

Abordajes psicoterapéuticos de los casos difíciles (I parte)

F. PALACIO ESPASA*

RESUMEN

En este artículo planteamos el problema de la psicoterapia en los casos difíciles entendiendo como tales lo contrario de los casos de indicaciones de consulta terapéuticas o de psicoterapias breves (padres-hijos o de tipo "focal"). Se dan ejemplos clínicos para ilustrar la hipótesis de que las intervenciones psicoterapéuticas breves pueden realizarse sobre todo en las organizaciones de personalidad de tipo neurótico o "paradepresivo". En las organizaciones *borderline* más o menos regresivas las posibilidades de construir un "foco psicoterapéutico central" se reducen y con ello la posibilidad de realizar una acción psicoterapéutica breve, aunque se puede intentar. En las organizaciones de la personalidad más regresivas con rasgos psicóticos infantiles autísticos o simbióticos, incluso la psicoterapia convencional encuentra grandes obstáculos, en particular reacciones terapéuticas negativas. PALABRAS CLAVE: psicoterapia, intervenciones psicoterapéuticas breves, personalidad neurótica, psicosis.

ABSTRACT

PSYCHOTHERAPEUTIC APPROACHES IN DIFFICULT CASES. In this paper we pose the problem of psychotherapy in difficult cases in contrast with those cases indicated for therapeutic interviews or brief psychotherapies (parents-child or "focal"). Several clinical examples which illustrate the hypothesis that brief psychotherapeutic interventions are attainable, above all, in neurotic or "para-depressive" personality organisations are given. In more or less regressive borderline organizations the possibilities of constructing a "central psychotherapeutic focus" and therefore of obtaining a brief psychotherapeutic action are reduced, though this may be attempted. In more regressive personality organisations, with infant psychotic autistic or symbiotic traits, even conventional psychotherapies encounter obstacles, particularly negative therapeutic reactions. KEY WORDS: psychotherapy, brief psychotherapeutic interventions, neurotic personality, psychosis.

RESUM

APROXIMACIÓ PSICOTERAPÈUTICA ALS CASOS DIFÍCILS. En aquest article ens plantegem el problema de la psicoteràpia en els casos difícils entesos com el contrari dels casos d'indicacions de consulta terapèutica o de psicoteràpies breus (pares-fills o de tipus "focal"). Es donen exemples clínics que permeten d'il·lustrar la hipòtesi que les intervencions psicoterapèutiques breus poden realitzar-se sobretot en les organitzacions de la personalitat de tipus neuròtic o "paradepressiu". En les organitzacions *borderline* més o menys regressives les possibilitats de construir un "focus psicoterapèutic central" es redueixen i amb això la possibilitat de d'operar una acció psicoterapèutica breu, tot i que és pot intentar. En les organitzacions de la personalitat més regressives amb trets psicòtics infantils d'autisme o simbiòtics, fins i tot la psicoteràpia convencional troba grans obstacles, en particular reaccions terapèutiques negatives. PARAULES CLAU: psicoteràpia, intervencions psicoterapèutiques breus, personalitat neuròtica, psicosi.

La indicación preferente de "consultas terapéuticas", intervenciones terapéuticas breves padres/niños y las psicoterapias individuales breves "focales" se da en las problemáticas neuróticas o depresivas no demasiado

graves "paraneuróticas" o "paradepresivas". En estas organizaciones psiconeuróticas o paradepresivas con una conflictualidad depresiva no excesivamente grave, la "focalización" sobre ésta y la interpretación de los senti-

* *Psiquiatra. Profesor de Medicina. Ex jefe del Servicio de Psiquiatría del niño y del adolescente, HUG. Ginebra.*
Correspondencia: francisco.palacio@medecine.unige.ch

Abordajes psicoterapéuticos de los casos difíciles (I parte)

mientos de culpa excesivamente importantes que derivan de fantasías narcisistas infantiles conlleva una mejoría muy rápidamente. Centrar el foco en la conflictividad depresiva revela y por tanto subraya implícitamente la importancia de los vínculos libidinales del individuo con sus objetos (personas significativas actuales y/o de su pasado). Este refuerzo libidinal facilita la alianza terapéutica y la receptividad con respecto al terapeuta y se traduce también en un invertir la vida mental: el individuo se expresa más a través de medios simbólicos tales como los sueños y los recuerdos y menos a través de manifestaciones sintomáticas, tal como veremos mediante el ejemplo clínico que resumimos a continuación.

