacional de Ciencias Neurológicas y Psiquiátricas, México, D. F., diciembre de 1960).

El término "fronterizo", nosológicamente hablando, es insuficiente. De hecho, sólo indica que un paciente está seriamente enfermo, pero no psicótico del todo. Está en desuso en las modernas psiquiatrías con bases dinámicas, y no aparece en la clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana. Sin embargo, he preferido este término por no encontrar uno mejor en el cual podamos entendernos para los fines de los lineamientos técnicos cuando se decide hacer psicoterapia en ciertos pacientes esquizofrénicos que pueden ser englobados bajo el término de "fronterizos" o "borderline".

Glover⁷ hace notar que, cuando en un paciente existen mecanismos psicóticos, deberá ser englobado y tratado como tal. En cambio Knight muestra en dos trabajos^{8,9} que, desde el punto de vista pragmático, y para fines de terapia, pueden considerarse aparte estos pacientes del tipo citado. Arieti¹ no habla en forma directa de estos pacientes con el calificativo que hemos escogido, pero la descripción que él hace de la "personalidad tormentosa" en su libro sobre los Significados de la Esquizofrenia, parece corresponder al tipo de pacientes que nos ocupará. Otros autores^{4, 5, 6} usan denominaciones casi equivalentes, tales como: "esquizofrenia ambulatoria", "esquizofrenia larvada", "esquizofrenia pseudo-neurótica", para referirnos sólo a aquellas cuya descripción se asemeja más a los cuadros clínicos a que vamos a referirnos. No siendo éste un trabajo con fines nosológicos, trataremos mejor de definir las características típicas y constantes de estos pacientes.

* Publicado en la Revista de Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría. Pags. 11-15. 1960.

** Fundador, Vitalicio y Psicoanalista Didáctico de la Asociación Psicoanalítica Mexicana. Profesor Titular de las Facultades de Psicología y de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional Autónoma de México.

La primer característica es la disparidad existente entre su patología psicótica detectable en las baterías de tests y en las entrevistas diagnósticas, y su aparente buena adaptación social. Existen, sin embargo, signos inequívocos de mala adaptación en áreas más restringidas, como sucede en la familia. Tienen, frecuentemente, una adaptación de tipo puramente formal y de "pose". En el área familiar fracasan estas adaptaciones formales pues los contactos son más profundos, y se crean tensiones que, al llegar hasta el límite de tolerancia de los que conviven con el paciente, hacen que éste sea llevado a la consulta psiquiátrica.

La segunda característica es estructural y no fácilmente detectable en la entrevista psiquiátrica habitual. Todos estos pacientes tienen defectos yoicos en su estructura. Sus funciones del pensamiento del proceso secundario, de la integración, de la capacidad de planear realistamente, de mantener las relaciones de objeto y las defensas contra impulsos primitivos inconscientes, están severamente debilitadas o ausentes (Knight⁸). Para funcionar con cierta fachada de adecuación, necesitan de una estructura "prestada" por alguna persona de su ambiente. Cuando se pudo reconstruir el desarrollo de estos pacientes, en una psicoterapia profunda del tipo del psicoanálisis, encontramos claramente la historia de su necesidad simbiótica de un Yo prestado. No han podido integrarse adecuadamente en su infancia y pubertad. Generalmente han vivido en un ambiente infantil crónicamente traumático. Su capacidad para tolerar las tensiones ambientales es muy pobre. Podríamos decir que la barrera yoica protectora de estímulos está muy dañada. Oscilan entre actitudes autistas de defensa, extrema mediante el retiro de la realidad y las explosiones emocionales del tipo de la "personalidad tormentosa", pretendiendo su Yo, con estas explosiones, eliminar las tensiones mediante la proyección. Las fallas estructurales de estos pacientes no deben confundirse con las de las personalidades inmaduras, que tienen, más bien, una lentitud del desarrollo yoico y que presentan reacciones ansiosas neuróticas pseudo-psicóticas, frecuentemente al pasar de la adolescencia a la juventud. Los defectos estructurales a los que nos referimos, son más rígidos, más estáticos y más profundos. Si la falla de estructura radica sobre todo en el área diferenciada del Yo, que llamamos Superyó, presentarán tendencias psicopáticas que se diferencian de la genuina personalidad psicopática, en la existencia de angustia y culpa encubiertas o manifiestas. De que podamos detectar claramente, en las entrevistas diagnósticas, estas fallas en la estructura yoica, dependerá el que hagamos una buena indicación terapéutica, pues podemos

evitar ciertos riesgos de una terapia profunda con medidas técnicas que describiré después.

