



ÁREA 3. CUADERNOS DE TEMAS GRUPALES E INSTITUCIONALES (ISSN 1886-6530)

HEMEROTECA

“SIN TI, NO SOY NADA”, una perspectiva psicoanalítica y grupal de los Trastornos Límite de la Personalidad ¹

Rosa Gómez Esteban²

1.- INTRODUCCIÓN

El trastorno límite de la personalidad es el más frecuente entre los trastornos de la personalidad, su prevalencia ha aumentado en los últimos años por los cambios sociales y familiares, entre ellos, los valores que fomentan la dependencia de los sujetos.

Referente a la epidemiología, afecta al 2% de la población general, al 10% de los pacientes atendidos en los Centros de Salud Mental, al 20% de los ingresados y al 50% de los hospitalizados por trastornos de personalidad. Se diagnostica tres veces más en mujeres que en hombres, se inicia en la época de transición de la adolescencia a la edad adulta, entre los 18 y los 22 años, siendo raro su diagnóstico más allá de los 40 años.

Los trastornos límite se refieren a un campo intermedio entre la Neurosis y la Psicosis, es una patología que presenta fenómenos clínicos muy diversos, desde los más cercanos a la neurosis hasta los que son propios de la psicosis. En la literatura científica, se han considerado dentro del campo de la esquizofrenia, de las psicosis y de los trastornos afectivos, se han pensado como una patología de la personalidad o como una estructura específica que rompe la bipolaridad entre Neurosis y Psicosis.

¹ Publicado en *Experiencias terapéuticas grupales*, Emilio Irazábal Martín y Mariano Hernández Monsalve (Coords.), Editorial Grupo 5, Madrid 2013

² Rosa Gómez Esteban, Psiquiatra, Presidenta de la Sección de Psicoterapia de Grupo AEN, Didacta y Supervisora clínica de FEAP. Docente Área 3. Correo: rosagomezesteban@gmail.com

Las dificultades para la clasificación de estos pacientes las observamos en las diferentes denominaciones que han tenido a lo largo del siglo XX, desde que en 1910 Pelmann les denominara borderline. Bleuler, “esquizofrenia latente”; Kraepelin, “personalidad excitable”; Kretschmer, “temperamento mixto cicloide-esquizoide”; Rorschach, “esquizofrenia latente”; Schneider, “personalidad lábil”; Freud, “neurosis mixtas”; Reich, “carácter impulsivo”. Stern, “grupo límite de las neurosis”; Deutsch, “personalidades como si”; Odier y Guex, “neurosis de abandono”; Zilboorg, “esquizofrenia ambulatoria”, Hoch y Polatin, “esquizofrenia seudoneurótica”; Henry Ey “esquizeurosis”; Bion, “psicosis borderline”, Fenichel, “casos marginales”; Bleger, “personalidad ambigua”; Balint, “falta básica”, y “caso fronterizo” en Winnicott. Green, “psicosis blanca”, Kernberg la denomina “organización borderline” de la personalidad y Bergeret “organización límite”, entre otros.

En 1980, la Asociación Americana de Psiquiatría, incluye el Trastorno límite de personalidad en el DSM- III y en el 90, en el DSM IV. En 1992 la clasificación europea, CIE 10, lo denominará Trastorno inestable de personalidad. Se describe a los pacientes por la dificultad para aceptar las separaciones, la falta de integración de los impulsos y emociones, la incapacidad de postergar el acto, las conductas impulsivas y autolesivas para evitar el abandono real o imaginado. Asimismo por graves conflictos en las relaciones interpersonales, inestabilidad y trastornos depresivos del ánimo, trastornos en la identidad, en la imagen corporal, en la alimentación y consumo de sustancias.

Lo fundamental es hacer un diagnóstico diferencial, de estructura/funcionamiento, si se trata de neurosis o de psicosis. Por su sintomatología se puede confundir con otros trastornos de personalidad, la depresión grave, los trastornos alimenticios, el consumo de sustancias y, dentro de las psicosis, con los bipolares II. Para la psiquiatría clásica estos padecimientos serían proclives a la comorbilidad, que se incrementa al elevar los síntomas a diagnósticos de trastornos.

2.- APROXIMACIÓN AL CONCEPTO “BORDERLINE” / “LÍMITE”.

2. 1.- Desde Freud hasta la inclusión del término en el DSM III (1980). Escuela Kleiniana de psicoanálisis.

Los autores psicoanalíticos, a lo largo del s. XX han predominado en el estudio de este controvertido concepto, desde que Kraepelin denominara estos pacientes “personalidades excitables” y les describiera como impulsivos, con inestabilidad del ánimo y de las relaciones interpersonales, con ira intensa y actos autolesivos, y Freud, les denominara “neurosis mixtas” e hiciera referencia a la similitud de mecanismos defensivos de estos pacientes neuróticos graves con los psicóticos, diferenciándolos en que los primeros tenían un yo más integrado.

La denominación “borderline” ha sido utilizada por la mayoría de los autores (Eisenstein, Wolberg, Greenson, Stone, Erikson, Bion, Wolf, Schmideberg, Khan, Modell, Jacobson, Little, Giovachini, Grinker, Zetzel, Rosenfeld, Searles, Steiner, Rey, y Spitzer), Kernberg habla de “organización borderline” de la personalidad, concepto en el que incluye otras patologías de la personalidad. El término “límite” ha sido utilizado por menos autores, entre ellos, Stern, Bellak, Green, Bergeret y Gunderson, aunque es la terminología más actual, al incluirla el DSM en su clasificación (“Trastorno Límite de la Personalidad”).

Dentro del campo psicoanalítico kleiniano, se ha considerado una psicopatología:

- a - cercana a la esquizofrenia (por la mayoría de los autores, Zilboorg, Fenichel, Hoch y Polatin, Knight, Bychowsky, Katan, Henry Ey, Bion, Bellak y Schneider, entre otros).
- b – incluida en los trastornos afectivos (Merenciano, Jacobson, Bergeret, Easser, Lesser, Stone, Donald Klein, Gunderson...). En esta línea Akiskal, desde el campo psiquiátrico, propondrá la denominación “psicosis borderline maníaco-depresiva”.
- c- una entidad independiente (Schneider, Glover, Wolberg, Wolf, Schmideberg, Modell y Frosch...)
- d- una patología grave de la personalidad (Schneider, Kernberg, Deutsch, Gunderson...)

En 1923, Schneider les denomina “personalidad lábil”, destaca los cambios bruscos de humor, las oscilaciones de ánimo irritable-depresivo y la inestabilidad social de estos pacientes. Refiere que son perezosos e inconstantes en sus relaciones sociales, y con reacciones violentas ante lo que parecen estímulos insignificantes. Reich, en 1925, describe el “carácter impulsivo” es un grupo límite entre los pacientes leves y graves, se caracterizan por el predominio de la agresión infantil, la intensa ambivalencia, los cambios bruscos de humor, el narcisismo primitivo y las perturbaciones del superyó. Glover, 1932, considera los casos límite como una forma intermedia entre la posición esquizoparanoide y la depresiva descrita por Klein.

Stern, en 1938, es el primer psicoanalista que otorga un status formal al concepto de “personalidad límite”, es un estado de indefinición, son sujetos que no se han podido incluir en las neurosis, ni en las psicosis. Les describe con las características siguientes: narcisismo, hipersensibilidad, rigidez física y emocional, frecuencia de reacciones negativas en el tratamiento, sentimientos de inferioridad, masoquismo, uso de mecanismos proyectivos, dificultad para evaluar la realidad y pérdidas puntuales de la misma.

A continuación, hago una reseña de las principales aportaciones, siguiendo la investigación de Fernández Guerrero y agrupándolas en períodos cronológicos.

2.1.1. Período de 1940-1970

Zilboorg, 1941, les denomina “esquizofrenia ambulatoria”, son sujetos sin grandes manifestaciones clínicas, con un pensamiento poco realista, relaciones muy superficiales y un funcionamiento sin objetivos en la vida. Intensas pulsiones agresivas y una ansiedad, que no es percibida como miedo, sino como rabia, agresividad interna y violencia. En ellos se observa aislamiento social, carencia de relaciones y sentimientos íntimos. Deutsch, 1942, en las “personalidades como si”, señala la superficialidad y la tendencia imitativa, son pacientes que muestran al observador una sensación de vacío y falta de vida. Para Millon, este concepto le parece más un precursor del trastorno esquizoide, ya que hay una falta de empatía con el otro.