Primera viñeta clínica

Se trata de un adolescente de 15 años, con buenos resultados escolares, deportista, que ha permanecido hospitalizado varios días tras un estado de pánico muy intenso y de episodios de aturdimiento, con temor a sufrir una crisis cardíaca y con sensación de muerte inminente. El adolescente había sufrido un desmayo con un descenso importante de la tensión arterial. Durante la hospitalización tenía mucho miedo a abandonar el hospital y presentaba varios síntomas somáticos, sobre todo cefaleas importantes que hacían que temiera por su vida.

En el hospital fue tratado con un ansiolítico y pudo volver a su casa con una cita con una psiquiatra-psicoterapeuta a la que se encomendó que valorara el conjunto de la situación familiar y, también, la psicopatología específica del muchacho de cara a una intervención psicoterapéutica.

La madre del joven fue una hija única criada en una familia de la alta burguesía muy convencional y muy exigente. Tiene una imagen muy idealizada de su padre, el cual sin embargo tenía que ausentarse a menudo debido a sus múltiples ocupaciones profesionales. Habría deseado tener una relación más estrecha y más afectuosa con él. Parece suplir esta carencia manteniendo una relación estrecha con su hijo desde el nacimiento de éste y proyectando sobre el niño la imagen de su propio padre. No quiso tener más hijos para poder mantener una relación exclusiva con su hijo.

En cuanto al padre, se siente también muy cercano a su hijo. Es también un gran deportista —practica el

deporte a un nivel de competición además de trabajar en un banco—, comparte con su hijo actividades deportivas, pero evita cualquier confrontación por temor a perder su afecto. De hecho, este padre tuvo un progenitor muy exigente con el cual tuvo conflictos muy frecuentes en su juventud. Por consiguiente, quiere evitar a cualquier precio tener conflictos con su hijo.

En la entrevista con el padre, la terapeuta descubre que la crisis de pánico y la hospitalización del muchacho se produjeron durante un periodo no habitual de vacaciones del padre. A consecuencia de haber participado en múltiples competiciones deportivas, el padre presentó un riesgo inminente de fractura del pie que le obligó a cesar toda actividad física. Esto le deprimió mucho, y por esta razón decidió irse solo de vacaciones durante dos semanas.

Cuando la terapeuta entrevista al muchacho, le ve hipomaniaco; practica múltiples actividades deportivas: fútbol, tenis, golf, etc. en las cuales destaca. Y consigue compatibilizar sus actividades deportivas con las exigencias de la escuela, pero a cambio de muchos esfuerzos. Desde la segunda entrevista, se apresura a informar a la terapeuta de las dificultades que tendrá para acudir regularmente a las entrevistas psicoterapéuticas. Quiere llegar a ser profesor de educación física y formarse para ello a nivel universitario, razón por la cual practica todos estos deportes.

Sin embargo, el día de la tercera entrevista le pidió al tutor de su curso que le dispensara de las clases de educación física de aquel día porque padecía intensos dolores de cabeza que podrían empeorar "saltando de puntillas", según dijo. Por lo demás, se quejaba de su madre que le acaparaba y le asfixiaba, impidiéndole practicar sus múltiples actividades.

En esta entrevista, la terapeuta le señala que quizá empieza a temer que las horas de las sesiones podrían interferir con sus actividades deportivas, en lugar que ayudarle a madurar y conseguir sus objetivos. Y añade: "Sobre todo teniendo en cuenta que estabas solo con tu madre en el momento que de la crisis de pánico y que estuviste ingresado en el hospital, porque tu padre se había marchado para ocuparse de sus problemas físicos". El muchacho parece interesarse por lo que dice la terapeuta y confiesa que se preocupó mucho por su padre desde el principio de este episodio y que sigue preocupado, a pesar de la mejoría. No se atreve a hablar de este tema con él. La terapeuta añade que tal vez pudo

sentirse culpable de la "derrota" física y psíquica de su padre con quien quizá rivaliza en el terreno del deporte. En este sentido, la crisis de pánico y las molestias físicas serían una forma de expiar su culpa con respecto a su padre "que se hundía" como él. Por otra parte, el hecho de mostrar su malestar (los dolores de cabeza) y de ser incapaz de seguir las clases de educación física hasta el punto de tener que pedirle permiso al tutor del curso —que es algo así como un padre en la escuela— para no asistir a sus clases, sería una forma de apaciguarle presentándose como un minusválido a nivel físico. Y termina diciéndole que la finalidad de las entrevistas era aclarar hasta qué punto el conflicto que la terapeuta acababa de describir había podido influir en los síntomas físicos y psíquicos, que persisten y que dieron lugar a la hospitalización.