De la necesidad que estos pacientes tienen de complementar su daño yoico con una persona del ambiente, mediante una especie de "préstamo", se deriva otra característica útil de describir para los fines de este trabajo. Me refiero a su tendencia a actuar en el exterior los conflictos internos o "acting out". De esta característica se derivarán ciertos lineamientos técnicos que tienden a contrarrestarla. Estos pacientes no tienen un marco de referencia adecuado, por no tener bien delimitadas las barreras yoicas. El fracaso para distinguir adecuadamente fantasía y realidad, lleva a veces a la producción de referencias paranoides, aun en la entrevista diagnóstica. Si, equivocadamente, se ha forzado a un paciente a acostarse, en la primera entrevista, el grado de regresión es grande y aparecen productos innegables de la escala psicótica. Knight^{8,9} manifiesta claramente lo dañino de entrevistarlos con la técnica de asociaciones libres. Las defensas de este tipo de pacientes son tan frágiles que la regresión es muy fácil. El tanteo que continuamente están haciendo, estos pacientes, del mundo exterior para encontrar un Yo prestado, se rompe con este tipo erróneo de entrevista, y sus defensas de tipo neurótico se derrumban dando lugar a la aparición de material psicótico. Un paciente describía así su búsqueda de un "donador de Yo" y su necesidad simbiótica: "Cuando llego a un lugar donde hay desconocidos, me siento tenso y vigilante, como en espera de alguien a quien puedo enchufarme..... una vez que lo he encontrado estoy en mi elemento..... la sensación que tengo como de estar atrás de un cristal, se pierde, y puedo desenvolverme sin que nadie note el miedo que me inunda.....me vuelvo simpático y cortés, pero yo sé que no es lo mismo por dentro, sólo que he logrado , ponerle a alguien mi alambrito".

Si ya tenemos una imagen psicodinámica correcta del paciente, no importando la etiqueta nosológica que le demos, nos encontramos en la necesidad de una indicación terapéutica. Antes de continuar, debemos introducir aquí dos factores que pueden matizar el destino terapéutico de estos pacientes. No se refieren a los pacientes en si, sino a su núcleo familiar. Estos dos factores son básicos en cuanto a la decisión y tipo de un internamiento. El primero se refiere a las tensiones familiares que sobrevendrán cuando el paciente sea internado. Muchas veces un paciente fronterizo cuya permanencia

en el hogar es indispensable por varias razones, va a mejorarse con el internamiento, pero la familia va a sufrir seriamente, creándole condiciones adversas para su reintegración: la indicación posible será el hospital, de día o de noche según el caso. El otro factor es complementario del anterior; si se va a internar a un paciente cuya reintegración al hogar va a ser rechazada inconscientemente por la familia, la mejoría obtenida en el hospital se verá seriamente comprometida por esta actitud del núcleo familiar.

La psicoterapia de tipo reconstructivo⁹ es la indicada en aquellos casos que sentimos con poca capacidad de cambios profundos. Tiene como meta llevar al paciente a sus niveles neuróticos de adaptación y a la supresión del material psicótico que había invadido al Yo. El terapeuta actúa, prepositivamente y en forma activa, como una estructura sana que suple los defectos yoicos. Deben hacerse juicios propositivos de la realidad ambiente, así como prestar apoyo para favorecer rasgos compulsivos que se canalicen por el trabajo o la productividad artística. Está indicada en pacientes de bajo nivel intelectual, y que no pueden, por diversos motivos, llevar una terapia prolongada. También en estos pacientes, como en aquellos en los que se decide el terapeuta por un tratamiento psicoterapéutico más profundo, hay que tener en cuenta los lineamientos técnicos que después vamos a ver con detalle.

Si la terapia reconstructiva ha sido bien llevada, la sintomatología remitirá, y el terapeuta constituirá para" el paciente, una especie de muleta a la que podrá recurrir en derrumbes sucesivos. Como no se trabaja, en lo posible, en este tipo de terapia, con la, transferencia negativa ni con material histórico, y se mantienen las distancias propias de las defensas del paciente, los remanentes transferibles dan lugar a un tipo de vínculos de "muleta guardada para cuando la ocasión lo requiera". De hecho, nos vamos a constituir, cuando hacemos esta terapia, en partes de la estructura indispensable del paciente, que, poco a poco, irá sustituyendo de manera más neurótica y no psicótica, por la estructura que pide prestada a otros objetos de su ambiente.