Fairbairn, 1942, describe modos de funcionamiento psíquicos específicos del límite, intensidad del vínculo con las figuras primarias, dependencia de objetos externos, angustia por su pérdida. Fenichel, 1945, habla de “casos marginales”, son personas que sin tener una verdadera psicosis, presentan rasgos y mecanismos de tipo esquizofrénico. Tienen emociones inadecuadas, ya sea por la falta de emoción o accesos emocionales repentinos e incomprensibles. Odier, 1948, y Guex, 1950, señalan el miedo en estos pacientes, el primero, a la soledad y, el segundo, al abandono, que serán patognomónicos en las clasificaciones actuales. Las denominan “neurosis de abandono” porque predomina la angustia de abandono, son pacientes que no conciben mantener una relación sólo fusionarse, con frecuencia abandonan antes que ser abandonados. Hoch y Polatin, 1949, les denominan “esquizofrenia pseudoneurótica” y describen la ansiedad que inunda la vida de los pacientes, una ansiedad generalizada y polimorfa, una ansiedad difusa que se muestra con todos los síntomas conocidos de la neurosis.

La mayoría de los autores hacen referencia a la gravedad de estos pacientes y a la debilidad e inmadurez del yo (Knight, Bychowski Greenson, Wolf y Schmideberg). Eisenstein, 1951, parece ser el creador del término “borderline”, considera que son pacientes frágiles, sujetos que se presentan a un nivel neurótico, con intensa ansiedad, depresión, fobias, obsesiones, compulsiones, pero con rasgos psicóticos, con la presencia de rasgos paranoides, sentimientos de rechazo y despersonalización,. Wolberg, 1952, describe los rasgos psicológicos de los estados límite: susceptibilidad, intensidad de los afectos, facilidad para sentirse abandonados y rechazados, ansiedad, depresión, culpabilidad, masoquismo, relaciones de objeto en las que busca controlar y ser controlado y necesidad insaciable de atención.

Knight, 1953, les denomina “borderlines” y considera que padecen una organización psíquica con graves deficiencias. Fragilidad del yo, predominio de impulsos pulsionales desintegradores, vacío interior, bloqueo, afectos inapropiados, dispersión de la atención y el pensamiento, significaciones paranoides y, a veces, trastornos del lenguaje. Erikson, 1956,

describe la desconfianza básica, el aislamiento, la incapacidad para la realización de actividades y falta de autonomía. Wolf, 1957, señala que, a diferencia de los trastornos esquizofrénicos, no pueden vivir sin el objeto. Bion, 1957, les denomina “psicosis borderline”, la considera resultado de un defecto importante en el desarrollo de las relaciones objetales tempranas.

Bellak, 1958, como Zilboorg, utiliza el término “esquizofrenia ambulatoria”, estos pacientes tienen dificultades en las relaciones interpersonales, inconstantes, incapaces de querer a otros, irritables, desconfiados, dependientes, pasivos, síntomas que se exacerban ante la separación de figuras significativas. Schmideberg, hija de Klein, 1959, define a estos pacientes como de “estable inestabilidad”, les describe con relaciones objetales superficiales, dificultad para identificarse y aprender de los otros, falta de empatía, sentimientos de vacío interior, estados emocionales intensos, trastornos del carácter, toxicomanías destinadas a luchar contra ese vacío.

Los autores psicoanalíticos investigan los mecanismos defensivos que utilizan los pacientes límite: escisión, negación, devaluación/idealización e identificación proyectiva. Algunos añaden la fragmentación y la somatización. Khan, 1960, los denomina “casos borderline” y señala la urgencia por descargar los afectos, dependencia de los demás., necesidad de exteriorizar y actuar sus experiencias pasadas y dificultad para tolerar la ansiedad. Modell, 1963, lo considera un diagnóstico estructural no sintomático, un grupo homogéneo e independiente de otras patologías. plantea que “el hambre de objeto”, deja ver los afectos en toda su intensidad. Paz, 1963, señala al fronterizo como la personalidad neurótica de nuestro tiempo, en su etiología presupone la existencia de sucesos traumáticos infantiles, el yo es débil e inmaduro, está alterado por las relaciones perturbadas con sus objetos tempranos.

Frosch, 1964, considera que el diagnóstico borderline debería abandonarse y delimita una entidad clínica independiente que denomina “el carácter psicótico”. Jacobson, plantea que en la patología límite se dan introyecciones e identificaciones patológicas que producen alteraciones en la identidad y en las relaciones interpersonales, y volubilidad en los estados de ánimo durante la adolescencia. Para Esaser y Lesser, 1965, son pacientes inconstantes, irresponsables, con rechazos y fracasos en sus relaciones interpersonales, cuyas rupturas se siguen de aislamiento, depresión y rasgos paranoides, con poco control emocional y tendencia a la acción y la depresión.

Little, 1966, ubica la patología borderline en la imposibilidad de establecer la unidad básica, ya sea por enfermedad de la madre o del niño. Bleger, 1967, les denomina “personalidad ambigua”, en ellos predomina la indiferenciación, presentan un déficit de discriminación e identidad, es una personalidad vacía de interioridad y de exterioridad, da la impresión de un comportamiento inauténtico, vago, desorientado e inconsistente. Balint,

1968, describe la “falta básica” en estos pacientes, , son sujetos que sienten un gran vacío, un hueco en su interior, son personas que solo han establecido relaciones diádicas, en ellos no hay conflicto entre instancias, no hay oposición interna entre pulsión y defensa. Winnicott, 1968, usa el término “caso fronterizo” cuando el núcleo de la perturbación es psicótico, utiliza indistintamente esquizoide y fronterizo, destaca la disminución de la capacidad para estar solo. Grinker y colaboradores, 1968, definen el “síndrome borderline”, con cuatro características: rabia como afecto único y esencial, relaciones anaclíticas y dependientes, identidad inconsistente y una depresión más caracterizada por la soledad que por la culpa o la vergüenza.

2.1.2. Período 1970 a 1990

Kernberg, en la “organización borderline de la personalidad” constata una difusión de la identidad, los aspectos contradictorios del sí mismo y de los otros no están integrados. Como consecuencia de estas carencias, el paciente tiene autopercepciones contradictorias, una visión pobre de los otros y una experiencia subjetiva de vacío crónico. El miedo intenso al abandono es debido a la incapacidad para desarrollar un sentido interno del otro consistente y permanente, por eso vive las relaciones con los demás con una sospecha paranoide. El Trastorno límite de la personalidad es una forma grave del carácter patológico, cuyas características fundamentales son tres: difusión de la identidad, afectos extremos e impulsividad. Mientras que Kernberg señala la importancia del conflicto, Kohut desarrolla una teoría del déficit, propone un modelo de trauma detenido, una experiencia subjetiva de vacío secundaria a un self inadecuadamente desarrollado. Mahler, 1971, considera que estos pacientes no han podido superar la fase de separación-individuación con la madre, no han podido individualizarse, ni mantener un yo independiente, ni llegar a la cuarta etapa del desarrollo, que denominó constancia objetal.

Bergeret, 1972, describe “la organización límite” como un fracaso en el proceso de estructuración del psiquismo, habla de organización y no de estructura al considerarlo como un fallo en la constitución del psiquismo integrado, lo que da lugar a un modo desorganizado del carácter. En su libro, “La personalidad normal y patológica”, define estos cuadros, que se caracterizan por la “aestructuración”, como estados en los límites de la neurosis y de la psicosis. Son sujetos con dificultades para tratar la pérdida y para inscribirla en la vida psíquica, lo que les conduce a una dependencia anaclítica que no soporta la separación, por eso entran en crisis emocionales graves cuando existe una amenaza real o fantaseada de pérdida de estas figuras. El síntoma básico de estas organizaciones es la depresión, lo que abre la perspectiva de su inclusión en los Trastornos Afectivos. En esta organización no hay angustia de castración como en la neurosis, ni angustia de fragmentación como en la psicosis, lo que existe es una angustia de pérdida de objeto, una angustia depresiva que hace que el yo se deforme, pero que no se despedace.

Gunderson, 1975, describe en estos pacientes, la afectividad intensa, en forma de depresión o de hostilidad, la historia de acto impulsivos, las experiencias psicóticas breves, el rendimiento pobre y las respuestas extrañas en test estructurados como el Rorschach. Asimismo, las relaciones interpersonales que oscilan entre la superficialidad y la intensa dependencia, caracterizada por la devaluación, manipulación y demandas excesivas. Stone, 1977, lo considera una variante de los trastornos afectivos, basándose en el perfil diagnóstico de los familiares, y da mucha importancia a los abusos parentales en la génesis del trastorno. Señala la frecuencia de incesto real en las historias de estas mujeres, más de la mitad de los casos hospitalizados las habían padecido.