El muchacho escucha con interés esta propuesta interpretativa. Su actitud "evitativa" de la segunda entrevista y del comienzo de esta sesión parece haberse transformado en alianza con el proyecto terapéutico cuando acepta la fecha de la sesión siguiente que propone la terapeuta. Antes de terminar señala, como una confirmación, que los dolores de cabeza que había vuelto a sentir otra vez habían desaparecido y que se sentía mejor. Sólo posteriormente la terapeuta empezó a trabajar con los padres.

Comentario

Cuando valoró la situación, la terapeuta, al proponer una psicoterapia, decidió no empezar a trabajar a nivel de cómo la problemática de los padres había contribuido a la del hijo. Veía no obstante muy claramente los conflictos de ambos padres. Pensaba que al abordar estos conflictos antes de haber consolidado la alianza terapéutica con el muchacho, y la actitud evitativa que mostraba a menudo, corría el riesgo de empujarle a una "huida a la curación" dadas sus defensas hipomaníacas.

Pero una vez establecida dicha alianza, el trabajo psicoterapéutico con el muchacho habría sido incompleto si la terapeuta no hubiera tratado con cada uno de los padres su contribución a aumentar la conflictualidad edípica del muchacho. Dado que la madre había convertido a su hijo en depositario de la imagen edípica idealizada de su propio padre, la búsqueda de intimidad y de exclusividad sólo podían reforzar las fantasías incestuosas de su hijo. Estas iban acompañadas de fantasías parricidas, o al menos de castración del padre, tanto física (fractura de esfuerzo) como psíquica (vacaciones for-

zosas). El padre había fomentado estas fantasías con su necesidad de tener una relación muy cercana con su hijo y con su dificultad para soportar las situaciones de rivalidad o de conflicto con él, con tal de evitar que se reprodujeran con su hijo los serios problemas que había tenido con su padre durante su adolescencia.

Segunda viñeta clínica

Nino es un gran matemático de unos 50 años, originario de Italia, donde vive y desde donde acude en avión *ex profeso* para ver si puedo ayudarle porque se ha enterado por sus amigos psicoanalistas de que había escrito el libro *Dépression de vie, dépression de mort*. Hace 5 años padeció un estado depresivo grave cuando su hermano menor falleció de un cáncer de páncreas. Durante el año anterior a su muerte, el hermano recibió múltiples tratamientos y él hizo mucho por ayudarle. Pero su estado depresivo empeoró hace dos años cuando otro hermano más joven debió tratarse de un melanoma maligno. El tratamiento del hermano parece haber tenido éxito pero Nino desarrolló una depresión melancólica grave. Desde entonces no pudo seguir trabajando, a pesar de que era un docente y un matemático muy creativo y notorio en su país. Empezó un tratamiento psicoanalítico que abandonó al cabo de unos meses y, a la vez, un tratamiento farmacológico antidepressivo, que tiene la impresión de que no le ayudó. Hace 4 meses inició un segundo análisis a razón de 3 sesiones por semana. Sin embargo le puso fin cuando su terapeuta anuló inesperadamente una sesión un miércoles, porque su hermano había muerto un miércoles. Nino empezó a sospechar que su terapeuta estaba seriamente enfermo y que había el riesgo de que anulara otras sesiones, lo cual el analista le confirmó. Inmediatamente abandonó el análisis por el miedo a acabar sumergido en el mismo pozo al que piensa que sus dos hermanos empezaron a arrastrarle. "Estoy en tal estado de catástrofe interna que relacionarme con un enfermo me haría estar todavía más enfermo; me desorganiza completamente. Así me sentía con mi hermano muerto cuando estaba enfermo, pues era muy destructivo tanto con mis padres como conmigo".