El psicoanálisis, como forma de terapia profunda, está indicado en aquellos pacientes "fronterizos" que llenen las siguientes características: 1) Buenas condiciones familiares que permitan el internamiento si se hace necesario, así como el alta y regreso a un

medio tolerante de su patología residual al internamiento. 2) La posibilidad y libertad de aumentar la frecuencia de las sesiones en las emergencias. 3) La comprensión de los familiares de que alguno o algunos deberán entrar en alguna forma de terapia o contacto de trabajo social psiquiátrico, si se hace necesario; esto, sobre todo, con el objeto de poder trabajar con aquella persona o personas que funcionan como "donadores de Yo" para el paciente. 4) Está indicado, también, en aquellos casos en que una terapia reconstructiva ha fracasado, o cuando el nuevo brote es más severo. Muchas veces con técnicas analíticas nuevas podemos ayudar a más pacientes y de mejor manera.

Todo tratamiento analítico es un proceso, un desarrollo en el que se cumple una transformación de las modalidades defensivas del Yo y, por ende, una nueva distribución energética de la economía, psíquica. Ni una sola interpretación, ni una sola actitud, ni un solo parámetro, ni el análisis de un solo sueño o síntoma, significan lo único decisivo en un análisis. Tener una idea contraria de la técnica analítica equivaldría a una concepción mágica de la misma. Debido a esto, no deseo que se interprete que los dos lineamientos técnicos que: VOY a. explicar, son lo único capaz de curar o mejorar al paciente "fronterizo". Son recursos y estrategias técnicas útiles que deben estar sustentados por una comprensión teórica, y conformados por una experiencia clínica.

El primero se refiere a la necesidad de la observancia estricta de los parámetros, en mayor grado que con los psiconeuróticos. Poner parámetros, o reglas de juego, o los términos del contrato terapéutico (Menninger¹⁰), es lo primero después de la aceptación del tratamiento. El analista los aclara total o gradualmente según el caso, y, en este tipo de pacientes, deben ser perfectamente aclarados en su totalidad y extensión, con la consiguiente interpretación explicativa en relación a sus ventajas si se hace necesario. Con esto quiero decir que, a veces, es conveniente aclararle al paciente, no sólo el número de sesiones por semana, hora, costo, forma de pago, etc., sino también el que todo esto es indispensable para aceptar la responsabilidad del tratamiento. Hay autores como Boyer,² que han reportado la ventaja de trabajar psicóticos de este tipo con parámetros de psiconeuróticos. La elasticidad en los parámetros, que no quiere decir, en manera alguna, habilidad terapéutica, es perjudicial, ya que el terapeuta no cumple con la primera petición de ayuda implícita que hace el pa-

ciente "fronterizo", que le den fronteras y límites precisos a su Yo que, siendo frágil, se desborda psicóticamente ante pequeños estímulos. Este lineamiento es, sobre todo, útil para enmarcar la tendencia al "acting out". Es notable observar el abatimiento de la angustia con la actitud firme, pero cordial, respecto a los parámetros.

El otro lineamiento técnico es el empleo —sobre todo en las emergencias— de la interpretación en términos de estructura, más que en términos de defensa e impulso. Tiene sus bases teóricas en los trabajos de Fairbairn,³ entre otros autores, y su estudio en cuanto a la contratransferencia, sobre todo en Racker.¹¹ Se entenderá mejor esto con un breve ejemplo clínico muy esquemático:

Se trata de un hombre joven, de menos de treinta años, casado, tratado por mí reconstructivamente, dos años antes, a causa de un derrumbe alucinatorio de tinte persecutorio. Su tratamiento duró tres meses, cuatro veces por semana, y se logró una reintegración a niveles obsesivos que permitieron continuar su vida anterior al brote. Su sintomatología era la típica de un paciente "fronterizo"; a partir de la terapia, su esposa había pasado a ser su "donadora de Yo", habiéndolo sido antes su madre, con la que convivían; la separación de ésta fue el factor desencadenante de aquel cuadro. Su inteligencia era buena, y la capacidad en su trabajo estaba indemne. Las frecuentes reyertas conyugales y el empeoramiento de la eyaculación precoz que siempre había tenido, fueron los determinantes de una nueva consulta. Radicando esta vez en la ciudad, aceptó de inmediato el análisis cuatro veces por semana. Llevaba seis meses de análisis cuando sucedió la sesión que tomo, muy esquemáticamente, como ejemplo de este tipo de interpretación.

Hacía pocas sesiones que espontáneamente se recostaba en el diván, al que abandonaba cuando se angustiaba mucho. Esta vez llegó como de costumbre y empezó a relatar el último conflicto conyugal. Su tono fue *in crescendo*, empezó a delirar, diciendo que es engañado, amenazaba con matar a la esposa y suicidarse después, o con irse del hogar a vivir con otra, etc. Se levantó de pronto y comunicó que tuvo fugazmente una alucinación: Estaba en un estado de gran angustia y rabia, e intercaló que ¡corno era posible que yo estuviera tranquilo!