Rosenfeld, 1978, considera que la característica básica de los fenómenos borderline es el estado de confusión, también destaca la aparición de una psicosis de transferencia en el tratamiento. Consta que estos pacientes han sido privados en la infancia, tanto física, como emocionalmente, han tenido una madre ausente, incapaz de hacerse cargo de los sentimientos del bebé, lo que genera rabia y agresividad en el niño. Steiner, 1979, al igual que Glover, 50 años antes, propone que los pacientes borderline funcionan como si estuvieran entre las posiciones esquizoparanoide y depresiva apuntadas por M. Klein. Searles, 1979, insiste en la importancia de la contratransferencia en los pacientes borderline, debido a la intensidad de sus emociones, a sus demandas excesivas y al precario equilibrio entre la neurosis y la psicosis. De ahí las dificultades para cuidarse a sí mismos, las vivencias de vacío o terror de aniquilación, o las autoagresiones e intentos de aferrarse a los otros en las situaciones de separación.

El trastorno borderline se reconoce oficialmente en el DSM III, en 1980, Spitzer y colaboradores incluyen dos categorías: el trastorno esquizotípico que corresponde a lo que antes se denominaba esquizofrenia borderline y el trastorno límite de personalidad, similar a lo que denominaron borderline autores como Kernberg y Gunderson. La CIE 10 lo denominará "Trastorno de inestabilidad emocional", con dos tipos diferenciados: impulsivo y límite. Fonagy en la década de los 90, plantea que las situaciones traumáticas reales, con peligro de integridad física o psicológica tienen un papel etiológico fundamental en el desarrollo de este trastorno, el niño crece con lo que denomina "miedo a mentalizar", que es la incapacidad para la percepción de los otros y de sí mismos, ya que tomar conciencia de los sentimientos o intenciones del otro puede ser peligroso.

2.2. Escuela Lacaniana y otros autores psicoanalíticos en nuestro país (1980-2010).

La clínica psicoanalítica, en contraposición a la gran diversidad de los diagnósticos de las clasificaciones psiquiátricas, ha reconocido además de la perversión dos grandes estructuras clínicas, la Neurosis y la Psicosis. En la clínica estructuralista de Lacan, en el sujeto hay o no inscripción del Nombre del Padre. En el primer caso, se produce la Neurosis, con su mecanismo específico, la "represión", y, en el segundo, la Psicosis, con el mecanismo

denominado “forclusión”. En la segunda clínica de Lacan, la clínica borromea, plantea que todas las estructuras tienen un agujero en el centro, que denomina “forclusión generalizada”, siendo el significante del “Nombre del Padre” quien hace el anudamiento de los tres registros, Imaginario, Simbólico y Real. Para la Escuela lacaniana, estos pacientes se incluirían en las “psicosis ordinarias”, que son psicosis no desencadenadas, que muestran alteraciones propias de la psicosis, como los trastornos del lenguaje y otros.

Algunos autores dentro de la misma plantean la hipótesis de si es una estructura clínica intermedia entre los dos grandes cuadros de la Neurosis y de la Psicosis, junto a las perversiones. La tercera estructura clínica correspondería a la borderline/límite e incluiría numerosas patologías que se atienden cotidianamente en las consultas, como plantea Colina. En esta estructura intermedia, incluye patologías diversas: las neurosis que en realidad son psicosis; las falsas psicosis que disfrazan con sus síntomas exagerados una estructura neurótica, como las locuras histéricas; las psicosis ordinarias con sus distintas construcciones arbitrarias del lenguaje o extravagancias extra-discursivas; las psicosis latentes, incipientes, las personalidades esquizoides y esquizotípicas. Todas estas figuras clínicas, según el autor, se oponen al intento clasificatorio de reducir todo a la bipolaridad, neurosis vs psicosis.

El autor señala que en los trastornos límite hay un problema para gestionar el deseo, si el obstáculo es intenso el sujeto puede tomar soluciones extremas: fabricar el deseo con el consumo de sustancias, abandono en la depresión, que está siempre presente en estos desórdenes y, por último, suplir el déficit de deseo por la liberación de cualquier gesto pulsional. Este triángulo de consumo de tóxicos, tristeza e impulsividad define las respuestas psicológicas de los trastornos límites, con episodios de actividad acelerada.

Otros autores que están trabajando en nuestro país son: Espina, Caparrós, Fernández Guerrero, García Bernardo, Goya, Hernández Espinosa, Leal, López Herrero, Pedreira y Pereña, entre otros. Caparrós describe a estos pacientes en una compulsión a la repetición, en ellos observa la desintrincación pulsional con una excesiva presencia de la pulsión de muerte, tendencia a la actuación, estructura masoquista del yo e incapacidad importante de elaboración. Fernández Guerrero plantea que en estos pacientes hay un rechazo a la mentalización, son sujetos que en la infancia contemplaron el odio y la crueldad en sus personas significativas. Debido a ello, crecieron con miedo a comprender los estados mentales, repudiando toda conciencia de sentimientos y aislándose emocionalmente del ambiente, interpretando la realidad en base a sus sentimientos, aún a costa de transformar la realidad.

Para Goya serían “psicosis ordinarias”, psicosis sin desencadenar que han conseguido que algún elemento les estabilice y sigue a Lacan, cuando señala que en estas patologías hay un “desabonamiento del inconsciente”, un desenganche del Otro, por ello la dirección de la

cura ha de dirigirse a apuntalar el sujeto. Hernández Espinosa la diferencia de la organización defensiva del narcisismo patológico y plantea que mientras que los narcisistas tienden a atacar el vínculo y reafirmarse en la autosuficiencia narcisista, los borderline anhelan y buscan el vínculo. López Herrero et al sugieren que si en ellos prima la autoreferencialidad, la significación personal, se han de enmarcar dentro de las Psicosis.

Leal, en el trabajo con estos adolescentes, plantea que presentan tempranas experiencias de vulneración que dejaron una clara huella traumática. Son sujetos que no tienen lugar, con serios problemas identitarios y con una compulsión a la repetición de fracasos vividos tempranamente, ya sean abandonos o agresiones. Adolescentes que sienten gran dolor y vacío por la imposibilidad de elaborar la ausencia e internalizar figuras aseguradoras. Pedreira, en este ámbito, puntúa sus características: polimorfismo clínico, labilidad de los cuadros sintomáticos, rigidez de las formas de comportamiento, evolución incierta y coexistencia de mecanismos inmersos en otras estructuras más definidas.

Pereña les denomina “Trastornos del límite” y en el encuentro con estas pacientes, al igual que en nuestro grupo terapéutico observa la pregunta *¿Quién soy?* Considera que en esta patología no actúa la represión como operación de desplazamiento y de separación, no hay separación entre representación y afecto, no hay límite interno. Describe sus características: inestabilidad, dificultad para amar, soportar la soledad y la ausencia del otro, intolerancia a la pérdida, insensibilidad, superficialidad, carencia de intimidad, dependencia física y relación confusa con los otros. Este autor propone la tesis de que en estos sujetos hay una nula o frágil operatividad de la represión inconsciente y, por tanto, una falta de vida inconsciente, lo que dificulta la creación de un mundo íntimo que establezca una distancia subjetiva con el otro, lo que da el rasgo de inestabilidad. Las defensas de esta patología son muy primarias y nombra “denegación” a la más significativa, es una defensa que pretende borrar todo suceso, es una huida de la experiencia porque lo sucedido está demasiado cerca de lo traumático y desprovisto de elaboración interna.

3.- ANÁLISIS DEL DISCURSO GRUPAL

La psicoterapia psicoanalítica grupal con estos pacientes surge por numerosas razones: la importancia de la psicoterapia en el tratamiento de estos pacientes, el interés del grupo psicoanalítico en patologías graves, las limitaciones de la psicoterapia individual en los Servicios de Salud Mental públicos. Por otro lado, la importante prevalencia de suicidios en esta población constituida mayoritariamente por jóvenes, los frecuentes ingresos hospitalarios y el porcentaje alto de gestos suicidas. Asimismo por la evidencia científica de la menor eficacia y mayores efectos secundarios con los psicofármacos, el seguimiento irregular en el tratamiento y el frecuente uso de los servicios sociosanitarios con un alto

abandono de los dispositivos para el tratamiento específico de estos trastornos, lo que supone un alto coste personal, familiar y socioeconómico.

Los objetivos del grupo, a corto plazo, eran disminuir los intentos autolíticos, las hospitalizaciones, las urgencias sanitarias, las conductas adictivas, gastos excesivos, promiscuidad sexual y la abstinencia o el menor consumo de tóxicos y psicofármacos. Los objetivos, a más largo plazo, eran además de la mejora sintomática, lograr algunos cambios en la estructuración psíquica, teniendo en cuenta que la vía de entrada al inconsciente en estos pacientes son más los afectos que los sueños. Con el dispositivo grupal terapéutico se ofrece un espacio para que los pacientes pongan en palabras su malestar, su sufrimiento, sus actos y sus síntomas, el grupo les permite poner palabras a los afectos, reconocerlos y discriminarlos, poder pensar, elaborar y vincular estos actos, afectos, y síntomas con las relaciones con los otros.