Nino se encuentra, pues, agobiado por un estado de ánimo melancólico con una terrible inhibición, sobre todo en el trabajo, en el que tenía una actividad profesional muy creativa. Vive a la espera de una catástrofe

Abordajes psicoterapéuticos de los casos difíciles (I parte)

inminente al menor imprevisto. "Tengo miedo de que la menor actividad pueda ser peligrosa y perjudicial para mi familia, mis alumnos, mis colegas". No ve más salida que la muerte o el suicidio, pero no quiere hacerle algo así a su familia.

Cuando se lo pregunto, dice que come y duerme muy mal porque tiene pesadillas espantosas, una de las cuales tiende a repetirse: va en coche con su familia y pasa por un puente que se hunde y toda su familia cae y muere y él queda vivo, consternado, y se percata de la catástrofe como si hubiera sido responsable de ella. Cuando me intereso por su pasado dice que es el primogénito de una familia muy numerosa; son 4 hermanos y es el único que estuvo todo el tiempo con sus padres a pesar de la grave depresión posparto debida a una hemorragia grave, que sufrió la madre al nacer él. Ésta –igual que el padre– había sido una gran matemática muy conocida, pero abandonó su carrera en cuanto nacieron los hijos. Por eso su hermana, que nació poco después que él, debería haber seguido los pasos profesionales de la madre, pero no lo consiguió. En cambio, Nino mostró desde muy pequeño una gran capacidad en la escuela y se ha sentido siempre un poco culpable con respecto a esta hermana. Pero la razón principal de la culpabilidad está en el hecho de que la hermana al nacer fue enviada a casa de los abuelos pues la madre deprimida no se sentía capaz de cuidar de los bebés, a pesar de que había en la casa una criada dispuesta a ayudarlo. Volvió a casa de los padres al nacer el hermano siguiente, el cual fue enviado a casa de los abuelos y volvió a casa al nacimiento del hermano siguiente. Y este manejo se repitió con los otros 5 hermanos. Nino recuerda que tuvo muchos celos de estos niños pues su llegada era objeto de una atención especial por parte de los padres y sobre todo de la madre.

Además, él mismo sólo ha tenido un hijo pese a los deseos de su cónyuge, porque temía que la llegada de otro ser fuera muy problemática, e incluso peligrosa, tanto para su hijo como para él, pero especialmente para su mujer que tuvo una ligera hemorragia cuando nació este hijo. Se siente tan próximo a este hijo como lo estuvo de su exigente padre, al que seguía incluso en sus actividades deportivas mientras que sus hermanos regularmente recibían de él palizas violentas.

Formulación de la defensa melancólica frente a una conflictividad depresiva (CD) "paradepresiva" grave y parcialmente neurótica. Le señalo que parece que se

paralizó porque tiene la impresión de que sus celos infantiles fueron –de forma omnipotente– los causantes de la muerte de su hermano, del cáncer del otro hermano, del fracaso profesional de su hermana, etc. En suma: de la catástrofe de su familia. Replica que en sus pesadillas es quien conduce el coche con el que la familia cae del puente. Le subrayo su profunda creencia infantil en su omnipotencia mortífera de tal modo que no puede sino pagar esta culpabilidad estando él mismo en un estado de ánimo de pasmo "mortal", incapaz de la menor actividad (identificación melancólica).

Le señalo que sólo podré verle como máximo una vez por semana y a veces una vez cada quince días, tres semanas. Le doy una nueva cita para la semana siguiente a la que llega capaz de sonreírme y sin la expresión de terror y de pasmo, si bien esta expresión reaparece en el curso de la sesión. Comienza diciendo: "Lo que Usted me dijo la última vez me impresionó mucho. Me he dado cuenta de hasta qué punto eran concretas mis imaginaciones infantiles. El sentimiento de que las fantasías matan, asesinan a la realidad... El año anterior estaba invadido por ideas de muerte cuando mi hermano murió, yo estaba como transformado por su muerte... Tenía la convicción de haber muerto yo mismo." ... "Yo había vivido la muerte, de ahí las ideas de suicidio" ... "Lo otro que Usted dijo es que tenía miedo de mí mismo y ¡es verdad!, por eso creo que me aparecía la imagen de mi padre muerto, ¡perdón!, ¡de mi hermano muerto!, delante de sus hijos y me decía que no puedo hacerle eso a mi hijo, que viera a un padre muerto, como los hijos de mi hermano han tenido ante los ojos la imagen de un padre muerto" (silencio).