Hasta aquí, muy brevemente el material clínico que podría ser

comprendido e interpretado desde muchos ángulos y en relación con sesiones previas. Por ejemplo, en términos de relaciones de objeto: que trataba de hacerle a la esposa, activamente, lo que sentía sufrir pasivamente. O, en términos de supresión de material y apoyo de defensas compulsivas: que la realidad le constataría de lo erróneo de sus celos, coadyuvando a su estado actual la tensión del trabajo. Pero en términos de estructura y transferencia, se le mostró, en síntesis, que trataba de inundarme de tensiones, haciéndome contemplar un cuadro terrorífico que alguna vez le fue intolerable, agregando que, cuando esto sucedió, su capacidad o habilidad para soportar estas tensiones era muy pobre a diferencia de la que yo tenía, y que deseaba él poseer. Como se puede ver, se le devolvió, en la interpretación, al paciente, en su momento oportuno y globalmente, la estructura que me solicitaba y de la que él carecía, en palabras accesibles provenientes de su propia expresión, dejando, además, el estímulo para traer recuerdos traumáticos y la convicción, por actitud, no por convencimiento, de un juicio de realidad intacto. Este tipo de interpretaciones se me han hecho, en mi práctica analítica, las más operantes en este tipo de pacientes y en momentos vivenciales álgidos en donde, a diferencia de los psiconeuróticos que exacerbaban síntomas menos regresivos, en éstos, surgen elementos innegables de la gama psicótica.

RESUMEN

Se discute la ventaja práctica de mantener la denominación de pacientes "fronterizos". Se señalan, en estos pacientes, los defectos de la estructura yoica, su tendencia al "acting out" y la necesidad simbiótica de elegir uno o varios "donadores de Yo" entre las personas de su ambiente. Se trata de la indicación de psicoterapia reconstructiva o de psicoanálisis. Se estudian dos lineamientos técnicos: la rigidez y firmeza de los parámetros, y las interpretaciones, en términos de estructura. Con un breve ejemplo clínico se aclaran estos conceptos.

BIBLIOGRAFÍA

1. ARIETI, S.: The Stormy Personality. En "Interpretation of Schizophrenia". R. Brunner Pub. New York. Págs. 74-79. 1955.
2. BOYER, B.: Comunicación personal. Trabajo leído para discusión en la Asociación Psicoanalítica Mexicana. 1958.
3. FAIRBAIRN, "W. R. D.: Las estructuras endopsíquicas consideradas en términos de relaciones de objeto. Rev. de Psicoanálisis. Vol. V. Págs. 346-395. 1946.
4. FENICHEL, O.: Teoría psicoanalítica de las neurosis. Ed. Nova y Asociación Psicoanalítica Argentina. Buenos Aires. 1957.
5. FREUD, S.: La iniciación del tratamiento. Obras Completas. Torno II, Ed. Bibl. Nueva Madrid. 1948. 1913,
6. FREUD, S.: La pérdida de la realidad en las neurosis y las psicosis. Obras Completas. Tomo II. Ed. Bibl. Nueva. Madrid. 1948. 1924.
7. GLOVER, E.: The Technique of Psycho-Analysis. Int. Univ. Press. New York. Pags. 84 y 304. 1958.
8. KNIGHT, R.: Borderline States. En "Psychoanalytic Psychiatry and Psychology". Int. Univ. Press, Inc. New York., Págs. 97-110. 1954.
9. KNIGHT, R.: Management and Psychotherapy of the Borderline Schizophrenic Patient. En "Psychoanalytic Psychiatry and Psychology". Inst. Univ. Press. Inc. New York. Págs. 110-123. 1954.
10. MENNINGER, K.: La Teoría de la Técnica Psicoanalítica. Ed. Pax y Asoc. Psicoanalítica Mexicana. México, 1960.
11. RACKER, H.: Estudios de Técnica Psicoanalítica. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1960.

“Cuando el hombre, abandonando el culto del verdadero Dios, cayó en la idolatría, los primeros dioses que adoró fueron los astros: eran los objetos que impresionaban más vivamente sus sentidos, y que ejercían sobre él la influencia más activa y mas continua. La melancolía religiosa fue considerada como dependiente del curso de los astros, y su periodicidad fortalecía esta creencia. Los alienados fueron llamados "maniacos", de la palabra luna, lune, de donde los griegos formaron "maniaco"., tocado por la luna, y los latinos "lunáticos", denominación conservada en Inglaterra y en Francia en el lenguaje vulgar.”

Esquirol: "Des Maladies Mentales", París, 1938.

Dr. José Remus Araico
Paseo del Río # 111, Casa 20
Fortín Chimalistac
Coyoacán 04319
México, D. F.
Tels. y Fax 56-61-07-67 y 56-61-36-50