Las pacientes que se incluyeron eran todas mujeres, con una clínica grave y muchos conflictos familiares, laborales y sociales. La tendencia al “acto” era común en todas ellas, habían realizado numerosos gestos e intentos de suicidio, algunos de ellos habían requerido ingreso en la UVI. Estos “actos” nos mostraban el dolor y el sufrimiento que tenían en sus vidas y su incapacidad para controlar las emociones abrumadoras que les hacía autolesionarse.

El grupo quedó constituido por 10 mujeres entre 25 y 35 años, duraba una hora y media y, se realizaba en los Servicios de Salud Mental de Alcorcón, en la Comunidad de Madrid, se trabajaba en co-coordinación. En este trabajo me centro en seis problemáticas centrales que han surgido a lo largo del proceso grupal:

1. Historias infantiles con graves situaciones traumáticas
2. Compulsiones e intentos de suicidio
3. Agresividad y rabia
4. Afectos: angustia y tristeza
5. Trastornos en la identidad y en el vínculo social
6. Síntomas psicóticos

3.1. Historias infantiles con graves situaciones traumáticas.

El rasgo más destacado es la violencia sufrida en la infancia en el grupo familiar, casi un tercio de las pacientes habían sufrido abusos sexuales de la familia y/o amigos. La violencia suele ser ejercida por la figura paterna, referían un padre con mala relación con la madre, violento, alcohólico o con patología mental, una de ellas relataba la escena de su padre cogiendo de la camiseta a la madre, a la que intentaba tirar por la ventana, otra

describía las palizas que le daba a su madre y a ella cuando llegaba borracho, el hecho violento más grave es el de una madre que mata con un hacha al padre, la única madre diagnosticada de esquizofrenia, no conocemos si en un momento delirante y/o como respuesta a la violencia del padre. Por otro lado, describen a sus madres con rasgos muy parecidos a los suyos, impulsivas, demandantes, autoritarias, caprichosas e inestables. Son madres que, frente a sus intentos de separación, responden con depresión, reproches y potenciando las conductas de apego, que desconocen sus necesidades de separación e individuación y manipulan sus afectos culpabilizándolas.

El maltrato físico y/o psíquico ha marcado sus experiencias interpersonales, algunas han quedado fijadas en una posición de objeto, de abuso, incluso sexual, por parte de las personas significativas. Este maltrato va a influir en el proceso de simbolización del sujeto, en una defensa para no pensar que las personas que le deberían proteger y amar, le causan daño y dolor. La posición de estas pacientes de ser objetos del maltrato del otro, va a marcar sus relaciones con el mundo. Con frecuencia relatan estas experiencias maltratantes, tanto de sus relaciones del pasado como de las actuales, con los compañeros y profesores del colegio, con los amigos y, ya en la vida adulta, en sus relaciones de pareja y familiares.

Las pacientes reproducen en la transferencia estas experiencias penosas y displacenteras, parecen sufrir este retorno de lo doloroso, pero un examen atento también muestra que hay una búsqueda activa de estas situaciones. Manifiestan las relaciones diádicas víctima-agresor que el paciente ha internalizado en su pasado, pero reconocen actuar en el aquí- ahora como víctima o agresor de forma alternante y en un estado de intensa carga afectiva.

Se observa una identificación con los padres en estas conductas de maltrato, hacen una repetición de las penosas experiencias sufridas en la infancia, ya fuera con el padre, la madre o los hermanos. Las intervenciones de las coordinadoras respecto a esta problemática apuntan a reconocer el sufrimiento padecido en estas relaciones de su infancia, para posteriormente señalar las identificaciones con estas figuras paternas tan ambivalentes. En una compulsión a la repetición, como descubriera Freud, ya de adultos, tratan de devolver este maltrato a los otros, desde la coordinación señalábamos la importancia de reconocer estas identificaciones simultáneas con la víctima y el agresor para no seguir actuándolas y encontrar estrategias de relación menos sufrientes y maltratantes, menos sado-masoquistas.

Nuestros señalamientos también apuntaban al consentimiento en el maltrato actual y hacíamos preguntas acerca de los sentimientos que permitían aceptar ese maltrato. Entre las respuestas que elaboraron fueron, su masoquismo, su incapacidad para soportar la soledad, sus carencias afectivas y los intensos sentimientos de culpa. Como coordinadoras hacíamos un reconocimiento de este sufrimiento y de sus sentimientos, apoyando la

posibilidad de hacer otras elecciones diferentes en el aquí-ahora. Unas elecciones que no pasaran por ser como los padres y, de este modo, dejar de repetir las experiencias que tanto les hacen sufrir. Manifestar sus identificaciones con las figuras de maltrato les ha permitido hablar de sus vivencias caóticas internas: “no ser”, “no ser nada”, “ser una mierda”. Se identifican con esa “nada”, con esos significantes que les dieron las figuras paternas: *“tú no vales nada”*.

En las relaciones familiares, además de los abusos y maltratos, se observa una relación de intensa dependencia. Los propios padres tienen tantas dificultades para separarse de los suyos, como para aceptar la separación de sus hijos. Estos padres boicotean el proceso de independencia y maduración de las pacientes, refiriéndose a la madre relatan: *“a mi madre le cuesta mucho separarse de todos nosotros”*. Esta dependencia de la figura materna en sus vínculos con los otros, es acorde con sus sentimientos de no vivirla como una figura de confianza y apoyo, de sentirla como una madre que no les ha protegido de las experiencias de maltrato y humillación, de una madre que no ha respondido a su petición de ayuda, por eso la describen como abandonica, negligente y culpabilizante. El reconocimiento del sufrimiento padecido en estas experiencias familiares y más en concreto en el vínculo madre-hija, les permite interrogarse: *“¿Esto es una madre?”*.

En la mutua dependencia del vínculo entre madre e hija, reafirmar la existencia para algunas, significa una lucha a muerte con la madre: *“o ella, o yo”*. Las pacientes oscilan entre el reconocimiento de la mutua dependencia a la negación de la misma, lo que precisó de algunos señalamientos de las terapeutas en la línea de que todos los seres humanos son dependientes y necesitan de los otros para vivir. A lo largo del proceso grupal, la coordinación ha apoyado la necesidad de salir de esa dependencia, de esa relación de intensa ambivalencia, de amor y odio, salir y mirar hacia fuera, hacia el mundo. Este cambio se muestra en el siguiente emergente: *“tenemos que trabajar duro para ser diferentes a ellos”*.

3.2. Compulsiones e Intentos de suicidio.

El “acto” más grave de estos sujetos es el suicidio, el 85% lo intentan, y el 10% lo realizan; este acontecimiento refleja el intenso sufrimiento de estas personas a lo largo de su vida. La evaluación de este riesgo es muy importante desde el inicio del vínculo, las conductas autolíticas tienen relación directa con los antecedentes de abusos físicos o sexuales en la infancia, en una proporción de diez a uno.

La angustia de separación es el origen del “acting out”, ésta es una forma de conducirse con la realidad que recurre a la acción, en vez de al pensamiento, es una forma de defensa que está subordinada a la pulsión de muerte. El suicidio, en las primeras etapas

del grupo, parece una forma de vida, es un comportamiento que expresa el deseo de agresión contra sí mismas y hacia los otros, una manera de liberarse de esas relaciones tan dependientes y sufrientes, pero también expresión de su masoquismo y necesidad de autocastigo.

En el grupo los gestos o intentos autolíticos se dan básicamente en situaciones de rupturas amorosas, frente al abandono. Ante la intensa angustia, es un “acto” que disminuye el intenso dolor psíquico, darse cortes en la piel les permite soportar el dolor psíquico insoportable, en estos cortes se expresa la necesidad de autocastigarse, parece que se revierte la pulsión de muerte, del deseo de agresión al otro al deseo de autocastigo.

Este masoquismo está unido al sadismo (“con mi novio me hago daño, estoy enganchada a él, pero luego trato de hacerle daño”). Este deseo de destruir al otro, lo observamos en la siguiente escena, una de ellas, al intentar tirarse por la terraza de un doceavo piso, estando colgada en el exterior, llamó al ex novio que acababa de dar por terminada la relación y le dijo que se mataba, que él tenía la culpa y que esperaba que toda su vida se sintiera culpable. Pero en esta llamada al otro consigue que el novio llame a los padres, quienes pueden poner límite a este deseo de muerte, de destrucción.