Cuando se queda en silencio le pregunto si ha soñado y contesta: "he tenido dos sueños, en el primero había que reparar la armadura y el techo de mi coche, pero no me decidía a hacerlo. El segundo es repugnante. Andaba y cada vez que mi pie entraba en contacto con el suelo me estallaba la piel en diferentes puntos con explosiones malolientes de gas como si los esfínteres se me aflojaran. A la vez mi hermano que tiene el melanoma se me acercaba para agredirme y quería darme un cabezazo pero yo podía reunir fuerzas y pararle para mantenerle a distancia. Cuando supe que mi otro hermano tenía un cáncer también, me quedé "petrificado". Le señalo que en el segundo sueño parece sentirse portador de esa porquería "que sale de él al menor movimiento" (identificación melancólica que vira hacia la

persecución), "pero a pesar de eso Usted renunciaba a defenderse". Le subrayé que otorgarle una representación onírica a la defensa melancólica constituía una mejor elaboración de ésta, que le permitía distanciarse de esa imagen muy dañina que le ataca. Pero calificué la inhibición intelectual como un síntoma depresivo-neurótico. "Sin embargo, en el primer sueño Usted duda si reparar la armadura y el techo del coche, lo que parece hacer alusión a su capacidad intelectual abandonada porque la vive como una capacidad peligrosa y culpable". Habíamos llegado al final de la sesión y se fue pensativo.

Acordamos volver a vernos la semana siguiente pero telefoneó para anular la entrevista diciendo que la Seguridad Social Italiana (la Mutua) le había dicho que no tiene derecho a recibir ningún tratamiento en el extranjero. Sin embargo llamó 15 días más tarde diciendo que había sido un malentendido y que quería otra cita.

Un mes más tarde llegó muy comunicativo diciendo que un malentendido con la Mutua le había hecho cancelar nuestra última cita. No obstante después de haber salido de aquí había tenido dos sueños muy elocuentes que dijo haber interpretado él mismo. En el primero su hermana (a la que llama "la mayor" cuando sólo es más alta que él pues nació justo después) va a casarse y él se siente muy culpable de no haberle hecho un regalo. En el segundo sueño su madre está enferma, puede que de un cáncer. Sus asociaciones giran en torno a esta "hermana mayor" que debería haber sido la gran matemática de la familia y que no pudo nunca salir airoso de sus estudios... "Cuando yo en cambio tuve tanta facilidad" (pausa). Le pregunto cómo ha interpretado sus sueños. "Como una culpabilidad por superar a mi hermana. Sobre todo porque siendo niños yo quería mucho a un amigo de mi padre que era profesor de física y que me animaba a dedicarme a esta disciplina que estudié al mismo tiempo que las matemáticas, a la vez que mi madre intentaba disuadirme. En este sueño creo que expreso toda mi culpa para con las dos". Como se queda callado le señalo que el malentendido con la Mutua y el aplazamiento de nuestra cita parecen mostrar que tenía miedo de mí como su madre del profesor de física. Podríamos imaginar que es como si pensara que le empujaría a trabajar, dando por hecho que habíamos hablado de las dudas que tenía en el sueño en cuanto a si reparar el techo del coche. Todo parecía

mostrar efectivamente que vive su capacidad de pensar y de trabajar como un instrumento peligroso para su hermana y su madre. Fantasía fálica conflictiva a dos niveles:

1. De rivalidad edípica neurótica con su hermana.

2. Esta culpabilidad adquiere proporciones muy destructivas (conflictividad depresiva parapsicóticas) con respecto al cuerpo de la madre y sus bebés tal como se ve en sus pesadillas que se repiten y recurre a sus defensas melancólicas de las que está prescindiendo.