El grupo es un factor muy importante de contención para estas conductas autodestructivas (“*pensé en quitarme la vida, me acordé del grupo de terapia y me contuve*”). Si el riesgo de suicidio era alto planteábamos el ingreso, era un límite frente a estos deseos de suicidio que no se podían contener con el tratamiento grupal ambulatorio. En la actualidad ya no realizan gestos autolíticos, en el último año sólo una paciente ha requerido hospitalización, después del intento de suicidio de su madre alcohólica. A través de nuestra escucha hemos ido señalando la relación entre sus gestos e intentos de suicidio con las rupturas amorosas o situaciones de pérdida. Estos señalamientos les ha permitido reconocer estas causas en sus deseos de hacer daño al otro, deseos de destrucción que vuelven contra sí mismas.

3.3. Agresividad y rabia.

La agresividad es el segundo problema más difícil de abordar en el tratamiento con estas pacientes, en las primeras etapas, la agresividad de las pacientes nos hizo temer por la continuidad del tratamiento grupal, por eso el mantenimiento del encuadre es tan importante. Para Gunderson y Pereña, las conductas agresivas son debidas a la intolerancia a la soledad y a las vivencias de abandono.

Las dificultades en las relaciones actuales reactivan las experiencias penosas de maltrato y la necesidad de liberarse de las mismas. Las pacientes verbalizaron deseos

cruels y vengativos, sobre todo, hacia la figura materna, para después preguntarse: “¿Soy tan mala, como ella me dice?”, esta paciente ha tenido dos órdenes de alejamiento de la madre. Este interrogante permite a la coordinación preguntar acerca de su implicación en la escena de la que se queja y posibilitar a la paciente el reconocimiento de sus actos agresivos hacia la figura materna. Señalar su implicación y la pregunta acerca de si se puede cambiar la relación, permite hablar de los afectos cariñosos y de la dependencia hacia la madre, afectos que nunca habían sido puestos en palabras, ni reconocidos.

Esta agresividad también se manifiesta en los frecuentes actos de impulsividad: peleas, consumo de drogas, sexo promiscuo, atracones de alimentos y gasto en ropa, entre otros. El consumo impulsivo de drogas lo relacionan con la necesidad de calmar su intenso dolor psíquico, que reiteran es peor que el somático. Referente a la compulsión a comer, la mayoría presenta trastornos de la conducta alimenticia, en la actualidad atracones acompañados de vómitos autoprovocados, en la elaboración grupal e individual también los reconocieron como un acto agresivo dirigido hacia los otros y así mismas. Esta compulsividad se observa también respecto al sexo, mientras algunas buscaban activamente las relaciones sexuales, otras presentaban por el contrario, una intensa inhibición. El relato de estas experiencias les permitió reconocer y relacionar la promiscuidad sexual y los riesgos de la misma con su intolerancia a la soledad. A través del sexo trataban de encontrar el afecto del que se sentían carentes, buscaban compulsiva e indiscriminadamente la compañía, aceptaban a desconocidos para tener relaciones y, de ese modo, evitar los estragos de la soledad, pero con frecuencia lo que encontraban de nuevo, eran las relaciones conocidas, temidas e inconscientemente deseadas de maltrato.

3.4. Afectos: Angustia y Tristeza.

La angustia y la tristeza son los dos afectos centrales. En estas pacientes, el nivel de angustia es muy intenso y difícil de soportar, se debe a las dificultades en la simbolización de los afectos y sentimientos, éstos están dissociados de las representaciones que los producen. De la angustia, Lacan dice que es el afecto más importante, el afecto que no engaña. La fantasía de soledad genera gran angustia, se preguntan: “¿dónde voy sola?”, interrogante que es manifestado de forma angustiosa. En estos pacientes es nuclear, la intolerancia a la soledad, no soportan la pérdida de la percepción del objeto, no pueden representarlo en la ausencia, no es tanto la pérdida del objeto de amor, sino un inmenso vacío interior (“yo siempre me he sentido sola y necesito que llenen mi vacío”), los sentimientos de vacío son tan intensos que, en ocasiones, se sienten también en el cuerpo.

La tristeza tiñe sus vidas y muestra las dificultades con su deseo y su relación con el mundo. En el grupo expresan su desmotivación, cansancio, aburrimiento, apatía que puede llegar a la anergia, clinofilia que les hace estar por temporadas todo el día en la cama, siendo

el insomnio frecuente. Estos estados depresivos, se manifiestan con sensación de vacío interior, irritabilidad, necesidad de dormir y no vivir, no poder pensar, y, en las más graves, tendencia a la destrucción, abandono en ese sufrimiento, deseos de muerte e ideación y gestos autolíticos. La inestabilidad afectiva es uno de los criterios para el diagnóstico, Schmideberg habla de la “estable inestabilidad” como rasgo significativo de su carácter.

La angustia y la tristeza están en relación con su ambivalencia afectiva, que es un afecto que incluye el amor y el odio. La rabia, central en estas pacientes, la manifiestan en una relación inversa a la tristeza o a la depresión. Algunas pacientes han podido expresar sus sentimientos ambivalentes hacia si mismas y los otros, mostrar no sólo el odio, sino también el amor a sus figuras significativas, manifestar estos sentimientos ambivalentes de amor y odio que están disociados, facilita su integración y disminuye los temores de destruir al objeto.

3.5. Trastornos en la identidad y en el vínculo social.

Los problemas en la identidad del yo y las dificultades en las relaciones interpersonales son dos elementos muy importantes para confirmar el diagnóstico. Los procesos de identificación para la adquisición de la identidad están perturbados en nuestras pacientes, por ello se observa en situaciones de crisis, fenómenos de difusión de la identidad. En el grupo uno de los interrogantes centrales es la pregunta acerca de su identidad: *¿Quién soy?; ¿Cómo soy?*, preguntas expresadas en las neurosis, pero en estos pacientes formuladas con intensa angustia. Las identificaciones adquiridas durante la infancia son negativas, parece que no pueden rescatar nada positivo de los dichos de los padres, ellas “son” lo que el Otro significativo les ha dicho que “son”. Estas identidades negativas y confusas las relacionan con el maltrato psicológico (*“el maltrato psicológico es peor que el físico, te dicen tantas cosas negativas que al final no sabes quién eres”*). En el grupo reconocen esta precaria identidad, la fragilidad de su “ser” y el continuo temor a ser dañados por el otro. Estas identidades confusas se manifiestan en su obsesión por la imagen exterior, las dificultades en la identidad sexual (algunas habían tenido previamente relaciones homosexuales), los constantes cambios en relación a sus amistades, pareja, valores, elección de profesión, etc.

Las relaciones inestables con los otros están cargadas de afectos contradictorios, amor y odio, deseos de amor y rechazo, de ser amadas y rechazadas, son relaciones marcadas por la ambivalencia y la escisión de los afectos, en una idealización y desvalorización de los otros y de si mismas, son unas relaciones que bruscamente se pueden transformar de amorosas a odiosas, sin etapas intermedias, sólo por una mirada.

3.6. Síntomas psicóticos.

En nuestra experiencia se observaron experiencias disociativas y paranoides, que aparecieron de forma brusca y se resolvieron en días o pocas semanas, desencadenadas en situaciones de estrés y gran angustia. Las pacientes pueden llegar a la despersonalización con pérdida de coherencia del yo, fragilidad en el sentimiento de unidad y sensación de extrañeza. En el grupo, tres pacientes presentaron síntomas psicóticos, una de ellas había requerido tres ingresos involuntarios, tras la muerte de familiares cercanos, uno de ellos era un hijo. Sólo hemos observado fenómenos alucinatorios en una paciente, cuya madre estaba diagnosticada de esquizofrenia, paradójicamente, a pesar de estos antecedentes, es una de las que han logrado desde hace años una inserción laboral estable.

Para Paz el paciente fronterizo es un sujeto adaptado superficialmente, cuya aparente normalidad se desestructura en circunstancias difíciles, apareciendo la patología profunda. Presupone la existencia de sucesos traumáticos infantiles, una evolución benigna, con poca tendencia a los brotes psicóticos, si no se producen sucesos traumáticos posteriores, señala una transferencia diferente a la de los neuróticos y psicóticos.

4.- LA TRANSFERENCIA Y LA PSICOTERAPIA DE GRUPO.