Llega ya sonriente a la siguiente sesión, dos semanas más tarde, diciendo que se ha acordado de detalles del sueño de la enfermedad de su madre, que se trataba de una grave infección de ovarios pero no necesariamente de un cáncer. Pero sobre todo se ha dado cuenta de hasta qué punto sufre una inhibición grave debido a sus sentimientos de culpabilidad por todo lo que les ocurre a sus hermanos y hermanas y hasta qué punto ha estado triste, sin ser consciente de ello, tras la muerte de su hermano. No obstante, se ha dado cuenta también de que si no puedo verlo más que cada una o dos semanas le va a costar mucho soportar la distancia entre las sesiones para continuar elaborando su trabajo de duelo. Por tanto ha contactado con un nuevo analista en la ciudad donde vive, que podría verle 4 veces por semana y con el que ya podría comenzar. Pero querría poderme telefonar en el caso de que se encontrara en una situación difícil o caótica como la que acaba de superar, lo cual acepto y se va muy agradecido.

Comentario

El ejemplo de duelo patológico con un grave y estable estado depresivo cercano al cuadro clínico de la melancolía ansiosa parecía muy difícil de abordar con una intervención breve, sobre todo tras el fracaso de los tratamientos farmacológicos y dos intentos de psicoanálisis que fueron aparentemente infructuosos. Sin embargo, al terapeuta le llamó la atención la capacidad del paciente para aproximarse de modo simbólico a sus intensas angustias catastróficas, dadas sus pesadillas repetidas de caída y de muerte de su familia en su coche desde el puente. Esto permitía pensar que había posibilidades de hacer conscientes sus muy intensos sentimientos de culpabilidad con respecto a sus hermanos y hermanas, y a su madre en función de sus celos infantiles. Dado que era el único niño que nunca fue excluido de la casa de sus padres, debió de sentirse responsable de la desaparición temporal de los demás (cánceres e

Abordajes psicoterapéuticos de los casos difíciles (I parte)

infecciones de ovarios de la madre). Esta situación y las graves depresiones posparto maternas debieron de reforzar la conflictividad depresiva –"paradepresiva"– de Nino amplificando sus fantasías con respecto al vientre de su madre y, por consiguiente, de muerte, sobre todo de sus hermanos y hermanas.

Tras haberse esforzado mucho por cuidar a su hermano cuando éste murió de cáncer, los intensos sentimientos de culpabilidad le llevaron a identificarse melancólicamente con el hermano muerto. Desarrolló un estado casi estuporoso que calificaba de "estado de muerte" y que se agravó cuando su otro hermano sufrió un melanoma maligno.

Hay que señalar que Nino movilizó y aligeró rápidamente sus defensas melancólicas y salió de su estado de estupor y pudo comenzar a pensar su experiencia psíquica. Esto parece debido al hecho de que la parte neurótica histérica de su personalidad ocupaba un lugar muy importante en su funcionamiento psíquico, lo que no hubiéramos podido suponer fácilmente en la primera entrevista a la vista de sus manifestaciones clínicas depresivo-melancólicas. Sin embargo, al señalarle interpretativamente sus enormes sentimientos de culpabilidad los desplazó rápidamente hacia la rivalidad fálica frente a sus hermanos y especialmente la hermana (y la madre) que se insinuaban en el sueño del coche en el que no se decidía a reparar la armadura (sic) y el techo.

A la luz de tales fantasías su enorme inhibición en cuanto a retomar su trabajo parece casi un equivalente histérico de autocastración; vivía su capacidad intelectual como un arma peligrosa y mortífera. De hecho, cuando esta problemática afloró en la segunda sesión, tomó la forma de una resistencia transferencial en torno al malentendido con la Mutua que había entendido que le impedía acudir a tratarse a Suiza. La anulación de nuestra cita que no tuvo lugar hasta un mes más tarde tuvo casi el valor de una "mini reacción terapéutica negativa". Parecía vehicular un temor inconsciente a cambiar y volver a trabajar demasiado pronto, cuando vivía su capacidad intelectual como un instrumento peligroso.

Con todo, él mismo tomó conciencia de sus resistencias mediante su autoanálisis de los dos sueños que tuvo después de la última sesión: el de su enorme culpabilidad por no haber hecho un regalo a su hermana que se casaba y el de la enfermedad de su madre, del que no recuerda los detalles hasta después de esta sesión.