Estos pacientes son graves, difíciles y tienen una afectación moderada a grave del funcionamiento social, laboral y familiar, hecho constatado por la mayoría de los autores y por nuestra experiencia clínica. Los autores también coinciden en el uso de mecanismos de defensa primitivos (escisión, negación, idealización e identificación proyectiva) y en la necesidad de modificar la técnica analítica, en una intervención más activa del analista y cara a cara, como señalaba Stern. En la misma línea, Bion propone sesiones psicoanalíticas cara a cara, en vez del diván, con un apoyo de las defensas más sanas y neuróticas porque la transferencia de estos pacientes es intensa y frágil. Stone hace referencia a la transferencia psicótica de estos pacientes graves, aunque no sean claramente psicóticos.

Se desaconseja la técnica clásica por la tendencia a las transferencias psicóticas y agresivas de estos pacientes, Caparrós recuerda que estos pacientes no pertenecen al entorno neurótico y señala su transferencia desorganizada, inconsistente e imprevisible con tendencia a la agresividad y frecuente paso al acto. Considera que las psicoterapias de estos pacientes están marcadas por los afectos y no por las representaciones, de ahí la frecuencia de la angustia, efecto de la pulsión de muerte. Es preciso estar atento a las frecuentes manifestaciones de la desintrincación pulsional, ya que cuando tiene lugar la primera consecuencia es la pulsión de muerte, lo que se traduce en la hegemonía de lo narcisista ante lo objetal, los ataques masivos a los vínculos y la desorganización de la estructura de su personalidad; las heridas narcisistas son frecuentes, por causas que en lo manifiesto parecen

nimias. Para Rosenfeld, la transferencia psicótica de esos pacientes repite las experiencias infantiles frustrantes de forma dramática y expresan el deseo de elaborar los problemas infantiles con el analista.

Aunque he trabajado con grupos terapéuticos en diversas patologías neuróticas y psicóticas, ésta ha sido para mí la patología más difícil de tratar, debido a la conflictiva vida interior de estas pacientes que es puesta en acto en el grupo terapéutico. En el tratamiento la relación del paciente con el profesional es central, este vínculo en el grupo terapéutico se complejiza al tener que coordinarse la problemática de varias personas. En esta patología, la transferencia es muy fuerte, masiva, inestable, contradictoria, ambivalente, plena de actuaciones y afectos intensos. Durante la primera etapa, la presencia/ausencia de los integrantes muestra las relaciones difíciles con el otro, una relación en la que es muy difícil mantener la constancia y el compromiso con el encuadre grupal. El paciente muestra constantemente esta inestabilidad, impulsividad, descontrol, estos afectos y sentimientos intensos y contradictorios hacia las terapeutas, las compañeras y el grupo.

La transferencia es muy difícil, plena de actuaciones, en las que pone en riesgo la vida. También de afectos muy agresivos, que precisan de mucha paciencia, buena formación y gran contención del profesional, a lo largo del tratamiento. Por estas circunstancias, la transferencia del profesional hacia estos pacientes también tiene mayor complejidad, en la primera etapa, la mayor dificultad son los reiterados gestos, amenazas o intentos de suicidio que generan angustia y temor en el profesional por el posible riesgo de muerte del paciente. Estos afectos se intensifican si el riesgo de suicidio se da en varios pacientes simultáneamente, ya que además son manifestadas en presencia de varias personas y no en la privacidad de la consulta.

En la transferencia manifiestan su alta exigencia, su demanda perentoria en la relación con el otro, su petición continua de atención y la intolerancia a la frustración que se muestra con gran agresividad e impulsividad,. Asimismo, los intensos afectos y sentimientos, sobre todo, de odio, ira, rabia y envidia, aunque más adelante al disminuir éstos podrán expresar también su amor. La relación transferencial es problemática porque a la transferencia del paciente, se une la del profesional, que puede ser más intensa, si no está apoyado por la institución. La transferencia de éste puede ser de irritabilidad, frente a la alta exigencia y demanda, de angustia, frente a los intentos autolíticos, con manifestación de fantasías y deseos de finalización del encuadre. Asimismo, sentimientos de rechazo ante las actitudes negativistas del paciente o de cansancio ante el exceso de responsabilidad al delegar éstos la misma. A su vez, deseos de protección por el gran desamparo y vulnerabilidad del paciente, compasión y pena por el sufrimiento crónico motivado por sus historias infantiles traumáticas. Malestar y desconcierto ante la idealización y desvaloración de la que es objeto o sentimientos contradictorios generados por los intensos sentimientos de amor/odio del paciente. Añadiéndose mayor complejidad por los singulares mecanismos

defensivos de esta patología, además de la escisión y negación, la “identificación proyectiva”, en la que los aspectos intolerables del yo se proyectan sobre el terapeuta. Para Grinberg, esta dificultad puede resultar de gran utilidad, como señala en el mecanismo que denomina “contraidentificación proyectiva”, ya que permite vivenciar las proyecciones de las ansiedades y fantasías psicóticas del paciente, lo que posibilita conocerlas y contenerlas.

En los momentos más difíciles, el profesional puede perder la “neutralidad”, la distancia terapéutica, por ejemplo, en actuaciones agresivas graves o cuando se tratan temas problemáticos, como son las bajas laborales o los informes de incapacidad laboral. Temas que han de trabajarse adecuadamente para no caer en la complicidad con el paciente y éste consiga beneficios secundarios por la enfermedad. Estas cuestiones pueden ensombrecer el pronóstico, más difícil hoy por la grave situación económica. También, si por la falta de compromiso o elaboración, la puesta de límites lo vive sólo como un rechazo. Hay que tener en cuenta que los pacientes “límite” al temer mucho el abandono de sus objetos, ellos mismos “actúan” para provocar el rechazo de los otros, antes de sentirse abandonados.

Para que el profesional pueda lograr una distancia adecuada en el tratamiento de estos pacientes es fundamental priorizar la formación, el análisis y los espacios de supervisión. Cuando la formación no es la pertinente y no se da una distancia terapéutica, el profesional puede hacerse cargo de las demandas del paciente y enfermar en el ejercicio de su profesión. Por ello, la discusión clínica en los equipos de salud mental es central y, si no es posible hacerlo, al menos compartir con algún compañero las vicisitudes de la relación.

Las dificultades en la transferencia con estos pacientes, también se manifiestan en su relación con el encuadre y el grupo, observamos una alternancia de la presencia/ausencia de las pacientes, sobre todo, en los momentos que realizan algún cambio, en la idea de que la ausencia parece mostrar la negación de dicho cambio. Estas ausencias también marcan el reverso de su intensa dependencia y su intolerancia a la soledad. Estas negaciones y escisiones hacen muy difícil el tratamiento grupal en esos períodos, en los que se precisa, más que nunca, que el grupo y el terapeuta esté ahí, manteniendo el encuadre, la presencia y la escucha. En una presencia, a veces silenciosa, que puede ser difícil, por los deseos de destrucción del paciente que se manifiestan de manera más aguda en los momentos de cambio. Uno de ellos es el cambio que supone dejar la posición de “victimización” y mantener o lograr una posición en el mundo, por ejemplo la actividad escolar o laboral. También cuando se plantean ser más autónomas y cuidarse a sí mismas. En estos momentos pueden explicitar sus actitudes más regresivas, la total dependencia de las figuras parentales, que se dan también actualmente en algunos períodos. Episodios en los que precisan ser alimentadas, levantadas de la cama, acompañadas para salir a la calle, relacionarse con los otros, iniciar unos estudios o una relación laboral.

La intensa dependencia y los sentimientos ambivalentes hacia las figuras parentales se transferían en el aquí-ahora del grupo hacia las profesionales y compañeras. Afectos y sentimientos que intensificaban ante cambios imprevistos del encuadre (que fueron excepcionales) o ante la insatisfactoria respuesta entre ellas, en el tiempo intergrupalo. Estos temores y fantasías de ser abandonadas por el otro, se manifestaban con frecuencia tanto en el ámbito grupal como en las escasas relaciones sociales que tenían. Asimismo en las conductas repetitivas de búsqueda de pareja, con la certeza inicial de que van a ser abandonadas, y, en esa compulsión a la repetición, en la que ellas participaban activamente, este hecho se producía. Una de las funciones más importantes para el profesional es la escucha de estos temores y fantasías,. Al avanzar el proceso, además de la escucha se interviene con el interrogante acerca de su implicación en las situaciones en las que se han sentido o han sido abandonadas. A través de preguntas y señalamientos, algunas han podido reconocer que, con frecuencia, ellas mismas provocan el abandono o, persisten en la actitud de no pedir ayuda, para no salir de él.

En el grupo unas a otras pudieron observarse en sus continuas demandas, su necesidad constante de atención, sus reproches al otro por su negligencia, sus actitudes exigentes que provocan el rechazo y el abandono de los otros y las continuas decepciones en sus relaciones amorosas o de amistad. Las terapeutas señalaron que estas decepciones también eran provocadas por las altas expectativas que tenían hacia el otro, en una idealización que posteriormente se seguía de descalificación, en una ambivalencia de sentimientos que hacía también al otro muy difícil la relación por esos sentimientos tan extremos. El grupo les ha permitido observar, primero en los otros, las conductas agresivas, dependientes y manipuladoras, para poder observarlas e intentar aceptarlas después en sí mismas. En el proceso grupal pudieron reconocer un menor abandono a actitudes masoquistas graves que agravaban los conflictos y que generaban situaciones caóticas y desestructurantes en su vida.

Nuestras intervenciones difieren en función del momento del proceso, al principio más de apoyo y validación de su sufrimiento y sentimientos. Se realizan preguntas, señalamientos, apoyo a la elaboración y confrontaciones, poco a poco, se introducen interpretaciones. Con nuestras intervenciones tratamos de señalar la posición del sujeto, su participación en las escenas de las que se queja, y en las que se siente víctima. Este reconocimiento y validación de sus sentimientos les permite expresar sus sentimientos de amor y de odio, tanto hacia los otros como hacia sí mismas.

Es importante establecer una relación de confianza, ya que por sus experiencias previas, tienden a la desconfianza y susceptibilidad. Nuestras intervenciones tratan de establecer una asociación entre sus intensos afectos y las experiencias vividas. Esta confianza sólo se consigue después de establecer una buena relación terapéutica, lo que les permite conseguir un sistema defensivo más consolidado y enfrentar las experiencias

traumáticas. Tratamos de relacionar su intensa angustia, su inestabilidad afectiva, sus deseos autodestructivos con estas carencias afectivas, con las vivencias traumáticas de la infancia y el intenso temor al rechazo y abandono de los otros. Relacionar las actitudes, comportamientos, actuaciones y los síntomas con sus sentimientos de odio, rabia, culpa, desesperanza o envidia, vincularlos a sus relaciones interpersonales, actuales o del pasado. Ayudarles a reflexionar acerca del sentido de sus conductas y síntomas, mostrar su sufrimiento y el que generan a los otros. También pensar acerca de las consecuencias de sus actos, que en un círculo continuo hacen su vida insostenible, lo que influye en sus deseos de muerte.

La estimulación de la actitud reflexiva, la reducción de la tendencia a la escisión, y el establecimiento de límites sobre el comportamiento destructivo, permitió que fueran a urgencias voluntariamente cuando se presentara ideación autolítica, y no pudieran controlarla. La elaboración y metabolización de sus intensos afectos se facilita al vincularlos a las experiencias vividas, al señalar que éstos han sido negados y escindidos, son intervenciones que potencian el pensamiento reflexivo y disminuyen las acciones impulsivas. El proceso grupal les permite pensar que sus conductas tienen motivaciones internas, tanto en sí mismas como en los otros, lo que les posibilita una menor escisión y mayor integración de los aspectos positivos y negativos de uno mismo y de los otros. Este hecho es fundamental porque en la falta de integración es donde pone Kernberg lo nuclear de la patología límite. Estas elaboraciones son de gran interés porque disminuyen los mecanismos defensivos más patológicos y las ansiedades más confusionales y desintegradoras.

En el proceso grupal se genera una mayor tolerancia a los afectos, lo que permite el reconocimiento de la agresividad, la rabia, la ira y aquellos otros afectos que están inhibidos. El reconocimiento de los mismos les hace menos vulnerables, menos ansiosos y con menores sentimientos de culpa. El apoyo a sus palabras y la comprensión de estos afectos les permite disminuir la dependencia de los otros. Aunque el camino sea largo, en el grupo han referido que su vida es menos caótica, que han empezado a pensar y controlar mejor sus afectos, que han disminuido sus conductas impulsivas y han mejorado la convivencia familiar. Como efecto de esta mejoría han empezado a pensar una vida que merece la pena ser vivida, sin tener que recurrir a actos que la destruyan. Una de las funciones de los terapeutas es ayudar a la elaboración de situaciones que suponen pérdidas, ya que se observan muchas dificultades para la elaboración del duelo en estas pacientes. Estas elaboraciones son muy importantes ya que permiten mejorar los síntomas, disminuir la impulsividad, inestabilidad, los accesos de rabia y el comportamiento suicida.

Nuestras intervenciones se centran en el funcionamiento actual y en los problemas de relación interpersonal, se trabaja el aquí-ahora, incorporando del pasado lo que se movilice por lo actual. El análisis de las transferencias positivas y negativas posibilitan un yo más integrado capaz de experimentar la culpa y la responsabilidad, Y, por otro lado, una

mayor síntesis del objeto, gracias a la mitigación del odio por el amor que, a su vez, disminuye la envidia y los impulsos destructivos. Se apunta a la responsabilización de sus actos, ya que un aspecto importante de la vida es asumir responsabilidades, y estas pacientes las han depositado en los otros. En el grupo reconocen la tendencia a establecer vínculos inestables y reflexionan sobre el riesgo que ello conlleva y, a su vez, fantasear vínculos más estables y seguros que les permita salir de la permanente inestabilidad en la que viven. Esto les permite establecer relaciones interpersonales más estables en el ámbito familiar y laboral. El reconocimiento de su inestabilidad y la posibilidad de establecer relaciones más estables con los otros, evitando relaciones compulsivas y de riesgo, les permite posicionarse de una manera distinta. Este viraje es importante por sus fuertes creencias de que el cambio es imposible y de que su único destino es la enfermedad.

El grupo coordinado con metodología analítica-operativa tiene gran interés porque les ayuda en su precario proceso de simbolización, de ahí sus pulsiones desintrincadas, sus continuos “actos”, sus problemáticos afectos y relaciones interpersonales tormentosas. El grupo les posibilita unir estos afectos desligados, a las representaciones que los producen, la mayor estructuración de su personalidad permite que, poco a poco, estos sujetos puedan establecer relaciones íntimas con los otros, lo que les ayudará a generar su propia intimidad y la separación del otro.

En esta psicoterapia grupal, la transferencia hacia el terapeuta no se fomenta, se dirige hacia la tarea y se devuelve al grupo, lo que genera, por un lado, la disminución de la intensidad de la transferencia hacia el terapeuta y, por otro, que pueda diversificarse entre los diferentes miembros del grupo. Estas diversas transferencias generan identificaciones múltiples, la resonancia afectiva es un mecanismo fundamental que favorece la toma de conciencia y el control de los impulsos agresivos, ya sean auto o heteroagresivos. El interés de las intervenciones de los compañeros es que producen menores resistencias y ansiedades que cuando son realizadas por el terapeuta. En el grupo encontramos numerosos factores terapéuticos, los señalaremos en las conclusiones, por ello algunos autores consideran la terapia grupal más eficaz que la individual con estas pacientes.

Con el proceso grupal se ha mejorado el pronóstico, la sintomatología grave ha disminuido, en los dos últimos años sólo se ha producido la hospitalización de la paciente más grave en la Unidad de Psiquiatría. Los intentos autolíticos y consultas al servicio de urgencias del hospital, en este período, se dieron en ésta y otra paciente. En la última coincidiendo con la manifestación de sus abusos sexuales y, en la primera, con el intento autolítico de la madre. Por otro lado, las relaciones familiares e interpersonales se han suavizado y algunas pacientes han logrado incorporarse al mercado laboral o reanudar los estudios.

Todos los estudios coinciden en el alto abandono de los tratamientos, nosotras dimos en la primera etapa un alta temporal por agresiones de una paciente a otra. Durante ese tiempo se la atendió en entrevistas individuales, pero al no poder aceptar su alta temporal, volvió a agredir a otra paciente fuera del grupo, para a continuación pedir cambio de terapeuta. Recientemente, años después, se ha dado el alta temporal de dos semanas a las dos pacientes más graves, decisión compartida entre las terapeutas y los integrantes, en una preciosa elaboración, en la que pudieron hablar de las intensas necesidades afectivas de ambas, en la alta exigencia hacia el otro, en el rechazo que estas actitudes provocan en los demás, en su descontrol de impulsos, también efecto de la provocación del otro, y, en la necesidad de pensar en los motivos de sus actos. Ambas pacientes habían estado implicadas en el conflicto inicial, la primera, provocando el actual, señalada anteriormente por su hospitalización, la segunda, quien había proferido las amenazas, tenía antecedentes de intentos de suicidio que requirieron UVI y una estructura claramente psicótica, muy paranoide y autoreferencial.