En estas dos últimas sesiones, el proceso de duelo parecía haberse reemprendido. En concreto en la segunda sesión, cuando habló de su sentimiento de muerte interna en el momento de la muerte de su hermano y, a continuación, de sus ideas de suicidio y de su deseo de que su hijo no tuviera que enfrentarse con la imagen de un padre muerto como tuvieron que hacerlo los hijos de su hermano. Poco a poco vimos cómo su propia imagen se iba diferenciando y desligando de la de su hermano muerto y se daba cuenta de la enorme tristeza que sentía con respecto a su muerte al tomar conciencia de su intenso sentimiento de culpabilidad. Al principio de la sesión hablaba de cómo había comprobado que vivía con una precisión muy real las malas consecuencias de sus fantasías infantiles. Pero despachó muy deprisa el sueño de "reparar la armadura y el techo del coche" para concentrarse en lo que parece claramente la identificación melancólica con el hermano del cáncer de piel (con las emisiones cutáneas malolientes a cada paso que daba). En el sueño el hermano enfermo quería agredirle y darle un cabezazo pero él podía reunir sus fuerzas e impedirlo manteniéndolo a distancia. Esta toma de conciencia de su confusión con el hermano muerto o el hermano gravemente enfermo señalaron el principio de la diferenciación de Nino con estas imágenes de objetos muertos o muy dañados con respecto a los cuales él pudo comenzar a vivir su propia tristeza por ellos y empezar el proceso de duelo.

Todo parece apuntar a que la atenuación de su conflictividad depresiva que oscilaba entre "parapsicótica" (fantasías de muerte catastrófica de su familia) y "paradepresiva" muy severa (fantasías de muerte de sus hermanos) permitió que se atenuara la movilización de sus defensas melancólicas y que dejaran lugar a las defensas masoquistas (cercanas a las defensas neuróticas) responsables de su severa inhibición intelectual. A la luz del sueño del coche en el que dudaba de si reparar la armadura y el techo, esta grave inhibición aparecía como un equivalente de una autocastración resultado de una rivalidad fálica de tipo neurótico grave. La interpretación de esta problemática hacia el fin de la segunda sesión le dejó muy pensativo.

Tercera viñeta clínica

Hijo único de 16 años con una grave fobia escolar que toma el relevo de una fobia social que empezó hace

tres años con el sentimiento de que los niños se burlaban de él en la escuela y por la que, desde entonces, ha seguido una psicoterapia de dos días por semana. La fobia escolar ha adquirido tal importancia que en los últimos 15 días no fue a la escuela y amenazaba con suicidarse si le mandaban a ella. En consecuencia fue hospitalizado y pude verle con sus padres.

La madre, abogada que trabaja en un despacho de colegas muy prestigioso, se muestra extremadamente sensible y preocupada por las amenazas de su hijo único, sobre todo porque es la primogénita de una familia aristócrata "de la antigua Francia" extremadamente convencional y exigente, en la que sufrió mucho la falta de tolerancia y comprensión con respecto a sus necesidades infantiles por parte de sus padres muy rígidos y fríos. Con una actitud opuesta a la de estos padres, es muy sensible a la menor demanda de su hijo al que se siente muy apegada. El padre, un dirigente muy importante de un banco, llegó a ese puesto a través de un trayecto profesional muy tortuoso y difícil, partiendo de un aprendizaje de comercio. Era hijo de italianos emigrantes y estaba muy dotado para los estudios. Sin embargo, en la adolescencia comenzó a salir de manera repetida y tuvo dificultades para estudiar con inhibiciones de naturaleza hipomaniaca-depresiva que le impidieron terminar el bachillerato y le obligaron a hacer un ciclo formativo de comercio. Evidentemente sus dificultades parecen formar parte del cuadro de un síndrome de fracaso derivado de la culpa por superar a unos padres obreros emigrantes a los que él sentía como muy sacrificados.

El muchacho, un chico muy guapo, vivaz, inteligente y con grandes ambiciones de llegar a ser un alto profesional prestigioso parece vivir con mucha culpabilidad la proximidad de esta madre tan cercana y sensible a la menor necesidad, porque teme mucho ser tan fría y exigente como lo fueron sus padres con ella (a la madre, le mostré sólo la versión anaclítica de las fantasías que determinan su gran proximidad con su hijo). Esta proximidad maternal refuerza la problemática edípica del chico que se siente muy culpable de cara a un padre que vive como muy problemática la rivalidad entre padre e hijo y que, de hecho, es incapaz de exigir a su hijo que vaya a la escuela.