Es importante realizar una evaluación lo más rigurosa posible, hacer un diagnóstico estructural, además del psiquiátrico y valorar el momento de la incorporación, sobre todo, cuando la gravedad es mayor. Los terapeutas han de cuidar mucho el encuadre, ya que estas pacientes muestran sus dificultades para vincularse y desvincularse depositándolas en el encuadre. En el primer período, si en alguna sesión grupal trabajaban bien, en la siguiente aparecía la mitad de las pacientes. Las dificultades con la separación, se observaban al final del encuadre temporal anual, a mediados de julio, los dos últimos días del grupo, cuando se iba a realizar la despedida y la valoración del trabajo realizado en el año, en ambos días, asistían la mitad de las integrantes, faltaban las pacientes más graves.

Los resultados satisfactorios observados en la evolución clínica de las pacientes, y los menores costes económicos, por el menor número de hospitalizaciones y urgencias, no ignoran la otra cara de la realidad, la gravedad de esta patología y la necesidad de un tratamiento prolongado en los Servicios de Salud Mental o en Unidades específicas para las pacientes más graves. En este aspecto, el grupo es una apuesta, como espacio de palabras, para tomarse distancia de la agresividad y evitar que las consecuencias más dramáticas se produzcan. Es un modo de cuidar a estos sujetos de una agresividad que les puede costar la vida, ya que es la patología mental que produce mayor número de suicidios. Es preciso abordar esta problemática, porque además de la pérdida de vidas, supone abandonar a personas que son muy vulnerables y tienen muchas limitaciones para hacer un vínculo social. Asimismo sobrecargar a las familias, que terminarán recurriendo a las instituciones sociosanitarias, con los costes personales, familiares, económicos y sociales que ello supone.

Para lograr mejores resultados es fundamental el apoyo institucional, éste es imprescindible para que los terapeutas puedan enfrentarse a las dificultades del proceso terapéutico con estas pacientes. Sería deseable que el tratamiento de los pacientes

diagnosticados de Trastorno Límite de Personalidad contara con más recursos en los Servicios de Salud Mental y que hubiera programas específicos para su atención, en los que se incluyera el trabajo supervisado con las familias. Estos programas han de estar en coordinación con los recursos de hospitalización total y parcial, comunidades terapéuticas y dispositivos de rehabilitación. Dentro de este Programa proponemos priorizar el grupo terapéutico, coordinado con metodología psicoanalítica- operativa, ya que ha demostrado ser de gran utilidad para estos sujetos.

5.- CONCLUSIONES

1. El Trastorno Límite de Personalidad es una patología grave, la psicoterapia psicoanalítica grupal ofrece buenos resultados, ya que disminuye los intentos autolíticos, las hospitalizaciones, las urgencias sanitarias y las conductas adictivas.

2. La transferencia de estos pacientes es desorganizada, inconsistente, inestable e imprevisible con tendencia a la agresividad y frecuente paso al acto. Este hecho apunta a la necesidad de que los coordinadores reflexionen conjuntamente o en supervisión acerca de sus propias transferencias hacia los pacientes, para que éstas no se actúen y obstaculicen el proceso terapéutico.

3. La psicoterapia de grupo tiene numerosos factores terapéuticos de gran interés, de ellos, señalar:

- el grupo disminuye las “actuaciones” de los pacientes, sobre todo, las que suponen un riesgo para su vida. También las actuaciones violentas, contra sí o los otros, para evitar el recuerdo de las experiencias dolorosas.

- el grupo funciona como espacio de pertenencia, contención y apoyo social, hecho fundamental en estas pacientes que, en general, no han tenido un grupo familiar estructurante y contenedor.

- el grupo es un espacio de simbolización, reflexión y análisis, posibilita la elaboración individual y grupal, el análisis conjunto de los comportamientos, actuaciones, afectos y de las relaciones interpersonales tan conflictivas de estas pacientes.

- el grupo funciona como diversificador de los movimientos transferenciales entre los terapeutas y los miembros del grupo, lo que disminuye las transferencias masivas de la psicoterapia individual sobre el terapeuta, tan difíciles de trabajar.

- el grupo es facilitador de una novedosa función para los pacientes, que podríamos denominar “terapia complementaria”, que definiríamos como la acción terapéutica que ejercen unos pacientes sobre otros y que complementa la ejercida por el terapeuta.

- el grupo permite un mayor reconocimiento y aceptación de la realidad, que es tan problemática para estos pacientes.

- el grupo facilita la elaboración de los duelos, que no llegan a realizarse en estas pacientes, al ayudar al proceso de simbolización posibilita que éstos puedan tener un fin.

4. Es necesario que se implementen programas en los CSM para organizar el tratamiento de estas pacientes, en coordinación con los recursos sanitarios y sociales de la zona. El grupo terapéutico, coordinado con metodología psicoanalítica-operativa les permite apropiarse de una dolorosa historia, amortiguar los mecanismos defensivos patológicos y conseguir una mayor integración de sí mismo y de los otros, lo que les posibilitará a largo plazo, un sentido de sí mismos y una identidad.

6.- BIBLIOGRAFÍA

BERGERET. J., La personalidad normal y patológica, Barcelona, Gedisa, 2001.

CAPARRÓS SÁNCHEZ, N., "Perspectiva psicoanalítica del tratamiento de los trastornos de personalidad, Rev. Clínica y Salud , 2007, vol.18, nº 3: 363-380.

CERVERA, G.; HARO, G.; BOLINCHES, F., "Clínica, diagnóstico y orientación terapéutica del Trastorno Límite de personalidad" en Cervera, G.; Haro, G.; Martínez Raga, J., Trastorno Límite de Personalidad, paradigma de la comorbilidad psiquiátrica, Panamericana, Buenos Aires, 2005.

COLINA, F., Melancolía y paranoia, Ed. Síntesis, Madrid, 2011

ESPINA, A., "La parte psicótica de la personalidad en el fronterizo (borderline), Clínica y Análisis grupal, 1990, vol. 12, nº 53: 65-84.

FERNANDEZ GUERRERO, M^a J., Trastorno límite de personalidad, Salamanca, Amarú Ediciones, 2007

FREUD, S., El problema económico del masoquismo, y Recuerdo, repetición y elaboración, Obras completas., Biblioteca Nueva, 1972.

GABBARD, G.O., "Enfoques psicodinámicos de los trastornos de la personalidad" en Trastornos de la personalidad, Rev. Focus, 2006: 9-13.

GARCÍA BERNARDO, E., "Tratamiento psicoterapéutico de los Trastornos Límite de Personalidad" en Rev. Clínica y Salud, 2007, 3: 347-363.

GOMEZ ESTEBAN, R., "Psicoterapia Psicoanalítica de grupo en los Trastornos Límite de Personalidad" en Psicoanálisis en lo Social y lo Político, AEN, Estudios, 2009.

GUNDERSON, J., Trastorno límite de la personalidad, Buenos aires, Ars Médica, 2002.

HERNÁNDEZ ESPINOSA V., "Clínica del Síndrome borderline", XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría, 299-306.

KERNBERG, O., Desórdenes fronterizos y narcisismo patológico, Barcelona, Paidós, 1979.

KERNBERG, O., Trastornos graves de personalidad, México, Manual Moderno, 1999.

LEAL RUBIO, J., "Adolescencias vulneradas: perspectivas éticas de la continuidad de cuidados, en Adolescencia: conflicto y decisión, Instituto Borja de Bioética, Barcelona, 2008.

LINEHAN, M., (1993) Manual de tratamiento de los trastornos de personalidad límite, Barcelona, Paidós 2003.

LÓPEZ HERRERO, L.; GONZÁLEZ LUCAS, E.; LINARES ÁLVAREZ, L.; “A propósito de los trastornos límite”, Rev. AEN, 2008, 102: 269-281.

MOLINA RAMOS, R., ET AL, “Trastorno límite de la personalidad” en Trastornos de personalidad, BENNASAR, M. ET AL, Ars Médica, Barcelona, 2004.

MOSQUERA BARRAL, D., Diamantes en bruto: un acercamiento a los trastornos límite de personalidad, Madrid, Pléyades, 2004.

PAZ CARRILLO, C.A., La realidad en las estructuras borderline, XIX Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría, pp: 307-317.

PEDREIRA MASSA, J.L., “La reorganización estructural en la adolescencia: ¿Hacia una comprensión psicopatológica de los trastornos borderline de la personalidad?, on line.

PEREÑA, F., Denegación y límite, acerca de los llamados trastornos límites, Rev. AEN,103:7-35.

TIZÓN GARCÍA, J..L. Agresividad y organizaciones (psicopatológicas) de la relación con el funcionamiento límite, Intersubjetivo, 3 819: 5-28)

VVAA, Recorriendo los límites, guía práctica para familiares y pacientes con Trastorno Límite de personalidad.