Le señalo al chico que ha desplazado sobre sus compañeros de escuela la imagen de un padre (de unos padres) que quieren rebajarle porque él tiene la convic-

ción de rebajar a su padre frente a una madre "que le hace mimitos a él", además de tener un padre "temeroso del menor enfrentamiento".

Una vez aclarada esta problemática con madre, padre e hijo, asumo el papel paternal superyóico pidiéndole al chico que deje el hospital para ir primero de vacaciones con su padre –vacaciones que fueron bien y pudo relacionarse con muchachos mayores que él sin demasiado temor– y a la vuelta asistir de nuevo a la escuela y proseguir su psicoterapia. Sin embargo, al regreso de mis vacaciones a mediados de septiembre, la madre me telefoneó muy preocupada para decirme que su hijo había empezado a decir que no quería volver a la escuela. Le dije que recordara que ya no podía prestar oídos a las declaraciones infantiles y regresivas de su hijo so pena de reforzarlas y me dijo que tanto ella como su marido habían tenido en cuenta lo que les dije y le habían mandado a clase pero que querría que yo le recordara esta idea a su hijo.

Cuando veo al chico me dice muy temeroso y un poco avergonzado que siente que incluso sus compañeros más próximos le dicen cosas desagradables, como por ejemplo: "Estaba angustiado y no me sentía bien y mi mejor amigo me dijo: «te montas la película para no venir a la escuela». Me sentí muy herido y muy desvalorizado". Le digo que quizás se deba al hecho de que siente de nuevo el deseo de no ir a la escuela y tener que enfrentarse a sus amigos cuando lo que querría es evitarlos. Él lo niega con vehemencia: "¡No es verdad! ¡Usted no tiene razón! ¡Hasta ahora no he faltado a la escuela como Usted parece decir!" Le señalo que puede enfrentarse a mí y eso está muy bien y que merece la pena que se enfrente a sus compañeros como hemos visto que le costaba hacerlo con su padre. Dice que si le responde a su compañero tiene miedo de romperle la cara. Le señalo que esto es lo que le paralizaba con su padre y lo que le hace temer que pase conmigo. Si me muestra que no está de acuerdo la cosa acabaría mal. No obstante estamos entendiendo que para él es difícil enfadarse con las personas a las que quiere y que teme siempre que si le dice a su compañero "ocúpate de tus cosas" querrán romper la amistad. Se muestra cada vez más sonriente: "¡Es verdad!, ¡por eso me siento tan desvalorizado y quiero irme!". "Ves que a partir de un desacuerdo, al hablar sobre ello hemos comprendido algunas cosas, ¿no?". Responde: "¡Y tanto!". Entonces hablarás de todo esto en tu terapia pero ni hablar de no

Abordajes psicoterapéuticos de los casos difíciles (I parte)

ir a la escuela. Y se va muy sonriente.

Las dificultades para las aproximaciones psicoterapéuticas comienzan con las organizaciones psíquicas más conflictivas que van desde los estados límites hasta los diversos funcionamientos psicóticos (esquizoparanoides o psicóticos arcaicos: autismo simbiótico y desorganizado).

Como no puedo abordar en detalle la descripción de los problemas técnicos propios de las diferentes perturbaciones de las personalidades calificadas de estados límites (o *borderline*): anaclíticas; con irrupciones de funcionamiento psicótico (Kernberg, 1996), narcisista, esquizoide, antisocial, etc., voy a proceder al revés. Para empezar digamos que se suele considerar que la gravedad de los estados límite y las dificultades de su abordaje psicoterapéutico, depende de la importancia que tiene en la organización psíquica del sujeto el funcionamiento esquizoparanoide responsable de las severas resistencias

a la mentalización de los conflictos intrapsíquicos y a su evacuación mediante la actuación. Esto se suele formular a menudo en otros términos: en función de la importancia que adquiere la parte narcisista de la personalidad y, por consiguiente, el narcisismo patológico, especialmente el funcionamiento narcisista persecutorio con fantasías infantiles muy grandiosas (Manzano y Palacio Espasa, 2005).

En la segunda parte insistiré en el papel del funcionamiento psíquico propio del autismo y de las psicosis simbióticas, y trataré de las serias dificultades y resistencias no solamente para la psicoterapia de niños que presentan una psicosis infantil sino en casos menos graves, a menudo estados límite con un marcado narcisismo patológico.

Traducción del Dr. Jordi Freixa